Technologia

LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT, UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Étude pour la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnelles

SOUS LA DIRECTION DE JEAN-CLAUDE DELGÈNES
Agnès Martineau-Arbes, médecin du travail
Magali Giné, psychologue clinicienne
Prisca Grosdemouge, psychologue du travail
Rémi Bernad, statisticien

Mai 2014

Remerciements

Cette étude est une invitation à débattre et à approfondir notre connaissance du syndrome d'épuisement professionnel par d'autres recherches. A partir de son activité, de ses rencontres et de ses capacités d'analyse, Technologia a en effet souhaité défricher un aspect de ce qu'on appelle communément le burn out sans chercher à clore le sujet.

Cette étude est le fruit d'un patient travail de près d'un an de toute une équipe pluridisciplinaire associant le docteur Agnès Martineau-Arbès, médecin du travail, les psychologues Magali Giné et Prisca Grosdemouge et le statisticien Rémi Bernad, sous la direction de Denis Maillard et de Jean-Claude Delgènes, fondateur et directeur général de Technologia.

A l'issue d'une première ébauche, ce travail a été mis en discussion avec des spécialistes de la santé mentale et des chercheurs. Remercions notamment pour leurs suggestions ou leurs critiques Emmanuelle Lépine, directrice clinique de Technologia et Michaël Robin, chef de service au Centre hospitalier psychiatrique Jean-Martin Charcot, à Plaisir (78).

L'équipe tient également à exprimer sa gratitude au Dr Michel Aman, psychiatre et clinicien du travail et au Dr Elizabeth Rouger, Médecin du travail, pour leurs précieux avis et conseils dan l'élaboration du tableau clinique.

En définitive, cette étude n'aurait pu voir le jour sans les 11 témoins parmi l'ensemble des personnes rencontrées au cours de nos missions qui ont acceptés de parler longuement à l'équipe de leur expérience de travail et de l'épuisement professionnel qui les a frappés afin de confronter leur récit au tableau clinique constitué et de l'enrichir. Qu'ils en soient individuellement et collectivement remerciés.

TABLE DES MATIÈRES

OBJECTIFS ET AMBITION DE L'ÉTUDE TECHNOLOGIA 7

I. INTRODUCTION 15

A. Le syndrome d'épuisement professionnel 16

1. Un peu d'histoire 16
2. Le burn out, un concept trop flou 17

B. Conséquences sociales et économiques des psychopathologies du travail..... 18

C. Le Surengagement : signal d'alarme incontournable du SEP 19

II. FACTEURS EN COURS : PART DE L'ORGANISATION, PART DE L'INDIVIDUEL...21

A. Facteurs socio-organisationnels 22

1. Les changements dans les organisations du travail 22
2. La culture du surengagement 23
3. Le déni du travail réel 23

B. Facteurs individuels..... 25

III. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE 27

A. Approche qualitative..... 28

1. Méthodologie retenue pour les entretiens 28
2. Déroulement des entretiens.....29

B. Approche quantitative 29

C. Analyse du phénomène 30

IV. TABLEAU CLINIQUE DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL.....31

A. Les quatre phases du processus psychopathologique..... 32

1. La phase d'engagement : le plaisir au travail 32
2. La phase d'alarme : le surengagement au travail 33
3. La phase de résistance : l'acharnement frénétique 37
4. La phase finale : l'effondrement.....41

B. Symptômes émotionnels, physiques, cognitifs et comportementaux du syndrome d'épuisement professionnel..... 45

1. Manifestations émotionnelles ou affectives.....45
2. Manifestations physiques 45
3. Manifestions cognitives 46
4. Manifestations comportementales 46

C. Principales maladies les plus fréquemment associées ou connexes au syndrome d'épuisement professionnel..... 46

1. La dépression d'épuisement ou L'épisode dépressif majeur 47
2. L'état de stress post traumatique.....49
3. Le trouble anxieux généralisé 52

D. Diagnostic différentiel du SEP..... 53

1. Autres troubles psychiatriques.....53
2. Maladies somatiques.....53

V. NEUF OBSERVATIONS DE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL 55
A. Les neuf tableaux cliniques 56
1. Carine.....57
2. Valérie 58
3. Michel 59
4. Charles.....60
5. Marion.....61
6. Anne.....62
7. Colette.....63
8. Oscar.....64
9. Raphaël.....65
B. Les contextes de survenue 66

VI. ÉTUDE QUANTITATIVE 69
A. Construction des indicateurs de mesure 70
1. Passation du questionnaire et collecte des données.....70
2. Validation des données et méthodes de calcul 71
B. Variables évaluées 73
1. Surengagement dans le travail 73
2. Epuisement émotionnel au travail 75
C. Analyse croisée surengagement / épuisement émotionnel 76
D. Eléments de compréhension du niveau des indicateurs..... 78
1. Intensification du travail.....78
2. Manque de soutien 78
3. Dissonance cognitive.....81

VII. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE POUR UNE ANALYSE DU PHÉNOMÈNE.....83
A. Les origines des premières réflexions des psychiatres en France sur les liens entre travail et santé mentale 84
1. La dimension thérapeutique du travail 84
2. La dimension pathogène du travail 84
3. Emergence d'un premier tableau clinique : la névrose des téléphonistes.....85
4. Le déplacement du centre d'investigation : de la pathologie à la notion de souffrance 85
B. Le syndrome d'épuisement professionnel : un engagement qui finit mal..... 85
1. Le continuum de l'engagement.....86
2. Le retrait a-motivationnel (RA) 87
3. L'engagement.....88
4. Le surengagement.....89

VIII. CONCLUSION.....97

GLOSSAIRE.....99

ANNEXES.....101

OBJECTIFS ET AMBITION DE L'ÉTUDE TECHNOLOGIA

Quelle est l'ampleur de l'épuisement professionnel et comment lutter contre ? De cette question, posée dès septembre 2012 dans un premier colloque, est née l'idée de l'étude que nous allons lire. Par sa méthode et son objet, celle-ci se veut à la fois un apport aux réflexions en cours sur la définition du syndrome d'épuisement professionnel et une invitation à débattre de la possibilité de reconnaître de nouvelles affections psychiques au tableau des maladies professionnelles.

1. APPORT ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude à la fois qualitative, quantitative et assise sur l'examen de la littérature académique en la matière n'a évidemment pas l'ambition d'un travail de recherche fondamentale. Elle est toutefois le fruit d'un travail collectif pluridisciplinaire approfondi et rigoureux entre médecin du travail, psychologue clinicien, psychologue du travail, statisticien et spécialiste de l'organisation du travail. Par ailleurs, la variété des entreprises dans lesquelles intervient Technologia ainsi que la multiplicité des métiers et des catégories socio professionnelles que les consultants rencontrent quotidiennement ont permis de forger au fil du temps un certain nombre d'observations et d'hypothèses que cette étude cherche à valider dans le but de dégager un premier modèle de processus du syndrome d'épuisement professionnel.

Tout au long de cette étude, le choix a été fait d'adopter le terme de syndrome d'épuisement professionnel et non de *burn out* pour qualifier le phénomène étudié. En effet, le terme anglais est devenu une expression « fourre-tout » et galvaudé qui ne nous semble pas appropriée pour décrire et encore moins cerner les différentes phases d'évolution de la pathologie jusqu'à la phase finale décrite par Maslach et qui sera définie plus loin comme *« un état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes*[1] *»*.

Trois éléments clés sont à prendre en compte pour cerner les apports et les limites de cette étude :

Ce surengagement est dû non seulement à des caractéristiques individuelles mais provient essentiellement de causes organisationnelles qui peuvent être prévenues et maitrisées. Il est donc permis d'émettre l'hypothèse que si l'on parvient à identifier le surengagement suffisamment précocement, les acteurs de la prévention seraient en mesure d'enrayer le processus qui mène à l'épuisement professionnel total et son cortège de pathologies physiques et psychiques.

1. Tous les cas d'épuisement professionnel rencontrés dans le cadre d'une pratique pluridisciplinaire d'intervenant en santé au travail font apparaitre le surengagement comme symptôme central et incontournable de la survenue de cet épuisement. Ce surengagement (combinaison d'une charge excessive et d'un travail compulsif) est dû non seulement à des caractéristiques individuelles mais provient essentiellement de causes organisationnelles qui peuvent être prévenues et maitrisées. Il est donc permis d'émettre l'hypothèse que si l'on parvient à identifier le surengagement suffisamment précocement, les acteurs de la prévention seraient en mesure d'enrayer le processus qui mène à l'épuisement professionnel total et son cortège de pathologies physiques et psychiques. C'est dans ce but que cette étude s'attache à présenter un modèle de tableau clinique du syndrome d'épuisement professionnel. Celui-ci met en visibilité les différentes phases qui jalonnent le processus du syndrome d'épuisement professionnel par la description de neuf observations caractéristiques que nous avons retenus parmi les nombreux cas rencontrés.

2. En dépit de cet éclairage, nous devons à la rigueur scientifique de reconnaître que la matrice présentée dans les pages qui suivent doit encore être précisée, notamment sur la caractérisation et la typologie descriptive et nosologique des pathologies d'origine psychique susceptibles d'être retenues. Ce travail présente de ce fait quelques limites mais a le grand avantage de permettre de lancer un débat informé sur la reconnaissance au tableau des maladies professionnelles des deux pathologies psychiques liées au travail : la dépression d'épuisement et l'état de stress post traumatique. Et de montrer par la même occasion qu'il est possible de les mettre rapidement en œuvre. En effet, au-delà du débat scientifique, la question est essentiellement sociale et politique.

3. L'identification du surengagement s'inscrit donc dans une démarche de prévention bien en amont de la pathologie. C'est le sens de notre appel pour la reconnaissance du syndrome

1 Enzmann, D., Schaufeli, W.B., Janssen, P. & Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the burn out Measure. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 71, 331-35.

d'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnel : si l'objectif des pouvoirs publics depuis les années 2010 puis des partenaires sociaux en signant un Accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail est d'ouvrir un espace à la prévention réelle, celui-ci nous semble devoir être borné en aval par la reconnaissance de nouvelles pathologies psychique. C'est l'aboutissement d'une décennie de compréhension et d'apprivoisement des risques psychosociaux.

2. TIRER LES ENSEIGNEMENTS D'UNE DÉCENNIE DE PRÉVENTION

La question qui se pose aujourd'hui est de savoir comment tirer les enseignements de l'ensemble des données disponibles issues d'une décennie de prévention et de savoirs sur les risques psychosociaux. Gouvernement, Assemblée nationale, Sénat puis Conseil économique, social et environnemental, il n'est pas une institution qui ne se soit penchée au cours des cinq dernières années sur les risques psychosociaux et les moyens de les contenir ; sans compter l'explosion du « marché » des risques psychosociaux. Quelles leçons en ont été tirées ? Quelles évolutions ont été constatées dans les entreprises ? Certes, les esprits s'éclairent, des attitudes changent et quelques organisations évoluent. On note ainsi une compréhension plus acérée des problématiques à l'œuvre, la mise en place d'indicateurs de suivi plus efficients et le sentiment de plus en plus répandu chez les cadres qu'il faut se donner du répit et ne pas se noyer dans le travail. Mais globalement le constat reste amer.

Comme nous le montrons dans cette étude, la France est plus que jamais marquée par l'épuisement et le surengagement au travail, à rebours de toutes les préconisations contenues dans les rapports. Il est désormais urgent de s'interroger. Comment aller plus loin et comment inscrire dans le cœur même des dynamiques de fonctionnement la réalité de la prévention et les objectifs de qualité de vie au travail.

Il est désormais urgent de s'interroger. Comment aller plus loin et comment inscrire dans le cœur même des dynamiques de fonctionnement la réalité de la prévention et les objectifs de qualité de vie au travail.

S'il comporte une réelle dimension individuelle, le risque d'épuisement professionnel est en grande partie le résultat d'une combinaison de divers facteurs d'ordre organisationnel qui projettent les salariés dans un étirement dommageable à leur santé. Ceux-ci ne doivent pas être les victimes collatérales et inéluctables d'une mondialisation à laquelle les entreprises ne pourraient échapper : il est possible de s'organiser autrement ! Cependant, c'est parce que le syndrome d'épuisement professionnel est une pathologie de l'engagement au travail qu'à ce titre il concerne au premier chef des salariés performants et motivés que rien dans l'organisation ne va rappeler à la modération. Actuellement, les entreprises et les institutions publiques qui connaissent des cas d'épuisement professionnel se « défaussent » de facto sur le régime général de la sécurité sociale de leurs obligations de prévention. C'est à cette anormalité que la reconnaissance de nouvelles pathologies au tableau des maladies professionnelles tend à remédier.

3. LE DÉBAT SUR LA RECONNAISSANCE

Fin janvier 2014, Technologia a relancé le débat en publiant un appel -d'ores et déjà signé par des milliers de personnes[2]- pour la reconnaissance de deux nouveaux tableaux de maladie professionnelle, la dépression d'épuisement et l'état de stress répété conduisant à une situation traumatique. En cela, Technologia ne faisait que se situer dans la droite ligne des travaux du COCT (Comité d'orientation des conditions de travail) qui a lui aussi identifié ces pathologies dans son travail sur l'épuisement professionnel. Par ailleurs, certains pays, comme le Danemark par exemple, ont déjà adopté ce type de tableaux pour l'état de stress post-traumatique.

2 www.appel-burn out.fr

Trois critiques ont été adressées au cabinet :

1. L'identité du lanceur d'alerte

La première mise en cause est liée au fait qu'un cabinet privé chargé de mener des missions de prévention des risques professionnels puisse lancer un tel appel. N'y aurait-il pas là une sorte d'effet « Knock », du nom du médecin du Jules Romains qui affuble chacun d'une maladie qu'il se fait fort de soigner ? Cette situation pose la question du rôle des acteurs privés dans les débats de citoyenneté. Alors que les progrès de la RSE positionnent clairement les entreprises au sein de la société civile avec l'ensemble de leurs parties-prenantes, les prises de position publiques de ces mêmes entreprises ne semblent toujours pas acceptées.

L'appel à la reconnaissance du burn out en maladie professionnelle se tient à égale distance de la dénonciation doloriste sans effet sur la réalité et de la déresponsabilisation des entreprises invitées à s'en remettre à un consultant extérieur. A aucun moment, Technologia ne cherche le maintien des situations de travail dégradées dans lesquelles il intervient. Au contraire, les bornes qu'installeraient les nouveaux tableaux de maladie professionnelle nous semblent ouvrir un véritable espace de prévention et de création de valeur pour l'entreprise dont le dialogue social doit s'emparer.

2. L'opposition reconnaissance – prévention

La seconde critique suspecte cette tentative de faire reconnaissance de nouvelles maladies professionnelles de vider la prévention de son sens : on aurait d'un côté la rigidité d'un tableau scientifique qui s'imposerait sans discussion face à la souplesse de la négociation sociale. Qui plus est, avec la possibilité de verser ces pathologies au compte des accidents du travail, on disposerait de toutes les armes pour remédier aux dysfonctionnements actuels : il n'y aurait rien à changer, juste à discuter ! C'est oublier un peu vite que les démarches à effectuer en cas d'épuisement professionnel, même sous l'ange de l'accident du travail, restent extrêmement lourdes. Il faut souvent plusieurs années pour aboutir à une reconnaissance en accident du travail et cela suppose surtout l'existence d'une soudaineté qui n'est pas toujours démontrable –ce qui laisse de côté bon nombre de dossiers. Si certains professionnels de santé parviennent parfois à le contourner, le dispositif actuel reste donc insuffisant.

Ce mélange de corporatisme, d'idéalisme et de conservatisme n'a qu'un défaut : il laisse les salariés en première ligne face aux organisations qui les maltraitent. Et fait l'impasse également sur les difficultés de notre système de prévention qui repose malheureusement sur une seule jambe : la bonne volonté des acteurs de s'engager dans une politique de prévention en amont. L'autre jambe, celle de la reconnaissance étant atrophiée, la démarche reste bancale.

L'objectif de faire reconnaître, en aval, de nouvelles maladies professionnelles est bien de déverrouiller réellement l'espace de la prévention en amont : l'un ne s'oppose pas à l'autre, il le renforce.

L'objectif de faire reconnaître, en aval, de nouvelles maladies professionnelles est bien de déverrouiller réellement l'espace de la prévention en amont : l'un ne s'oppose pas à l'autre, il le renforce. A notre sens, l'accord national interprofessionnel sur la Qualité de vie au travail signé en 2013 ne sera l'aboutissement de cette décennie de découverte puis de prévention des risques psychosociaux que si on lui adjoint la reconnaissance des maladies liées aux risques psychosociaux qu'il est censé combattre.

3. Le coût de la réparation

La dernière critique prend au sérieux la possibilité de voir reconnaître de nouveaux tableaux de maladies professionnelles mais insiste sur le coût que cela représenterait pour les entreprises.

Actuellement, l'absence de tableaux de maladies professionnelles spécifiques rend les affections psychiques très difficilement reconnues par la Sécurité sociale. Il faut pour cela que la maladie présente une gravité justifiant un taux d'incapacité prévisionnel permanente égal ou supérieur à 25% et qu'un lien « direct et essentiel » avec l'activité professionnelle soit mis en évidence par un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. Or, les critères réglementaires de recevabilité des demandes restent difficiles à réunir et le traitement par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles est très hétérogène. Résultat, seules quelques dizaines de cas de pathologies psychiques sont reconnues chaque année. Environ 440 cas pour 900 demandes entre 2001 et 2009 alors que le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles recensait sur la même période 10.574 signalements pour troubles mentaux ou du comportement liés au travail.

Ainsi, la cotisation accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) payée par les seuls employeurs n'est-elle pas concernée. On peut donc dire que les entreprises qui connaissent des cas d'épuisement professionnel se « défaussent » sur le régime général de leurs obligations de prévention. Certes ce dernier reverse à la branche AT-MP un montant forfaitaire pour compenser la sous-déclaration et la sous-reconnaissance (790 millions d'euros en 2012), mais celui-là ne correspond en rien aux coûts réels de la non-prévention. Par ailleurs, la reconnaissance se fera sur des bases forfaitaires moins coûteuses en indemnisation pour les entreprises. Enfin, la prévention devrait y gagner puisque les entreprises seront désormais incitées à prévenir un risque qu'elles devront indemniser s'il survient. Cela a été le cas, par exemple, avec la réduction du nombre d'accidents mortels dans les entreprises au cours des 15 dernières années. Ce progrès est notamment lié à la tarification très dissuasive en cas de décès suite à un accident du travail. C'est la voie que les pouvoirs publics doivent aujourd'hui suivre dans le cadre de l'épuisement professionnel. Notons qu'une partie des employeurs serait favorable à la construction de tableaux permettant la meilleure reconnaissance des maladies professionnelles, d'autant plus que les coûts financiers liés à ces risques sont assurés.

4. RÉFLEXIONS SUR LES EFFETS BÉNÉFIQUES DE LA RECONNAISSANCE DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

La campagne que Technologia mène pour la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel comme maladie repose sur quelques convictions fortes en matière de relations sociales.

1. L'implication des dirigeants d'entreprises par la « sanction positive »

Après une décennie de recommandations et malheureusement d'idéalisme, l'obligation de prévention nous semble devoir s'inscrire dans le cœur même des dynamiques de fonctionnement de l'entreprise. Aussi, éradiquer la montée de l'épuisement professionnel suppose avant tout d'impliquer le haut management et de lui faire découvrir les effets collatéraux de la non prise en compte au plus niveau de cette problématique. Plusieurs stratégies d'implication de ceux qui décident en dernier ressort ont alors été imaginées Parmi celles-ci, attirer malgré eux les hauts managers dans le chaudron judiciaire et médiatique. Les crises humaines des années 2007-2009 ont en effet souvent débouché sur des procès retentissants mettant parfois directement en cause les hauts dirigeants. L'espérance de ceux qui ont instruit ces démarches repose sur la vertu pédagogique d'une condamnation éventuelle. C'est pourtant sans garantie, périlleux et extrêmement lent. Une autre voie nous apparaît tout aussi féconde, celle que l'on peut appeler « la sanction positive » vis-à-vis de l'entreprise.

Les politiques de qualité de vie au travail sont en effet encore trop aujourd'hui des bonnes intentions imaginées a posteriori plutôt qu'un processus pensé et planifié a priori. Cantonnées au niveau « moral », elles ne touchent en rien les décideurs ; du fait du système de délégation en cours aujourd'hui dans les grandes entreprises elles ne remontent que très rarement jusqu'à eux : le travail n'apparaît plus à l'intérieur des indicateurs de pilotage. L'idée d'une « sanction positive » n'est pas d'inventer un nouveau paradigme de management mais de faire comprendre sur le plan financier les effets du travail délétère. C'est-à-dire de rendre à nouveau visible le travail dans les indicateurs de pilotage des dirigeants.

Les politiques de qualité de vie au travail sont en effet encore trop aujourd'hui des bonnes intentions imaginées a posteriori plutôt qu'un processus pensé et planifié a priori. Cantonnées au niveau « moral », elles ne touchent en rien les décideurs.

Le tableau de maladie professionnelle en impactant directement le compte AT-MP de l'entreprise permettrait alors de faire réellement vivre un véritable processus de « qualité de vie au travail » parce que les dirigeants y auront un intérêt financier direct. Cette approche permettrait aussi aux DRH de retrouver une plus grande capacité de régulation au sein des entreprises.

2. Pour une politique qualité

La fonction « qualité » qui résidait au départ à la périphérie s'est imposée depuis le milieu des années 70 comme une pièce centrale des processus de production. La méconnaissance de la qualité peut entrainer la rupture de la pérennité de l'entreprise. Les firmes qui ont survécu et se sont déployées dans le contexte de la mondialisation sont celles qui ont su apprivoiser les nouvelles méthodes de production où la qualité des produits et des services ont été placées au centre du dispositif. Cantonné au secteur industriel, ce « processus qualité » s'est imposé désormais à tous les niveaux de l'économie participant ainsi de la pression mise sur le travail tout en organisant la disparition de celui-ci des tableaux de bord des dirigeants.

Dans le cadre de la réduction des risques d'épuisement professionnel, sans doute ne faut-il pas se défier mais bien s'inspirer de ce processus. C'est ce que suggère comme nous l'avons indiqué l'idée de « sanction positive » : la réappropriation au sein du processus qualité de l'organisation et de la vie au travail. La qualité n'est pas que celle des produits et des services, mais concerne aussi la vie de ceux qui les produisent.

3. Loin d'être une solution, le système actuel renforce le problème

A notre sens, la reconnaissance de l'épuisement professionnel est protectrice pour toutes les parties : les salariés qui pourront voir ainsi prises en compte les pathologies liées au travail mais aussi les entreprises qui, on l'aura compris, préféreront la certitude des tableaux de maladie professionnelle à l'incertitude d'un procès. D'autant plus que celui-ci altère largement l'image de l'entreprise, dimension désormais essentielle pour elle.

Les entreprises qui, on l'aura compris, préféreront la certitude des tableaux de maladie professionnelle à l'incertitude d'un procès. D'autant plus que celui-ci altère largement l'image de l'entreprise, dimension désormais essentielle pour elle.

En effet, c'est avant tout du point de vue des contentieux que les progrès sont à attendre : les tableaux, permettant de préciser les symptômes des pathologies prises en compte dans un cadre professionnel, dissuaderont naturellement les nombreuses personnes qui s'engouffrent actuellement dans la voie contentieuse. De fait, on devrait dès lors observer une chute des recours judiciaires. La fin du flou sur ce qu'est ou n'est pas une maladie psychique et la reconnaissance plus rapide pour les personnes atteintes d'une de ces maladies

devraient générer de moindres guerres vis-à-vis de l'employeur et l'envie d'en découdre qui résulte des difficultés actuelles. Les victimes passeront plus aisément à autre chose parce qu'elles auront été reconnues et que le système aura travaillé pour elles. En effet, celui-ci repose actuellement sur l'écrémage systématique des demandes de reconnaissance et aboutit en définitive à renforcer le mal-être des personnes s'estimant victimes. Le système actuel, loin d'être une solution, renforce en réalité le problème.

Que se passe-t-il en effet pour les individus en proie à une de ces maladies psychiques non reconnues comme telles ? Leur seule solution reste le procès - éventuellement pénal - pour demander une reconnaissance de la responsabilité de leur employeur et de sa faute inexcusable.

Ces contentieux résultent en grande partie des restrictions déployées par la CNAM pour éviter les reconnaissances. Afin d'obtenir réparation, les salariés sont donc contraints, après le rejet de la sécurité sociale, de saisir le tribunal des affaires sociales (TAS). A ce niveau, on constate qu'environ un tiers des procès débouchent sur une reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ou de l'accident du travail. La victime obtient alors des indemnités journalières, la prise en charge de ses frais médicaux, et en fonction du niveau d'incapacité professionnelle, l'octroi d'un rente viagère qui pourra, le cas échéant, s'ajouter à sa retraite.

Cependant, les choses ne s'arrêtent généralement pas là. La reconnaissance de l'origine professionnelle est obtenue après deux ou trois ans d'effort. A ce stade, les victimes ont déployé une telle énergie et se sont tellement radicalisées qu'elles décident généralement de poursuivre leur action et d'assigner l'employeur en faute inexcusable du fait de son obligation de résultat en matière de santé et sécurité au travail. Le juge se penche alors sur l'étude du document unique d'évaluation des risques et de tout ce qui lui permet d'évaluer l'organisation du travail et les absences de prévention.

Si la faute inexcusable est reconnue, l'entreprise en assume directement les conséquences et la victime obtient alors une majoration de sa rente qui peut aller jusqu'à son doublement. Elle obtient également la prise en charge de tous ses préjudices (moral, physique, esthétique etc.). Les sommes allouées deviennent alors particulièrement importantes. Une incapacité professionnelle de 5%, par exemple, donne lieu à l'attribution d'environ 8.000 à 10.000 euros. Une incapacité de 50 % peut passer de 80.000 à 300.000 euros et les préjudices aux tiers peuvent aussi être pris en charge. En cas d'épuisement professionnel avec suicide reconnu en accident du travail, le conjoint survivant perçoit une rente fondée sur le salaire du défunt ; de même les enfants sont indemnises de la perte de leur parent en raison du préjudice subi: 40.000 à 50.000 euros environ pour des enfants mineurs et 25.000 à 30.000 euros pour les enfants majeurs... Une tentative de suicide débouchant sur un coma reconnue en accident du travail avec faute inexcusable peut donner lieu à l'octroi d'une prise en charge financière de la présence d'un conjoint auprès du malade (par ex 15 euros de l'heure 8 heures par jour). De plus, les préjudices financiers non couverts par la rente seront à la charge de l'entreprise comme les frais d'obsèques.

Enfin, la reconnaissance de l'origine professionnelle de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle va avoir une incidence forte sur les taux de cotisation en raison du taux de gravité. Par exemple, une entreprise de plus de 250 personnes qui connait un accident mortel verra son compte employeur impacté d'environ 380.000 euros ; si la faute inexcusable est reconnue ce montant peut aller jusqu'à 500.000 euros. Sans compter les sérieuses difficultés des entreprises pour se faire assurer par la suite.

C'est donc bien le modèle de nos relations sociales qui est ici en jeu : soit l'on accepte le statu quo d'un monde du travail fait de défiance entre les acteurs sociaux, d'un manque de prévention et donc d'une judiciarisation croissante des contentieux professionnels ; soit l'on ouvre un espace à la prévention réelle, borné en aval par la reconnaissance de ces nouvelles pathologies psychiques.

On objectera que ces situations sont exceptionnelles. En est-on si sûr ? Rare il y a encore cinq ans, ce type de contentieux est aujourd'hui en plein essor. Entre 2009 et 2014, les procès de cette nature ont été multipliés par 10, représentant aujourd'hui plus de 20% des différends d'ordre professionnel. En effet, fin 1999, le nombre de recours pour faute inexcusable se situait aux alentours de 400 ; en 2012, le volume de recours serait supérieur à 10 000 selon divers avocats consultés. Pour sa part, la FNATH (fédération nationale des accidentés du travail) gère plus de 1000 cas. Cela explique aussi pourquoi certains employeurs cherche désormais à faire évoluer le système actuel.

C'est donc bien le modèle de nos relations sociales qui est ici en jeu : soit l'on accepte le statu quo d'un monde du travail fait de défiance entre les acteurs sociaux, d'un manque de prévention et donc d'une judiciarisation croissante des contentieux professionnels ; soit l'on ouvre un espace à la prévention réelle, borné en aval par la reconnaissance de ces nouvelles pathologies psychiques.

Paris, le 28 avril 2014

I. INTRODUCTION

A. LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

1. Un peu d'histoire

L'épuisement professionnel ou *burn out* n'est pas un syndrome nouveau. Ce phénomène a fait l'objet de nombreuses définitions. Les psychologues Perlman et Hartman en recensent plus de quarante-huit dans des articles publiés entre 1974 et 1980.

C'est surtout dans les métiers du soin que le phénomène s'est d'abord manifesté avec le plus d'ampleur et c'est dans ce domaine également qu'émergèrent les premières recherches capables d'identifier et de décrire le syndrome. En l'occurrence, ce sont les travaux du psychanalyste Herbert J. Freudenberger en 1974 qui dessinèrent les premiers contours de la réflexion théorique sur le sujet. Lui-même puisa dans son expérience d'épuisement professionnel alors qu'il travaillait avec un groupe de drogués à New York, dans les années 60, pour élaborer ses observations sur le *burn out*.

Le psychanalyste décrit le syndrome comme une perte d'enthousiasme accompagnée de différents symptômes : fatigue, insomnie, maux de tête, troubles gastro-intestinaux. Il définit le *burn out « comme un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration causés par le dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication au travail ».* Pour l'auteur, le *burn out* est l'affection des « battants »[3]. Il écrit : *« les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles, et sous la tension produite par un monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer, comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte »*[4]. Cette approche, centrée sur l'individu, est une interprétation « psychologisante » du syndrome d'épuisement.

« Les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles, et sous la tension produite par un monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer, comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. »

Au fil du temps, le *burn out* a été l'objet de multiples définitions. Elles s'accordent quasiment toutes sur plusieurs points que l'on peut regrouper derrière la définition donnée par Maslach[5],[6] rassemblant 3 symptômes :

- Un état d'épuisement émotionnel mais aussi physique, et mental,
- Une déshumanisation ou un cynisme
- Une dévalorisation massive de sa compétence.

Ce syndrome s'accompagne également d'une diminution importante de l'efficacité au travail. Selon Maslach, ses causes sont liées à des conditions de travail difficiles, sur de longues périodes.

Ce modèle constitue l'assise scientifique majeure des recherches actuelles[7],[8]. Les travaux des chercheurs sont fondamentaux à connaitre pour comprendre le sujet du syndrome d'épuisement professionnel. Les recherches les plus récentes citent trois dimensions du *burn out* qu'elles jugent incontournables et complémentaires : le syndrome ***tridimensionnel*** décrit par Maslach, provoquant un ***épuisement*** [9] et un ***état dysphorique*** chez un sujet ***sans antécédent pathologique*** [10].

3 Zawieja Ph., Guarnieri F., « Epuisement professionnel: approches innovantes et pluridisciplinaires », 2013, p.63.
4 Freudenberger, H.J. (1974). "Staff burn out". Journal of Social Issue Vol.30 N°1 p 159-165.
5 Maslach C., Pines A. "The burn out syndrome in the day care setting" 1977Journal Child care quarterly Volume 6, Issue 2, pp 100-113.
6 Maslach, C; Leiter, M.P. (1988). "Impact of interpersonal environment on burn out &organizational commitment". Journal of organizational behavior Vol.9 p.297-308.
7 Maslach, C; Schaufeli, W.B; Leiter, M.P. (2001). "Job burn out". Annual Review of Psychology Vol. 52 p. 397.
8 Scott, C.R. (2001). Communication, social support and burn out: a Brief Literature Review. Copyright 2002
9 Pines, A; Aronson, E. (1988). Career burn out: Causes and cures. New York : Free Press.
10 Brill, P. (1984). The need for operational definition of burn out. Family and community Health Vol. 6 p.12-24.

Notons que s'il existe plus d'une dizaine de définitions issues de travaux scientifiques, tous désignent l'épuisement émotionnel comme étant le cœur du *burn out* et s'accordent sur cinq composantes clés[11].

- Des symptômes identifiés, tels fatigue physique, fatigue mentale, sentiment dépressif ;
- L'accent sur les symptômes mentaux et comportementaux, plutôt que physiques ;
- Une maladie directement rattachée au travail ;
- Des sujets performants et sans passé psychopathologique ;
- Une baisse de l'efficacité et de la performance. Enzmann et coll. le décrivent ainsi comme *« un état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes »*[12].

2. Le burn out, un concept trop flou

Le terme de *burn out* est désormais largement employé jusqu'à être passé dans le langage courant et, à l'heure actuelle, dans l'imaginaire collectif. Pourtant, le *burn out* est une notion dont les contours sont encore flous. Cette imprécision est à l'origine d'une utilisation largement galvaudée, liée à l'interprétation de chacun selon la notion qu'il en a et sa propre expérience.

Le burn out est une notion dont les contours sont encore flous. Cette imprécision est à l'origine d'une utilisation largement galvaudée, liée à l'interprétation de chacun selon la notion qu'il en a et sa propre expérience

Mais cette absence de définition claire signe aussi la difficulté qu'a la communauté scientifique à nommer une réalité qui se trouve au croisement des domaines médical, psychologique, et sociologique.

Dans le champ de la psychiatrie, le *burn out*, en tant qu'entité clinique à part entière, ne fait actuellement pas partie des diagnostics officiels de maladie dans les classifications de référence que ce soit dans la dixième Classification Internationale des Maladies[13], où il figure en tant que facteur influençant l'état de santé, ou dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) établi par l'Association Américaine de Psychiatrie.

Son existence demeure encore controversée auprès de certains professionnels cliniciens de la santé mentale. Ceux-ci attribuent les causes du syndrome d'épuisement professionnel à des causes intrinsèques : propres à l'individu et à sa personnalité, elles le rendraient incapable de résister émotionnellement et psychologiquement à des situations contraignantes, écartant ainsi la responsabilité de l'organisation du travail dans le processus d'entrée dans la pathologie.

Pourtant, les praticiens (psychiatres, médecins, psychologues) sont de plus en plus confrontés à des patients présentant des troubles psychopathologiques pour lesquels l'anamnèse met en évidence l'implication de facteurs organisationnels dans l'émergence de la pathologie. La prise en charge thérapeutique requiert donc non seulement des connaissances en psychopathologie mais également des connaissances dans le champ singulier de la clinique du travail et de la psychopathologie du travail[14]. En effet, même si la prise en charge psychiatrique est souvent cruciale, il n'en demeure pas moins que la méconnaissance de nombreux praticiens en matière de responsabilité des facteurs organisationnels, empêche la mise en œuvre d'actions curatives et préventives in situ.

11 Maslach, C; Schaufeli W.B; Leiter M.P. (2001). Job burn out. Annual Review of Psychology Vol.52 p 397-422.
12 Enzmann, D., Schaufeli, W.B., Janssen, P. & Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the burn out Measure. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 71, 331-35.
13 CIM-10 Version GM 2008 Chapitre XXI. Paragraphe Z73.
14 La Clinique du travail intègre la Clinique de l'Activité et la Psychodynamique du travail élaborées respectivement par Yves Clot et par Christophe Dejours.

L'insuffisance de formation et de partages de pratiques entre les différents intervenants de la santé au travail (psychiatres, médecins du travail de l'entreprise, médecins généralistes, psychologues du travail, praticiens en clinique du travail…) est aussi un frein à la reconnaissance en maladie professionnelle de ces pathologies. Au mieux, certaines sont reconnues en accident du travail à la suite de démarches pouvant durer de trois à quatre ans, au pire elles restent cantonnées à une simple défaillance individuelle (voir paragraphe C).

B. CONSÉQUENCES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES DES PSYCHOPATHOLOGIES DU TRAVAIL

Les troubles psychopathologiques liés au travail sont aujourd'hui devenus un enjeu social et politique comme l'atteste le nombre de commissions et de rapports établis ces dernières années[15]. Les spécialistes dans les domaines de la sécurité au travail ainsi que les économistes pointent régulièrement le coût que représentent les problèmes de santé physique et mentale pour les entreprises et les Etats (J.M Stellman, 2000). La demande sociale et les débats autour des « risques psychosociaux » et du « stress » au travail questionnent sur les liens entre souffrance psychique et travail.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé[16], les effets du stress chronique sur la santé mentale des travailleurs se manifestent surtout dans les pays industrialisés. Or, les grandes enquêtes nationales montrent que ces risques psychosociaux, en altérant l'état de bien-être, constituent une menace pour la santé au travail. Leurs conséquences sur l'organisation du travail engendrent des coûts, soit directs comme l'absentéisme ou le présentéisme, soit indirects car liés à la désorganisation générant ainsi une baisse de la productivité.

Actuellement, l'absence de tableaux de maladies professionnelles spécifiques rend les affections psychiques très difficilement reconnues par la Sécurité Sociale. Il faut pour cela que la maladie présente une gravité justifiant un taux prévisionnel d'incapacité permanente égal ou supérieur à 25% et qu'un lien « direct et essentiel » avec l'activité professionnelle soit mis en évidence par le médecin conseil de la Sécurité Sociale.

En France, l'estimation du coût social du stress professionnel est de 2 à 3 milliards d'euros, soit 10 à 20 % des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité Sociale[17]. Ces chiffres constituent une évaluation à minima tant il est difficile de mesurer l'impact financier des risques psychosociaux, en termes de coûts indirects notamment (remplacements d'arrêts maladie, baisse de productivité, non qualité, *turn over*, mauvaise image de l'entreprise, …).

Actuellement, l'absence de tableaux de maladies professionnelles spécifiques rend les affections psychiques très difficilement reconnues par la Sécurité Sociale. Il faut pour cela que la maladie présente une gravité justifiant un taux prévisionnel d'incapacité permanente égal ou supérieur à 25% et qu'un lien « direct et essentiel » avec l'activité professionnelle soit mis en évidence par le médecin conseil de la Sécurité Sociale au sein d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Or, les critères réglementaires de recevabilité des demandes restent difficiles à réunir et le traitement par les CRRMP est très hétérogène (certaines travaillant même sans l'aide d'un psychiatre). Résultat, seuls quelques dizaines de cas de pathologies psychiques sont reconnus chaque année.

15 Commission « Violence, travail, emploi, santé » du plan Violence et Santé, 2005 ; Rapport Nasse-Légeron, 2008 ; Commission de réflexion sur la souffrance au travail, UMP et Nouveau Centre, 2009 ; Rapport du Sénat sur le « Mal-être au travail », 2010 ; Rapport Gollac et Bodier, 2011, rapport du CESE, 2013…
16 Organisation mondiale de la Santé (2005). Mental health policies and programs in the workplace.
17 INRS en collaboration avec Arts et Métiers ParisTech, étude publiée le 7 janvier 2010.

Environ 440 cas reconnus pour 900 demandes entre 2001 et 2009[18] alors que le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles[1] recensait sur la même période 10.574 signalements pour troubles mentaux ou du comportement liés au travail.

Ainsi, la cotisation accidents du travail – maladies professionnelles (branche AT-MP) payée par les seuls employeurs n'est-elle pas concernée. On peut donc dire que les entreprises qui connaissent des cas de maladies consécutives au syndrome d'épuisement professionnel se « défaussent » sur le régime général de leurs obligations de prévention. Certes ce dernier reverse à la branche AT-MP un montant forfaitaire pour compenser la sous-déclaration et la sous-reconnaissance (790 millions d'euros en 2012), mais celui-là ne correspond en rien aux coûts réels de la non-prévention.

On objectera que ces situations sont exceptionnelles. En est-on si sûr ? Rare il y a encore cinq ans, ce type de contentieux est aujourd'hui en plein essor. Entre 2009 et 2014, les procès de cette nature ont été multipliés par 10, représentant aujourd'hui plus de 20% des différends d'ordre professionnel.

C'est donc bien le modèle de nos relations sociales qui est ici en jeu : soit l'on accepte le statu quo d'un monde du travail fait de défiance entre les acteurs sociaux, d'un manque de prévention et donc d'une judiciarisation croissante des contentieux professionnels ; soit l'on ouvre un espace à la prévention réelle, borné en aval par la reconnaissance de ces nouvelles pathologies psychiques et en amont par une prévention robuste et encadrée.

DÉFINITION 1

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) est un réseau de vigilance et de prévention en santé au travail qui regroupe les 32 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) de France métropolitaine et un échantillon de services de santé au travail associés au réseau (SST). Ce réseau a pour vocation de rassembler les données de chaque consultation au sein d'une base pérenne de données nationales sur les pathologies professionnelles (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession). Il revient aux hospitalo-universitaires experts du réseau d'investiguer les pathologies et de faire le lien, le cas échéant, avec l'origine professionnelle. (source : www.anses.fr)

C. LE SURENGAGEMENT : SIGNAL D'ALARME INCONTOURNABLE DU SEP

Au regard de nos observations détaillées plus loin, tous les sujets ont adopté des stratégies actives pour faire face à leur situation caractérisées par un dépassement de soi qui s'appuient sur des valeurs d'éthique et de loyauté.

Comme nous le verrons dans l'analyse du phénomène (chapitre V), les multiples travaux qui traitent du syndrome d'épuisement professionnel mentionnent quasiment tous le surengagement professionnel (ie. l'engagement extrême) dans les conditions de sa survenue.

DÉFINITION

Le surengagement, que l'on distingue du workaholism, se caractérise par l'addition d'un travail excessif et d'un travail compulsif. La détection du basculement de l'engagement excessif vers ce surengagement nous paraît être l'une des clés essentielles de la prévention du syndrome d'épuisement professionnel.

Cf. Chapitre VII revue bibliographique

Ce surengagement est une stratégie de résolution de problème qui demande toujours plus de ressources et occulte les risques inhérents à ce comportement. Il n'est pas rare que ces stratégies se maintiennent sur plusieurs années (cf. tableaux cliniques).

C'est pour cette raison qu'il nous a paru important d'inclure dans notre description les causes organisationnelles et les stratégies de coping[2] (le surengagement jusqu'à l'épuisement) mises en œuvre par les sujets pour contourner les difficultés rencontrées.

Ce « coping proactif », tourné vers la gestion des buts, est considéré par Greenglass[19] comme une source de motivation positive : pour répondre à un objectif, la personne s'engage davantage. L'auteur démontre que cette stratégie peut protéger du syndrome d'épuisement professionnel, au sens où elle renforce l'efficacité personnelle. Mais ceci jusqu'à un certain point.

DÉFINITION 2

Stratégies de coping : l'individu, lorsqu'il fait face à une situation stressante, élabore des stratégies d'ajustement spécifiques appelées coping ; ensemble organisé et cohérent de réponses cognitives, comportementales, émotionnelles et somatiques. Ces stratégies peuvent être efficaces mais peuvent aussi être à l'origine de troubles psychiques et physiques graves pouvant mener à la maladie.

18 F Meyer, F Guyon, Semaine sociale Lamy 16 mai 2011 n° 1492

19 Greenglass, E.R; Fiksenbaum, L; Burke, R.J. (1995). The relationship between social support and burn out over time in teachers. In Perrewe& Crandall (Eds.).

En effet, il semble que cette influence positive ne peut durer qu'à la double condition d'atteindre les objectifs (donc que ces objectifs soient atteignables), sans prendre de risques inconsidérés pour surmonter des obstacles de plus en plus nombreux. A défaut, porté par cette dynamique d'engagement, le sujet va se heurter à des exigences de travail de plus en plus fortes, son engouement et ses valeurs vont l'amener à se surengager, à investir toujours plus de ressources, faire fi des aléas et perdre peu à peu la maitrise et le contrôle de son (hyper)activité.

L'obligation de s'adapter vite, mais aussi d'agir vite afin d'être en mesure de répondre aux objectifs dans des délais souvent contraints, va progressivement le détourner d'une évaluation optimale des situations et le conduire à adopter des stratégies fondées sur le déni du risque[20] afin de faire face.

Comme nous le verrons dans les neuf observations présentées, dans le contexte actuel de « rationalisation du travail » de plus en plus de milieux organisationnels (secteurs publics et privés, mais aussi activités libérales au sens large) ne protègent pas de ce déni du risque voire même le favorisent et le valorisent, entrainant ainsi la survenue de l'épuisement de leurs salariés et, par là même, la baisse de leur propre productivité.

20 Zawieja Ph. , Guarnieri F., « Epuisement professionnel : approches innovantes et pluridisciplinaires », 2013

II. FACTEURS EN COURS : PART DE L'ORGANISATION, PART DE L'INDIVIDUEL

Durant les années 2000, les multiples travaux sur les différents modes d'engagement au travail, et notamment ceux concernant le surengagement, ont montré que la principale explication des mécanismes de survenue du SEP est multifactorielle et se situe à la croisée des théories du modèle bio-psycho-social[21].

Ce modèle remplace des systèmes de causalités simples et linéaires par des causalités multiples et circulaires, parfois difficiles à identifier et à contrôler. Ceci implique pour le clinicien du travail une navigation souvent inconfortable entre complexité et incertitude[22]. Mais de fait, si l'on veut comprendre les origines et les causes du surengagement au travail (mais aussi son opposé, le retrait amotivationnel - voir paragraphe V-C-2) et ses conséquences néfastes, il faut prendre en compte non seulement des prédispositions et les processus psychologiques et les facteurs sociaux, mais aussi l'environnement social où le travail a lieu, et les propriétés inhérentes structurellement au travail lui-même.

DÉFINITION

Le modèle bio-psycho-social est une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie[1]. Le terme « psychologique » réfère essentiellement à des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux « normaux », relevant entre autres de l'interprétation des symptômes par le sujet, et non à des aspects psychopathologiques.

21 R Burke, C Cooper. "The long work hours culture ; causes consequences and choices" chapter 4 : "the wellsprings of workaholism :a comparative analysis of the explanatory theories" Linley, McMillan, O'Driscoll"
22 ibid

1 Anne Berquin Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Med Suisse 2010;6:1511-1513

A. FACTEURS SOCIO-ORGANISATIONNELS

1. Les changements dans les organisations du travail

On peut considérer l'augmentation des pathologies psychiques de ces 15 dernières années comme étant une des conséquences de l'évolution du travail et des conditions économiques durant les trois dernières décennies. Ce que les chercheurs nomment la « psychologisation » du travail.

Sans entrer dans le détail de ces changements, indiquons simplement que ceux-ci ont largement modifié les cultures d'entreprise, c'est-à-dire ce à quoi les salariés s'identifient et par lesquelles ils peuvent ressentir un sentiment d'appartenance. L'évolution importante de l'informatisation du travail jusqu'au niveau individuel, à partir des années 1990, a largement orienté la culture de l'ensemble des entreprise vers la seule productivité. Les NTIC ont alors permis une nouvelle forme de travail (temps modulable à l'envi et indépendance vis à vis du lieu de travail).

On note ainsi plusieurs conséquences : avec le recul du contrôle par l'organisation de la gestion de l'équilibre vie privée/vie professionnelle, les salariés ont désormais l'obligation de savoir maitriser leurs propres limites. De plus, l'absence fréquente de fiches d'emploi détaillées, venant en contradiction de procédures excessivement standardisées ont mis de nombreux salariés dans une double impasse psychologique : participer à un processus standardisé sans qu'on leur ait donné leur périmètre d'action et de responsabilité dans ce processus. Par ailleurs, les nouveaux modes de travail et le travail en équipe « éclatée » nécessitent des compétences d'adaptabilité sociale et de communication comme la confiance en soi, la capacité à résoudre les conflits et à coopérer. Enfin, la plupart des changements et réorganisations qui s'opèrent dans les entreprises nécessitent l'utilisation de compétences psychologiques et psychosociales chez les salariés concernés. L'ensemble de ces changements oblige les salariés à faire en permanence avec un grand nombre de variables d'incertitude afin d'atteindre leur objectif de manière adéquate. Le tableau suivant établit la comparaison entre les modes de travail jusqu'aux années 80 et les modes actuels.

Tableau : Changement dans et autour du travail : la « psychologisation » du travail des 20 dernières années (d'après Schaufeli[23] et P. Boisard[24])

Travail Traditionnel	*Travail Moderne*
Stabilité	Changement
CDI «à vie»	Multiplication des emplois précaires
Pas d'ordinateur en 1975	Omniprésence de l'ordinateur
Le progrès social mesuré à l'allègement du travail	Allongement de la durée, de l'âge de la retraite
Hommes au travail	Mixité du travail
Uniformité	Diversité
Emploi à vie	Mobilité
Travail d'équipe	Performance individuelle
Structure horizontale (hiérarchie en strates)	Structure verticale (réseau, matrice)
Maîtrise de son activité	Surveillance et contrôle à distance
Responsabilité en fonction de l'organisation	Responsabilité individuelle (flexibilité)
Description détaillée du poste	Programme « autonome»
Temps et lieux de travail fixes	Temps et lieux de travail indépendants
Fatigue physique	Charge mentale et émotionnelle
Expérience professionnelle	Apprentissage à vie, créativité, innovation

23 W. Schaufeli, M LC Van der Velde, H Siegert Dossier Bevlogenheid Février 2013 (traduction libre)
24 Boisard P. «Le nouvel age du travail» Collection Tapages, édition Hachette littérature, 2009)

On le comprend, l'engagement et le surengagement sont variables en fonction des contextes organisationnels[25]. C'est dans les entreprises (privées et publiques) où l'orientation vers la productivité n'a pas suffisamment tenu compte de la culture d'entreprise initiale que les tensions ont commencé à se révéler et le concept d'épuisement professionnel s'est imposé.

A un niveau personnel, un même individu présentera donc un niveau d'engagement différent selon le poste qu'il occupe, l'entreprise ou le secteur dans lequel il travaille, le mode de management et l'équipe avec qui il interagit.

2. La culture du surengagement

Comme dans les autres études qui traitent de l'engagement et du surengagement, un des facteurs communs aux deux phénomènes est la surcharge horaire de travail (50 à 60 heures par semaine) [26].

Les organisations de travail, qu'elles soient publiques ou privées découragent rarement le surengagement excessif et compulsif ; *« certaines d'entre elles sont fières de développer des cultures où les longues heures et le sacrifice sont vus comme des nécessités pour le succès et l'avancement »* [27].

Les organisations de travail, qu'elles soient publiques ou privées découragent rarement le surengagement excessif et compulsif ; « certaines d'entre elles sont fières de développer des cultures où les longues heures et le sacrifice sont vus comme des nécessités pour le succès et l'avancement. »

Burke a montré que l'environnement de travail peut jouer un rôle important dans la survenue et l'augmentation du surengagement[28]. Par exemple, comparé aux autres salariés, « les surengagés » travaillent dans des organisations qui seraient moins favorables à maintenir un équilibre entre le travail et la vie privée. Ils seraient attirés par des organisations favorisant le surengagement. Ainsi, les efforts et l'énergie qu'ils dépensent au travail sont généralement perçus positivement par l'organisation et ses représentants (notamment hiérarchiques et responsables de ressources humaines).

En d'autres termes, les personnes extrêmement engagées sont reconnues et récompensées pour leur comportement de travail excessif. L'organisation exprime sa reconnaissance par des promotions de carrière, des primes et augmentations de salaire, encourageant d'autant plus le surengagement jusqu'à provoquer chez le sujet une véritable dépendance entre le niveau d'estime de soi et le surengagement.

3. Le déni du travail réel

Les grands courants d'organisation du travail (taylorisme, fordisme, toyotisme) ont contribué à faire passer la question du contenu et du sens du travail au second plan pour imposer le thème de l'organisation du travail. Alors que le travail réel est précisément ce que les travailleurs doivent ajouter aux procédures et à l'organisation prescrite pour faire face à l'imprévu , le travail est fréquemment présenté comme un processus impersonnel, mécanique, standardisé, « scientifique ». Et les erreurs forcément attribuées aux humains…

25 Schaufeli, W. B., Taris, T. W. & van Rhenen, W. (2008).Workaholism, burn out and engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being?Applied Psychology: An International Review, 57 (2), 173–203.
26 Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Van der Heijden, F. M. M. A., & Prins, J. T. (2009). Workhaholism among medical residents: Is it a combination of working excessively and working compulsively that counts. International Journal of Stress Management, 16, 249-272.
27 BURKE, R. J. (2001), "Workaholism in organizations:the role of organizational values", Personnel Review, Vol. 30 pp.637-45. (traduction libre, p. 639)
28 Burke, R.J., Workaholism in organizations: The role of personal beliefs and fears. Anxiety, Stress and Coping, 13, 1-12. (1999a)

Dans ces conditions, certains salariés vont faire en sorte de compenser ces « erreurs » en augmentant leur temps de travail pour tenter de corriger les dysfonctionnements. Ils dépensent ainsi une énergie folle pour satisfaire leur conception du travail bien fait mais également satisfaire la demande de l'organisation en donnant l'illusion d'appliquer le standard irréaliste demandé par l'entreprise.

Dans ces conditions, certains salariés vont faire en sorte de compenser ces « erreurs » en augmentant leur temps de travail pour tenter de corriger les dysfonctionnements. Ils dépensent ainsi une énergie folle pour satisfaire leur conception du travail bien fait mais également satisfaire la demande de l'organisation en donnant l'illusion d'appliquer le standard irréaliste demandé par l'entreprise.

Les facteurs favorisant le syndrome d'épuisement professionnel que nous avons pu observer dans les cas cliniques étudiés peuvent se regrouper dans les catégories suivantes :

- Manque de moyens matériels et humains ;
- Charge de travail excessive ;
- Intensité du travail ;
- Absence de prévisibilité de la charge de travail ;
- Culture de l'urgence ;
- Mode managérial autocratique, non soutenant ;
- Conflits de rôles ;
- Conflits de valeurs et pratiques illicites ;
- Confusion entre communication réelle et information non pilotée, ou tronquée ou absente.

Un autre élément favorisant le syndrome d'épuisement professionnel est la culture organisationnelle, lorsqu'elle est orientée vers la productivité à outrance sans se préoccuper du bien-être des employés.

Des facteurs organisationnels, plus conjoncturels, peuvent ainsi être ajoutés [29]:

- La compétition acharnée pour obtenir de la reconnaissance, au détriment de la solidarité. L'isolement et la solitude, l'absence de coopération et de soutien. *« L'excellence des uns peut conduire à l'exclusion des autres »* [30]. Les réorganisations permanentes, souvent sans information réelle, ni préparation ni accompagnement, qui placent les sujets devant le fait accompli, sans possibilité de négociation ou de discussion ;
- L'absence de droit à l'erreur et le déficit de signes de reconnaissance affective ;
- Le climat d'incertitude permanent ;
- La difficulté à se projeter dans l'avenir, due à l'absence de gestion dynamique des carrières.

29 Lègeron, 2003.
30 De Gaulejac, V; Aubert, N. (2007). Le coût de l'excellence. Paris Editions du Seuil

B. FACTEURS INDIVIDUELS

Les traits de personnalité des personnes interrogées ainsi que ceux des personnes ayant vécu un syndrome d'épuisement professionnel se distinguent par un degré d'exigences morales élevé marqué par des idéaux vis-à-vis de soi et des autres. Les personnes interrogées ont toutes une particularité commune : un sens exacerbé du travail bien fait, des valeurs personnelles et professionnelles profondément enracinées dans leur histoire.

Le refuge dans leur travail ainsi que la difficulté à demander de l'aide peuvent également se retrouver dans le profil de leur personnalité. Le déni du risque auquel elles s'exposent et la difficulté à lâcher prise sont caractéristiques. Dans certains cas, malgré les conseils et recommandations de leurs proches, collègues, médecin, les personnes ne parviennent pas à lâcher prise. « Lâcher prise » signifierait désinvestir totalement ce qui a accaparé pendant des années leur existence, leur énergie, ce qui leur a demandé aussi beaucoup de renoncements, voire de sacrifices, et ce qui a mobilisé aussi peut-être ce qu'il y a de meilleur en eux, ce dont précisément ils tirent une certaine fierté, non sans raison[31].

Nous pointons là toute la complexité du phénomène : les candidats sont bien souvent ceux sur qui l'on peut compter pour venir remplacer au pied levé ; ceux qui ne comptent pas leurs heures par souci du travail bien fait malgré la fatigue accumulée ; ceux qui font passer leur professionnalisme avant leur santé. Ce sont ceux-là même qui tombent malades.

Et, pour ces personnes, dont les liens entre estime de soi et réussite professionnelle sont singulièrement étroits, ce sentiment d'échec est impensable sur le plan narcissique. Ils ne se reconnaissent pas, ils ne peuvent s'identifier à des personnes susceptibles d'abandonner la partie. A contrario, le choix de la résistance, malgré l'épreuve, peut, dans certains cas, avoir des effets gratifiants voire compensatoires sur ce qu'ils endurent au quotidien.

Le déni du risque dont ils font preuve se définit comme une mise à l'écart de la réalité des limites des ressources physiques, émotionnelles et psychiques qu'ils possèdent et l'effondrement constitue alors un moment de « réconciliation » avec le réel.

Si la difficulté à lâcher prise, qui est une forme de rigidité morale, est caractéristique d'une vulnérabilité psychologique, elle constitue néanmoins le ressort de la performance professionnelle. Nous pointons là toute la complexité du phénomène : les candidats sont bien souvent ceux sur qui l'on peut compter pour venir remplacer au pied levé ; ceux qui ne comptent pas leurs heures par souci du travail bien fait malgré la fatigue accumulée ; ceux qui font passer leur professionnalisme avant leur santé. Ce sont ceux-là même qui tombent malades.

Malgré tout, l'argument de la vulnérabilité psychologique est systématiquement évoqué en premier dans la survenue d'un SEP. Tout se passe comme si ces qualités longtemps efficaces en terme de performance étaient subitement niées, oubliées, ou simplement sans rapport avec l'état présent.

31 Dejours C., "Nouvelles formes de servitudes et suicide.", Travailler 2005.

III. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Comme nous l'avons indiqué, notre objectif principal est d'apporter une contribution au débat sur la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel comme maladie en démontrant, par une étude quantitative et qualitative, le lien entre les facteurs de risque de certaines organisations et les maladies psychiques consécutives au syndrome d'épuisement professionnel.

Pour clarifier et confirmer ce lien, nous avons voulu montrer que les facteurs organisationnels incitent voire contraignent au surengagement au travail et favorisent ainsi l'épuisement professionnel.

Pour ce faire, nous avons procédé en trois étapes :

- Tout d'abord une analyse qualitative de 11 cas recueillie à partir d'entretiens avec des personnes volontaires nous permettent de bâtir notre tableau clinique présenté chapitre IV ;

- Assortie d'une analyse quantitative et statistique basée sur un questionnaire que nous avons conçu et proposé à un échantillon représentatif de la population active occupée ;

- Et enfin, d'une analyse de la bibliographie sur les facteurs en cause dans la survenue des maladies de l'épuisement, du syndrome d'épuisement professionnel (*burn out* dans la littérature anglophone) et du surengagement professionnel. C'est l'objet du chapitre VII.

A. APPROCHE QUALITATIVE

Notre objectif principal est d'apporter une contribution au débat sur la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel comme maladie en démontrant, par une étude quantitative et qualitative, le lien entre les facteurs de risque de certaines organisations et les maladies psychiques consécutives au syndrome d'épuisement professionnel.

Parmi plusieurs dizaines d'observations tirées de nos pratiques quotidiennes présentant un syndrome d'épuisement professionnel dont le processus était caractéristique et diagnostiqué comme *burn out* par les médecins qui les ont pris en charge au moment des faits, 11 personnes ont accepté de participer à notre étude et nous avons recueilli leurs témoignages de manière détaillée.

Deux d'entre elles n'ont pas souhaité voir la synthèse de leur tableau clinique apparaitre dans les tableaux exposés au paragraphe V mais ont bien voulu que leurs verbatim soient cités au fil de cette étude[32].

1. Méthodologie retenue pour les entretiens

La méthode utilisée a été celle de l'entretien semi-directif. Cette méthode, utilisée couramment en sciences humaines et sociales, permet d'obtenir des informations sur des thèmes prédéfinis, tout en laissant une grande ouverture à l'expression personnelle, et ce en restant dans le cadre des objectifs de l'étude : l'échange peut être recadré lorsque la personne s'éloigne des questions abordées.

La forme habituelle des entretiens est le face à face ou, le cas échéant, un entretien téléphonique. La participation est basée sur le volontariat.

Les entretiens sont menés selon un principe de neutralité bienveillante. Il ne s'agit pas d'affirmer en confirmant un fait mais plutôt de découvrir et comprendre, pour envisager de nouvelles pistes de réflexion. Dans la visée compréhensive, cette démarche se centre sur la singularité des récits.

Nous appliquons ce modèle à l'entretien de clinique du travail qui permet de reconstituer avec le salarié :

- l'histoire et les valeurs de son entreprise et son parcours professionnel ;
- la chronologie de la situation de travail : cette phase essentielle permet de retrouver le point de rupture entre la période d'engagement enthousiaste au travail et la période de surengagement qui a amené à la pathologie ;
- les causes (passées) de cette rupture : modifications organisationnelles (réorganisation, changement de poste, d'équipe, de manager, charge et intensité de travail augmentées, objectifs difficiles, etc.), altération du vécu subjectif de l'activité, altération du soutien du collectif de travail (collègues, managers, collaborateurs), conflits de valeurs, etc. ;
- les stratégies de coping que le salarié a mises en place pour tenter de faire face aux contraintes psychiques générées par cette situation de travail ;
- les symptômes et manifestations physiques et psychiques qui se sont alors manifestés et qui ont abouti à la maladie.

32 Il s'agit en l'occurrence de Marie et Elodie

Pour ces 11 entretiens, un point a également été fait sur la perception de l'état général de santé au moment de l'entretien et la perception de l'avenir.

Ce cadre d'entretien a été utilisé en support, dans le seul souci d'exhaustivité, mais sans planification, pour laisser libre cours au discours spontané. Le sujet était invité à raconter librement son histoire, l'interlocuteur intervenant seulement pour reformuler, questionner, synthétiser et relancer sur les thèmes non abordés.

1. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés, soit en face à face sur le site de Technologia, dès que cela était possible, soit par téléphone si le face à face n'était pas réalisable.

Les tableaux ci-dessous présentent les caractéristiques des onze personnes rencontrées :

	Effectif et % au total		Dont homme	Dont femme
Ensemble des entretiens	***11***	***100%***	***7 (64%)***	***4 (36%)***
NIVEAU D'ÉTUDES :				
Au delà du Bac, statut cadre	**9**	**82%**	5	4
Jusqu'au Bac, statut non cadre	**2**	**18%**	2	0
FONCTION D'ENCADREMENT :				
Manager	**6**	**55%**	4	2
Non manager	**5**	**45%**	3	2
SECTEUR D'ACTIVITÉ :				
Industrie	**5**	**46%**	3	2
Santé	**2**	**18%**	1	1
Finance	**2**	**18%**	1	1
Commerce	**2**	**18%**	2	0

Tableau : données sociodémographiques (genre, fonction d'encadrement, secteur d'activité)
**Données arrondies à la décimale*

La population est composée d'une majorité de femmes, âgées de 50 ans en moyenne.

- Ces travailleurs étaient âgés de 30 à 62 ans au moment de l'entrée dans la pathologie.
- Un sujet sur 2 manage une équipe, à part égale hommes/femmes.
- La grande majorité ont un niveau d'études supérieures et le statut cadre : fonctionnel, management ou cadre dirigeant.

B. APPROCHE QUANTITATIVE

L'approche quantitative et statistique a consisté à faire passer un questionnaire à 1000 personnes constituant un panel représentatif de la population active occupée en France. Nous avons élaboré le questionnaire en deux temps : d'abord la mise en perspective des hypothèses cliniques issues des observations, des entretiens et de la revue bibliographique, puis leur retranscription sous forme d'items.

Pour répondre aux hypothèses de recherche, l'étude cible deux dimensions :

- Celle de l'épuisement émotionnel du MBI-GS . Pour ne pas alourdir le questionnaire, seule la dimension de l'épuisement émotionnel est prise en compte. Sur un plan scientifique, cette dimension constitue, avec le cynisme, le « noyau dur » du syndrome d'épuisement professionnel. Selon Maslach, elle en est même la composante-clé, puisqu'elle n'impacte pas -du moins au début- les sphères non professionnelles du sujet (famille, amis). Ce qui distingue d'ailleurs le syndrome d'épuisement professionnel de la dépression. De manière pratique, l'évaluation de cette seule dimension permet à la fois de conserver un questionnaire court et de disposer d'une estimation fiable du niveau d'épuisement professionnel par sa dimension « cœur ».

- Celle qui prend appui sur les notions de surengagement au travail par l'évaluation du niveau de travail excessif et de travail compulsif de Schaufeli. Partant du constat que le ressort du SEP est le surengagement dans le travail, nous avons utilisé l'échelle DUWAS (échelle de dépendance au travail, Dutch Work Addiction Scale) qui donne des scores de surengagement dans ses deux dimensions et qui est un prédicteur validé du risque de syndrome d'épuisement professionnel.

D'autres items répondent aux thèmes abordés en entretien, notamment les questions de transport domicile travail et de rapport aux idées suicidaires et au suicide.

Avec l'aide du cabinet spécialisé Survey Sampling International (SSI), nous avons ensuite procédé à une relecture du questionnaire dans un souci de structuration et de dimensionnement. Au final, le questionnaire se compose de 45 items répartis sur 9 pages et se divise en quatre parties : (1) Caractéristiques individuelles ; (2) Temps de transport domicile – travail ; (3) Vie professionnelle et fatigue ; (4) Suicide.

C. ANALYSE DU PHÉNOMÈNE

Pour plus de commodité de lecture, nous avons fait le choix d'exposer cette longue revue de la bibliographie après l'exposé des analyses qualitative et quantitative.

Cette revue a concerné essentiellement les thèmes suivants :

- Les causes organisationnelles et individuelles de l'épuisement professionnel et des psychopathologies du travail
- Les stratégies de défense (ou coping) pour y faire face
- Le syndrome d'épuisement professionnel (*burn out* dans la littérature anglophone)
- Les différentes modalités de l'engagement, dont un chapitre plus particulièrement consacré au surengagement, primum movens du SEP

IV. TABLEAU CLINIQUE DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

D'après nos observations, l'apparition et le développement du syndrome d'épuisement professionnel comportent quatre phases distinctes qui s'étalent dans le temps et ont une durée variable selon les individus et les situations de travail. Ces quatre phases nous semblent caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel puisqu'elles se rencontrent dans tous les cas cliniques observés.

En effet, tous les entretiens attestent d'un processus plus ou moins long, au cours duquel le poids de la désillusion est de plus en plus lourd à porter malgré des efforts et une dépense d'énergie psychique et physique considérables.

Ce tableau clinique rend compte d'un long processus d'origine multifactorielle qui va largement dépasser les effets et manifestations du stress professionnel et conduire au syndrome d'épuisement professionnel.

Cette boucle montre bien que des sujets ayant de grandes capacités d'engagement, confrontés à des contextes organisationnels défavorables, sont les plus enclins à développer un syndrome d'épuisement professionnel, du fait de leur disposition à se dépasser, sans tenir compte des alertes de santé notamment.

Nous présenterons dans un premier temps le modèle de tableau clinique que nous avons élaboré. Nous l'illustrons par des verbatim choisis dans les différents témoignages que nous avons recueillis. Les 9 cas cliniques illustrant ce tableau seront présentés dans leur intégralité au chapitre suivant.

A. LES QUATRE PHASES DU PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUE

D'après nos observations, l'apparition et le développement du syndrome d'épuisement professionnel comportent quatre phases distinctes qui s'étalent dans le temps et ont une durée variable selon les individus et les situations de travail. Ces quatre phases nous semblent caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel puisqu'elles se rencontrent dans tous les cas cliniques observés.

1. La phase d'engagement : le plaisir au travail

Comme nous l'avons dit plus haut, il s'agit ici de la phase de satisfaction intense au travail, caractérisée par une grande vigueur, une forte implication et une absorption intense dans le travail.

« Ça a été un premier gros défi. J'étais sur une trajectoire ascendante, je me démenais j'étais à fond dans le boulot et ça me plaisait bien. Mais je ne me suis jamais protégée. Pour moi, dans ma tête ce que je faisais, tout le monde le faisait et sans difficulté. Pour moi, ça n'avait rien d'exceptionnel. »

(**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

« En fait je travaillais bien. Je travaillais bien parce que j'étais très en confiance avec mon patron, je m'entendais très bien avec lui donc je pense que je lui donnais plus parce que je lui devais mon changement de statut. J'étais passée du statut d'employé à agent de maîtrise donc c'était une vraie reconnaissance pour moi, j'en étais très satisfaite, ça me paraissait normal de donner beaucoup, inconsciemment. »

(**Anne**, *chef de réception et commerciale dans l'hôtellerie, 32 ans*)

« Il y avait beaucoup de choses à faire et j'avais quartier libre. J'ai toujours été responsable et aimé les responsabilités, découvrir, animer et stimuler les choses : c'était parfait. »

(**Charles**, *directeur financier, 57 ans*)

« Tout ça pour dire que tout allait bien, mon activité était reconnue. »

(**Marion**, *manager, 58 ans*)

« Je me dépensais sans compter pour mon boulot car j'avais un patron extra. Des fois on est malheureux au travail parce qu'on a de mauvais patron moi non… Je mettais beaucoup d'affectif dans mon travail. »

(**Colette**, *assistante commerciale puis responsable service paye, 46 ans*)

L'engagement au travail se caractérise par trois composantes : l'enthousiasme vis-à-vis de son travail, l'acceptation de ses aspects négatifs et la persévérance dans les tâches qu'il comporte. Cet engagement au travail est reconnu comme ayant des effets bénéfiques pour la santé psychique et physique. L'enthousiasme qui caractérise l'engagement au travail peut être intense sans pour autant impliquer que l'individu ressente moins d'enthousiasme face aux autres aspects de sa vie (loisirs, amis, famille). La perception de bien-être et de bonne santé est présente.

“ J’avais envie de monter, de prendre des responsabilités. Envie aussi de me mettre dans des situations nouvelles. J’étais quelqu’un d’assez dynamique. „

(**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

“ J’ai fait partie des pionniers d’une certaine technologie. Ça, ça a été fantastique. Le rôle de pionnier dans une discipline est quelque chose d’historique : vous êtes obligé de tout découvrir. „

(**Michel**, *chercheur dans l’industrie pharmaceutique, 55 ans*)

“ J’ai eu toute la gestion obligataire de la banque, hors assurance, donc avec des équipes importantes, des clients un peu partout dans le monde, un truc passionnant. „

(**Charles**, *directeur financier, 57 ans*)

2. La phase d’alarme : le surengagement au travail

Le surengagement est le symptôme initial de tout syndrome d’épuisement professionnel.

“ En tant que soignante, je m’étais fait et je pense qu’en tant que soignant on se fait souvent ce cinéma-là : « je suis inattaquable, j’ai des idéaux qui me permettent de dépasser les difficultés, la charge de travail, les violences subtiles ou ouvertes, qu’elles soient verbales ou psychologiques ». J’étais dans cette toute puissance-là quand même, je le reconnais vraiment aujourd’hui. Ce dévouement à une cause supérieure a été pour moi le piège. „

(**Carine**, *cadre de santé, 47 ans*)

“ Je bosse bien, […] et puis je gère toujours mon service qui est sur la touche. En même temps il y a le gros projet informatique de transfert de système informatique parce que la société est vendue à un autre groupe. Je bosse pas mal, je me rends pas compte mais je bosse beaucoup parce que je fais le chef de service et le projet informatique qui est un boulot à mi-temps voire 2/3 de temps. „

(**Raphael**, *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

La satisfaction et la motivation au travail sont encore très présentes. Mais petit à petit, l’activité et les pensées professionnelles vont gagner toutes les sphères de l’existence : sociale tout d’abord (diminution de toute l’activité sportive, des loisirs habituels, des sorties…), et familiale ensuite. Le temps consacré à la satisfaction de ses propres besoins est de plus en plus court. Les besoins non professionnels perdent leur importance.

“ Je ne sautais pas les repas mais c’est vrai que le petit-déjeuner, je ne prenais plus le temps de le prendre chez moi, j’arrivais au travail avec mes tartines et je me faisais mon café en arrivant. En fait, il se passait 1h30, 2h avant que je réalise que je n’avais pas mangé. „

(**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

« J'étais seule à l'époque… je n'avais pas de vie perso en fait, c'était tout pour le boulot, tout tournait autour du travail. Je n'étais pas armée… je travaillais chez moi… Je ne prenais plus de vacances, c'était vraiment, du travail sur du temps court, sans pouvoir me poser, je ne comptais pas le weekend. »

(**Colette**, *assistante commerciale puis responsable service paye, 46 ans*)

« La force de l'entreprise c'était : la commande arrive, elle repart aussitôt. (…) Si le client n'avait pas sa commande, le responsable : c'était moi. »

(**Valérie**, *employée dans une fabrique d'articles de chasse, 40 ans*)

C'est à ce stade que les proches commencent généralement à exprimer leur inquiétude et leur frustration. Dans cette phase, le score de travail excessif est sensiblement élevé, le temps dédié aux activités professionnelles est souvent supérieur à 50 heures par semaine.

« La valeur travail c'est une chose qui m'a toujours poursuivi. Je viens d'une famille modeste et la valeur travail est primordiale. Il y a des gens qui disent moi je quitte le bureau, je ferme la porte et je suis dans un autre monde mais ce n'est pas vrai. Quand vous êtes chercheur vous vous investissez énormément personnellement et le travail quand vous avez une idée dans la tête, eh bien vous travaillez dès que vous avez un petit moment. On travaille beaucoup. »

(**Michel**, *chercheur dans l'industrie pharmaceutique, 55 ans*)

« Je mettais beaucoup d'importance à réussir dans mon travail, c'était pour moi à cette époque impératif pour réussir sa vie, […] Je n'ai pas consciemment fait passer mon travail avant ma famille (mais probablement oui sans le vouloir vraiment…). »

(**Raphael**, *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

« J'ai fait beaucoup d'heures, 8h-12h, 13h30, 18h30/19 heures. Ce n'est pas énorme par rapport à d'autres mais c'était vraiment très chargé, très dense. »

(**Elodie**, *commerciale, 44 ans*)

« J'ai eu quelques rares prises de conscience où je me suis dit: « tu ne fais que bosser, tu ne vois personne, fais autre chose que travailler ». Je n'ai pas osé lui remonter le problème (à son manager, NDLR). J'ai donc pris une partie de la charge du travail de l'équipe. »

(**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

« Je sais très bien réduire la charge physique de travail (le bruit, le port de charges, etc.), ça se mesure, alors que l'empathie, la sympathie, la colère, la haine, ça ne se mesure ni en m^3, ni en m^2. »

(**Carine**, *formatrice hospitalière, 57 ans*)

« J'étais à l'époque entre 10 et 14 h de travail par jour ; il m'est arrivé plusieurs fois de faire du travail le weekend ou encore de prendre des jours de congés pour travailler, ça m'est arrivé aussi de faire des journées en continu : arriver à 7h le matin au travail, manger un sandwich au bureau devant mon ordinateur, de partir vers 19/20h et de réattaquer à la maison ensuite pour terminer vers minuit/1 heure. »

(**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

Le surengagement au travail est toujours précédé d'une phase plus ou moins longue d'engagement et on observe des périodes d'états mixtes (engagement et surengagement qui alternent en fonction du contexte personnel et/ou organisationnel). Les facteurs organisationnels et les facteurs individuels, souvent intimement liés, en sont la cause : (voir paragraphes II A et B) et vont faire basculer l'engagement vers le surengagement.

« [le hiérarchique] il disait que ce n'était qu'un problème de management de ma part. Pour lui, ce n'était pas compréhensible que je ne m'en sorte pas car « j'avais des effectifs » sauf que les effectifs n'avaient pas forcément les compétences. »

(**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

« On n'était pas dans le progrès continu mais dans la rupture. Ça va beaucoup plus vite et ça revient beaucoup moins cher. Une pression énorme, une charge beaucoup trop lourde et un manager qui m'a poussée (…) Pour moi ce que je faisais, tout le monde le faisait et sans difficulté, je ne faisais rien d'extraordinaire… On voit beaucoup de films où l'on voit superwoman qui travaille jusqu'à tard le soir mais sans aucun problème. »

(**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

« Il y a un nouveau gros projet qui se lance sans mon avis et on me nomme coordinateur maintenance. En fait on m'a collé une responsabilité de plus sur le dos, sans me demander mon avis et ça a été la goutte de trop qui a fait déborder le vase. »

(**Raphael**, *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

« J'ai fait remonter à ma direction mais bon… ça les arrangeait bien, Elodie était là, elle faisait le travail et il suffisait de patienter, ça a mis un an… »

(**Elodie**, *commerciale, 44 ans*)

« Je ne devais pas compter mes heures, j'étais cadre et ils ne comprenaient pas pourquoi j'avais des horaires, en tant que cadre je devais rester disponible tout le temps (…) J'ai quand même fait une centaine d'heures supplémentaire en 4 mois. »

(**Anne**, *chef de réception et commerciale dans l'hôtellerie, 32 ans*)

“ Une pression énorme, les délais étaient tellement courts et les contraintes si importantes que c'était difficilement gérable de former les personnes en même temps que de faire avancer le projet ; différents projets se cumulaient, il n'y avait pas de périodes de récupération. „

(**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

“ L'année 2008 a été l'année où l'enfer s'est installé car il y a eu une surcharge de travail considérable… c'est-à-dire que nous étions 50% en effectif pour faire le travail total, soit 2 au lieu de 4. „

(**Carine**, *formatrice hospitalière, 57 ans*)

“ Ce que j'avais du mal à avaler, c'est que l'on me demandait de faire des choses contraires à mes convictions : par exemple, des fausses factures. Avec le recul, si on se faisait avoir, c'était moi qui en portais la responsabilité… Mon patron aurait pu me le dire (…). „

(**Valérie**, *employée dans une fabrique d'articles de chasse, 40 ans*)

“ Assez rapidement, je me suis rendu compte que les dés étaient pipés : on voulait me faire signer des opérations en se disant : il vient d'arriver donc il ne va pas trop regarder. Or, vu mon expérience et mon tempérament, c'était impossible.[…] Moi ce qui me fait souffrir c'est les valeurs affichées par l'entreprise et ce qui s'y passe réellement. Il y a un grand écart. Ce qui est curieux c'est que systématiquement on dit que c'est l'écart entre les nôtres. „

(**Charles**, *directeur financier, 57 ans*)

“ On commence à bien travailler pendant deux mois et puis hop, ça recommence. Je leur ai dit : vous savez bien qu'une organisation, il faut six mois pour la changer, mais non… Il n'y avait pas le temps, il fallait aller vite. Donc en fait, c'est des réorganisations permanentes et le grand jeu entre collègues c'était le : who's next ?, qui sera le prochain à être éliminé ? „

(**Oscar**, *contrôleur programme, 44 ans*)

Les signes physiques commencent à se manifester de manière récurrente et sont à ce stade négligés ou, en tout état de cause, minimisés par la personne.

“ J'ai développé une très grande fatigue, mal aux yeux, fatigué par le bruit. (…) C'est la surcharge, ces nouvelles organisations, ces formations de personnes, aucune reconnaissance… tout ceci s'est accumulé, accumulé… „

(**Oscar**, *contrôleur programme, 44 ans*)

“ J'ai fait une syncope de 15 mn. Pour moi c'était davantage un épuisement: vous êtes fatigué et c'est le corps qui lâche. „

(**Michel**, *chercheur dans l'industrie pharmaceutique, 55 ans*)

« Un jour je suis arrivé au bureau et j'avais oublié mon badge, on m'a demandé dans quel service je travaillais et je ne savais plus… J'ai retrouvé des dossiers que j'avais en trois exemplaires ; j'étais extrêmement irritable. »

(**Oscar**, *contrôleur programme, 44 ans*)

« Je m'occupais des ventes, du standard (6 lignes entrantes), de remplacer le responsable des ventes (commerciaux à driver, coûts) en plus de mon travail d'avant… c'était de l'urgence avec des interruptions tout le temps»[la remplaçante de la comptable], j'ai du prendre en charge les commandes car elle ne s'en occupait pas…On avait l'obligation d'être joignable, pas plus de 15 jours de congés consécutifs, pas de congés complémentaires, les heures supplémentaire étaient non rémunérées. »

(**Valérie**, *employée dans une fabrique d'articles de chasse, 40 ans*

« J'ai généré tellement de stress …Un point qui a été déclencheur, juste avant d'envoyer ma lettre à la RH j'ai fait deux énormes erreurs sur un seul vol : j'ai décollé en surcharge, je suis entré dans un nuage avec des passagers enfin n'importe quoi. Bien après j'ai compris que j'étais tellement en stress que je raisonnais comme une casserole. »

(**Raphael**, *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

« Comme je m'occupais du produit fini, de l'assemblage, c'était moi… J'ai passé des nuits entières à tout reprendre pour leur prouver par A + B que je n'y étais pour rien…La suspicion était sur moi car c'était moi au final qui facturait donc c'était moi qui avait oublié de facturer. »

(**Valérie**, *employée dans une fabrique d'articles de chasse, 40 ans*)

C'est ce moment-là qu'il faut s'attacher à détecter afin d'éviter au salarié de sombrer dans la troisième phase.

3. La phase de résistance : l'acharnement frénétique

Cette suractivité se transforme finalement en acharnement frénétique. La personne continue de s'imposer un rythme effréné. Elle nie de plus en plus son surmenage et sa surcharge. Le plaisir fait place à l'anxiété grandissante et la disparition de la satisfaction au travail. L'estime de soi diminue petit à petit, la personne commence à douter d'elle-même, de ses capacités.

C'est la phase de rupture : acharnement frénétique, obstination sans plaisir; le sujet se retrouve enfermé dans sa lutte solitaire contre l'expression de sa propre souffrance. Il devient indisponible et intolérant à la souffrance d'autrui et à l'émotion que cela génère en lui. C'est également à ce stade que les premiers signes de détachement, d'insensibilité au monde environnant et de rupture avec les autres surviennent sous la forme d'attitudes négatives envers les collègues et/ou les clients.

> **« Je n'étalais pas tout, c'était surtout le travail qui comptait et voilà. Car ce n'est pas le tout de le dire, mais quand on le vit et qu'on doit nourrir sa famille etc. (…) on ne part pas. J'ai de la chance d'être solide. Ce que je regrette c'est que ma famille en ait pâti, ça c'est sûr. »**
>
> (**Michel**, *chercheur dans l'industrie pharmaceutique, 55 ans*)

> **« À un moment vous vous dites, entre conscience tout court et conscience professionnelle… tant pis, on capitule pour survivre (…) Au début, vous vous posez ces questions : impossibilité de faire du bon travail etc., parce que vous avez cette habitude et puis à un moment vous vous dites tant pis, que vous ne pouvez pas faire autrement… »**
>
> (**Oscar**, *contrôleur programme, 44 ans*)

Le sujet est de moins en moins capable d'empathie et d'implication émotionnelle dans ses activités. Cette stratégie d'adaptation vise à se protéger en tenant les autres à distance, leur présence représentant un danger pour le peu d'équilibre restant. Si cette réaction peut paraître égoïste, c'est avant tout un réflexe de survie, un signal d'alarme en matière de préservation de la santé.

Dans cette phase, les critères diagnostiques suivants sont nécessaires et suffisants pour décider de mettre le salarié en arrêt maladie pour le protéger du milieu de travail :

- État affectif négatif ;
- Organisation de travail et/ou conditions de travail défavorables (voir facteurs étiologiques) ;
- Bon fonctionnement professionnel maintenu au prix d'efforts grandissants ;
- Faisceau de manifestations connexes caractéristiques : troubles du sommeil, douleurs articulaires (lombalgies, cervicalgies, tendinites du membre supérieur), troubles digestifs, irritabilité, troubles de concentration, de mémorisation, repli sur soi progressif… ;
- L'état s'améliore de manière caractéristique avec l'arrêt du travail en 15 jours à trois semaines.

Sans aide extérieure, la personne est à ce stade incapable de s'en sortir seule et dans l'impossibilité de demander de l'aide... Le sujet accepte difficilement l'arrêt de travail qui lui est proposé et cherche très fréquemment à le réduire à quelques jours. Il a l'illusion de pouvoir « encore tenir », et de ne « pas être si malade que ça ».

> **« Je voulais terminer ce projet car il y avait encore des choses importantes à faire pendant 6 mois et je voulais terminer. J'ai demandé à mon médecin des antidépresseurs, au moins pour cette période, pour pouvoir finir. »**
>
> (**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

> **« Je suis quelqu'un qui ne m'étais jamais arrêtée, même avec deux chevilles cassées. Le soir je travaillais jusqu'à 22h… Pour moi, quand je ne réussis pas quelque chose, il faut que je réussisse autre chose en parallèle. Je me suis mise en golf. (…) Au lieu de me lamenter dans ma maison, je vais partir au golf,**

ça prend du temps, 5h par jour. Au bout d'un mois, je pleurais moins, je n'étais plus dans la boîte… Quand j'ai été prolongé pour un mois, le médecin avait compris. Moi j'étais toujours : petit soldat, ils n'arriveront pas à me démolir. Sauf que… „

(**Marion**, *manager, 58 ans*)

Le caractère compulsif du surengagement devient visible et prépondérant.

“ Comme si le cerveau s'emballait, je n'arrivais pas à décrocher. Pendant le projet, je pense que j'ai toujours été dans cette hyperactivité-là, j'étais hyper-performante. Quand je vois la quantité de travail que j'ai fournie… „

(**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

“ Dire non, ce n'était pas possible, je n'y arrivais pas. J'avais tellement envie que ça se passe bien… „

(**Anne**, *chef de réception et commerciale dans l'hôtellerie, 32 ans*)

“ Vous n'avez pas le temps de manger parce que si vous prenez 5 min pour manger on vous le reproche » ; « c'était tout le temps… Vous commenciez à manger et ils venaient vous voir pour vous faire faire quelque chose, « vous mangerez après ». Sauf qu'après vous n'avez pas le temps donc ce n'est plus possible. „

(**Anne**, *chef de réception et commerciale dans l'hôtellerie, 32 ans*)

“ Il y avait une telle charge, une telle pression que mon cerveau continuait à tourner en fait c'est ça… Il continuait à tourner… „

(**Oscar**, *contrôleur programme, 44 ans*)

“ Ca s'est traduit par 3 jours sans dormir et puis physiquement, je n'arrivais plus du tout à avancer. C'est physique, je me suis arrêtée net. Vous avez une tension qui est tellement forte que vous n'arrivez plus à vous décharger. (…) Oui c'est de l'hyperactivité oui, tout à fait. C'est lié à de l'engagement mais… Après vous êtes hyperactif, vous ne pouvez plus vous arrêter. Vous ne vous arrêtez plus, le cerveau ne s'arrête plus. Moi j'étais incapable de poser ma cervelle, au contraire elle se mettait en route. C'est vraiment le stress qui fait ça. „

(**Colette**, *assistante commerciale puis responsable service paye, 46 ans*)

La personne n'est plus capable de s'adapter : des changements de comportement inopinés et inadaptés au contexte surviennent, avec notamment une position défensive à l'égard de toute critique, le retrait émotionnel ou à l'opposé, le raptus nerveux par rapport à des événements de travail, le manque d'adaptabilité.

“ J'allais dans mon bureau, je ne disais bonjour à personne, enfin ça n'avait aucun sens. „

(**Raphael**, *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

Les émotions ne s'expriment que sous la forme de tristesse, de colère et d'accès de rage.

> **« Tout le monde me disait d'aller voir le médecin mais moi je ne me sentais pas malade... je me sentais rebelle et en colère. »**
>
> (**Raphael,** *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

> **« On me fait une évaluation qui est pourrie. On me dit que je ne sais pas conduire une réunion... Bref, à l'époque j'ai 50 ans, je sais pourtant comment ça se passe mais là, je le prends mal et ça me fait mal (...) Ma promotion, j'y ai cru alors que je n'ai rien eu... »**
>
> (**Raphael,** *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

> **« Les dimanches, j'étais angoissé dès 15H car il y avait le lundi matin... J'écoutais mais je n'entendais pas. (...) Je ne pouvais plus rien faire, mon cerveau était bloqué. On peut vite devenir fou... »**
>
> (**Oscar**, *contrôleur programme, 44 ans*)

Les troubles somatiques et les comportements addictifs prennent le devant de la scène.

> **« Ça a eu un impact sur ma santé, ça m'a complètement bloqué le dos, j'ai du mal à marcher, ça s'est aggravé. Même le raisonnement, la confiance en moi, plein de chose ne sont plus là, ça n'existe plus. »**
>
> (**Marion**, *manager 58 ans*)

> **« C'était métro, boulot, dodo et encore... dodo non, car je ne dormais pas tellement, j'avais trop de responsabilité, de choses à faire. J'y pensais toute la nuit et je ne dormais que 2 à 3 heures par nuit. »**
>
> (**Anne**, *chef de réception et commerciale dans l'hôtellerie, 32 ans*)

> **« Il y a eu de plus en plus de trous de mémoire, des difficultés à dormir j'ai commencé à consommer régulièrement de l'alcool. »**
>
> (**Valérie**, *employée dans une fabrique d'articles de chasse, 40 ans*)

> **« Je me suis mise à boire un verre d'alcool ou deux, le soir et plus encore le weekend, pour décompresser, oublier un peu le travail. »**
>
> (**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

> **« J'ai un bras qui se bloque. Des symptômes physiques quoi. Un bras qui se bloque pendant un mois et on sait pas pourquoi et avec une douleur atroce. Je fais des examens, échographie, etc. rien. »**
>
> (**Raphael,** *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

> **« J'étais toujours fatigué, anxieux, j'avais des maux de tête. (...) Je me disais : ah si je pouvais me prendre un bon**

truc, une bonne maladie qui me foute par terre définitivement, ça serait une bonne chose. (...) [l'alcool] donc c'est vrai qu'à un moment je me suis posé la question, et ma femme me l'a fait remarquer. La tentation est forte, moi c'était l'alcool. „

(**Charles**, *directeur financier, 57 ans*)

“ J'avais du mal à dormir. Je me réveillais à 1h du matin et je ressassai mes problème : « t'es un mauvais, t'as pas réussi... » Et ça jusqu'à 5 ou 6h du matin. „

(**Raphael**, *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

Le « décrochage », à l'image de l'avion qui décroche et se met à tomber en chute libre, débute à ce stade. Ce stade est caractérisé par des scores de travail excessif et de travail compulsif maximaux sur l'échelle de DUWAS.

4. La phase finale : l'effondrement

L'effondrement est la dernière phase de ce long processus. A ce stade, la personne a perdu toute capacité d'initiative qui lui serait favorable. L'estime de soi et tout espoir de parvenir à surmonter les difficultés professionnelles sont anéantis. Elle montre un retrait émotionnel quasi-total (apathie) et du cynisme par rapport aux événements de travail marquants, un manque de flexibilité à toute demande de changement, et l'impossibilité d'exprimer son incapacité de continuer de faire son travail. Sur le plan comportemental, la personne n'est plus capable d'empathie, de compassion, de soutien envers autrui qui est réduit à l'état d'objet. Ce cynisme est à l'origine de comportements plus graves : dénigrement systématique de l'entreprise, violences verbales et physiques, voire maltraitance sur autrui (patients, collègues, collaborateurs, fonctions support, usagers, clients…).

“ Le stade final pour moi ça a été une espèce de prostration, une volonté de prostration. Je voulais me recroqueviller sous mon bureau, fermer la porte à clef et attendre. C'était vraiment le besoin et le désir de me couper de tout je ne voulais pas avoir contact avec qui que ce soit car ce contact était pour moi un stress et je voulais couper ce stress. „

(**Michel**, *chercheur dans l'industrie pharmaceutique, 55 ans*)

“ Je ne pouvais même plus prendre le téléphone, même avec des amis, plus d'une minute ce n'était plus possible, je stoppais. „

(**Charles**, *directeur financier, 57 ans*)

“ J'ai eu un coup de stress sur une question, un problème que l'on me posait pourtant pas plus grave que d'habitude mais ces maux se sont déclenchés là. J'ai eu comme un clash, comme quelque chose qui claque dans le cerveau. „

(**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

“ Mon médecin généraliste m'a conseillé de prendre rendez-vous avec le médecin du travail, moi j'étais en telle détestation, j'en étais incapable. „

(**Oscar**, *contrôleur programme, 44 ans*)

On assiste à un effondrement total qui affecte toutes les dimensions de la personne : psychique, émotionnelle et physique.

> **« Je n'étais pas sous calmant mais j'étais lessivé dans ma tête. (...) Je laissais passer le temps et quand on me demandait ce qui me plairait je ne voyais rien. J'avais juste envie de me reposer, de ne rien faire. A mon boulot on me proposait, je disais oui mais je n'avais pas trop envie, je mesure quelques indicateurs, des choses qui m'occupaient 4h par semaine, le reste du temps j'étais là... je ne sais pas ce que je faisais... Je n'ai pas trop de souvenir de cette période, le temps s'écoulait. »**
>
> (**Raphael**, *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

> **« J'étais incapable de lire un article, quel qu'il soit... J'allais au cinéma, je m'endormais. Intellectuellement, je ne pouvais pas. »**
>
> (**Marion**, *manager, 58 ans*)

> **« J'avais l'impression que tout mon tube digestif était cramé, brûlé. Plus de jus, plus d'énergie, plus rien....Il y a un paradoxe par le fait d'avoir un mental hyperactif et un corps qui ne répond plus. Il y'a un brouillard qui se met en route, vous êtes anéanti. Déjà vous ne comprenez pas ce qui vous arrive...vous ne pouvez plus bosser.(...) C'est un arrêt brutal, physique qui se produit. Vous ne pouvez plus avancer. »**
>
> (**Colette**, *assistante commerciale puis responsable service paye, 46 ans*)

Ce stade est souvent celui de la maladie dépressive. Le risque de passage à l'acte suicidaire est majeur.

> **« M'ouvrir les veines à mon bureau, je n'avais pas envie de me suicider mais de marquer le coup. »**
>
> (**Raphael**, *ingénieur aéronautique, 57 ans*)

> **« Quand vous n'avez même plus envie de vivre... c'est énorme. »**
>
> (**Marc**)

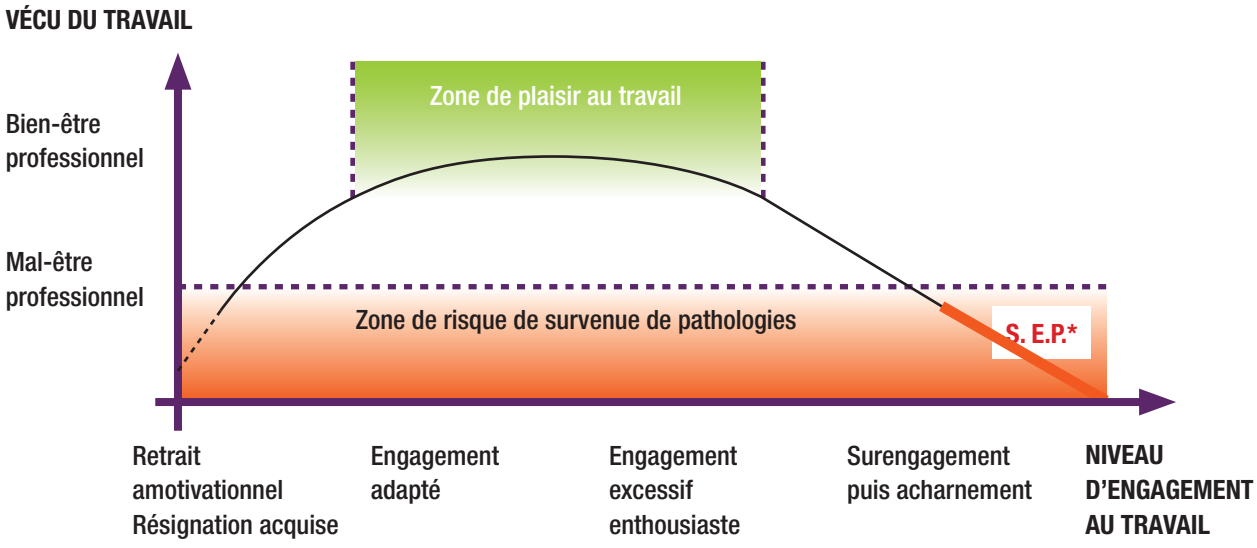
> **« Quand j'ai plongé, j'avais vraiment envie d'en finir. (...) ça me pesait de vivre. (...) Si j'avais été seule, je ne serai plus là aujourd'hui. »**
>
> (**Marie**, *ingénieur projet, 32 ans*)

« Aujourd'hui, je travaille avec des gens qui ont participé à mon exclusion. Comme on était dans une phase de reconstruction, de «pas de vague» et qu'il fallait que ça reparte, j'ai choisi de tourner la page. Ce n'est pas facile de dire bonjour à des gens... Je me suis quand même retrouvée sur la falaise (...) J'ai quand même réussi a monter sur les falaises et j'ai compris les gens que se suicidaient. »

(**Marion**, *manager, 58 ans*)

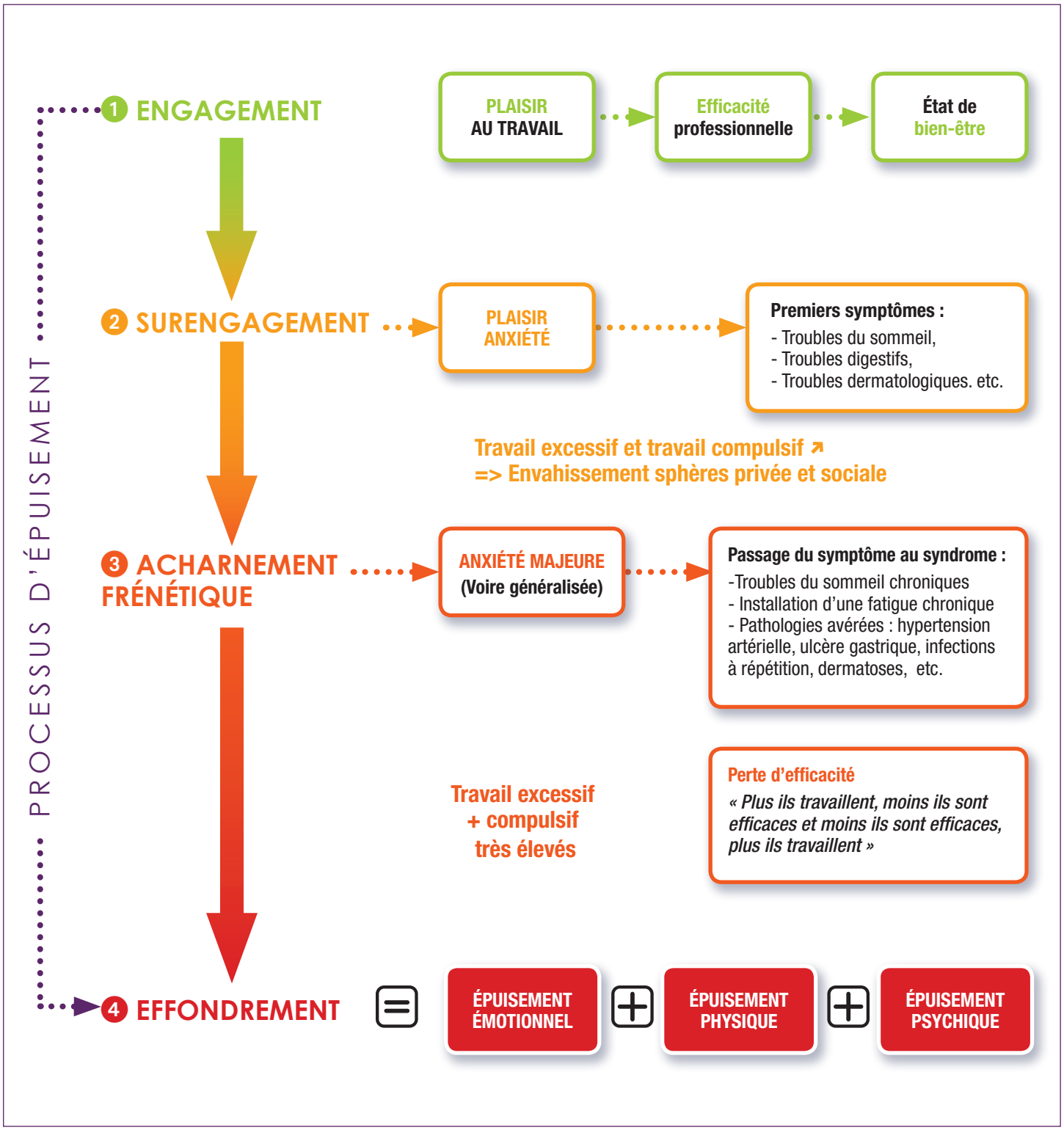
Cette incapacité s'associe à un fort sentiment d'inutilité et d'incompétence générant un état d'anxiété extrême. Classiquement le *burn out* décrit par Maslach comporte ces trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation dans sa relation à autrui et la perte de l'estime de soi. C'est aussi à ce stade que l'on peut observer les pathologies associées les plus graves : AVC, menace d'infarctus du myocarde, hernie discale, etc. qui seront aussi parmi les déterminants de la guérison ultérieure.

SCHÉMA DU CONTINUUM DE L'ENGAGEMENT



*Syndrorme d'épuisement professionnel

SCHÉMA DES DIFFÉRENTES PHASES DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL



B. SYMPTÔMES ÉMOTIONNELS, PHYSIQUES, COGNITIFS ET COMPORTEMENTAUX DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

De nombreux symptômes et conséquences possibles du syndrome d'épuisement professionnel ont été répertoriés. A l'instar de Schaufeli & Buunke[33], nous parlerons des manifestations du syndrome d'épuisement professionnel qui recouvrent à la fois les symptômes et les conséquences. Classiquement, les auteurs décrivent les manifestations du SEP en les classant en quatre grandes catégories, émotionnelles, physiques, cognitives et comportementales.

1. Manifestations émotionnelles ou affectives

L'épuisement psychique s'accompagne:

- d'une érosion de la capacité de contrôle des émotions ;
- d'un sentiment de découragement ;
- d'un sentiment de tristesse ;
- d'une fluctuation d'humeur ;
- d'angoisses, d'idées de persécution ;
- d'augmentation de l'état de tension et d'irritabilité ;
- de nervosité.

2. Manifestations physiques

L'épuisement physique et la fatigue chronique (apparaissant dès le lever) sont les manifestations majeures du SEP. A la phase ultime d'effondrement, certains auteurs parlent de « fatigue dépassée » pour faire le parallèle avec le « coma dépassé ».

On constate dès la phase de surengagement les signes suivants :

- troubles du sommeil, insomnies fréquentes qui poussent les sujets à consommer des somnifères ;
- douleurs articulaires et tendineuses : lombalgies, lumbagos, névralgies cervicales, tendinites du coude, du poignet, de l'épaule ;
- troubles des fonctions gastro-intestinales, perte de l'appétit ou à l'opposé hyperphagie (entrainant perte ou prise de poids excessive) ;
- céphalées, migraines, malaises, vertiges ;
- problèmes dermatologiques : allergies, démangeaisons, poussées de psoriasis concomitantes de l'anxiété… ;
- troubles cardiovasculaires : accès de tachycardie voire d'arythmie cardiaque, poussée d'hyper tension ou à l'opposé d'hypotension, maladies coronaires ;
- déficience du système immunitaire (tableaux infectieux inhabituels, abcès sous-diaphragmatique, pyélonéphrite, arthrite septique, sans causes apparentes) ;
- etc.

33 Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (2002): burn out: An overview of 25 years of research and theorizing. In: M. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), The handbook of work & health psychology (2nd Edition; pp. 282-424). Chichester: Wiley

3. Manifestions cognitives :

- troubles de concentration, de mémoire ;
- inaptitude à résoudre des tâches complexes (calcul mental) ;
- idées fixes et pensées unilatérales, ruminations professionnelles permanentes ;
- difficultés à prendre des décisions, doutes ;
- sentiment d'impuissance ;
- auto apitoiement constant ;
- impression de « mise en cage » (confinement sans perspective d'ouverture) ;
- pensées suicidaires ;
- signes liés à la motivation : perte de la capacité d'enthousiasme et d'idéal, désillusion, déception, résignation, ennui, démoralisation.

4. Manifestations comportementales :

- crises de rage ;
- conflits conjugaux et familiaux ;
- isolement social, attitude de retrait sur soi ;
- distanciation et cynisme face aux autres,opposition au changement ;
- augmentation de comportements à risque ;
- négligence des activités de loisir ;
- abandon interne (négligence vestimentaire, négligence de l'hygiène corporelle) ;
- augmentation de l'absentéisme au travail ;
- hausse de consommation de substances nocives (alcool, tabac).

C. PRINCIPALES MALADIES LES PLUS FRÉQUEMMENT ASSOCIÉES OU CONNEXES AU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

En avril 2010, la commission des pathologies professionnelles (CPP) du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) a confié à un groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle, la mission de formuler des recommandations en vue de faciliter l'examen des demandes par les CRRMP3 dans le cadre juridique existant, puis d'investiguer les autres voies d'amélioration de la prise en charge de ces pathologies. Ce rapport[34] présente ces recommandations qui ont été soumises et adoptées par la commission spécialisée en 2012.

Deux affections ont été retenues en priorité :

1. La dépression et l'anxiété généralisée. Les liens entre ces pathologies et des facteurs environnementaux, notamment professionnels, sont en effet documentés. Les dépressions constituent d'ailleurs la majorité des cas actuellement présentés aux CRRMP.

34 Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail Commission des Pathologies Professionnelles « Recommandations pour l'examen des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies psychiques » Décembre 2012 www.travailler-mieux.gouv.fr

2. Les états de stress post-traumatique (ESPT) ont également été retenus. Les ESPT sont habituellement reconnus en accident du travail car ils trouvent souvent leur origine dans un événement unique. Toutefois, il existe des cas où le trouble survient non pas à la suite d'un accident unique mais à la suite d'événements traumatiques répétés et caractérisés. Dans ces situations, la spécificité de la clinique permet selon ce groupe de travail, d'établir le diagnostic.

Une troisième affection est envisagée, l'anxiété généralisée, mais de manière moins prioritaire.

Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé la nomenclature du Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders 5e édition (DSM V) pour présenter les trois pathologies les plus fréquemment associées au syndrome d'épuisement professionnel et identifier celles que Technologia souhaiterait voir reconnues comme maladies professionnelles.

1. La dépression d'épuisement ou L'épisode dépressif majeur

Classiquement, les critères suivants sont ceux du DSM-V tel que proposés par l'American Psychiatric Association.

a) Critères diagnostiques

Il est posé à condition que le patient présente un certain nombre de critères :

- **Critère A :**

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir*.

1) Humeur dépressive : sentiment de tristesse, de vide, de broyer du noir, de désespoir / pleurs fréquents
2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (= anhédonie) pour toutes ou presque toutes les activités (loisirs ++)
3) Troubles de l'appétit ou modification du poids: le plus souvent diminué (= anorexie) parfois augmenté (= hyperphagie)
4) Troubles du sommeil : le plus souvent insomnie parfois hypersomnie ou tendance à la clinophilie
5) Ralentissement psychomoteur (lenteur du discours, de la pensée, des mouvements, latence dans les réponses, voix monocorde…) ou agitation (déambulation, impossibilité de rester assis)
6) Perte d'énergie, lassitude et fatigue (= asthénie) continue
7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, ruminations sur des erreurs passées mineures
8) Difficultés à penser, à se concentrer, à prendre des décisions, distractibilité et troubles de la mémoire
9) Pensées de mort, idéation suicidaire (vague ou plan) ou tentative de suicide

NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

- **Critère B :**

Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

- **Critère C :**

Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

- **Critère D:**

L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

- **Critère E :**

Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.*

Dans le cas de la dépression consécutive au syndrome d'épuisement professionnel, c'est la confrontation à l'évidence de leur vulnérabilité qui contraint les personnes à faire avec une nouvelle réalité : celle de leurs limites physiques, psychiques et émotionnelles. Il va leur falloir endurer cette nouvelle épreuve d'où l'importance d'un accompagnement thérapeutique et souvent médicamenteux.

Dans le cas de la dépression consécutive au syndrome d'épuisement professionnel, c'est la confrontation à l'évidence de leur vulnérabilité qui contraint les personnes à faire avec une nouvelle réalité : celle de leurs limites physiques, psychiques et émotionnelles. Il va leur falloir endurer cette nouvelle épreuve d'où l'importance d'un accompagnement thérapeutique et souvent médicamenteux.

b) Différences entre syndrome d'épuisement professionnel et dépression

Sur un plan diagnostique, les deux syndromes (SEP à sa dernière phase et Dépression d'Epuisement) sont souvent imbriqués, au sens où l'épuisement professionnel peut en effet se compliquer d'une dépression sévère, mais qui lui est toujours secondaire.

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est donc pas nécessairement une dépression, mais peut y conduire.

Les deux syndromes diffèrent dans leur mode de survenue et de prise en charge :

- Quand le syndrome dépressif s'installe :

• il concerne d'emblée toutes les dimensions de la vie de l'individu : affective, sociale, professionnelle ;

• Un traitement médicamenteux avec un suivi psychothérapeutique sont souvent d'emblée nécessaires ;

- Le syndrome d'épuisement :

• concerne essentiellement la sphère professionnelle jusqu'à la troisième phase (surengagement et acharnement) ;

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est donc pas nécessairement une dépression, mais peut y conduire.

Note : La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et un altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

- Le retrait du poste de travail peut suffire en lui seul à améliorer la symptomatologie, le maintien ou la reprise dans le poste sans action sur l'organisation de l'activité l'aggravera ;
- Enfin, au registre des différences entre épuisement émotionnel et dépression, il est à noter que des différences physiologiques sont constatées, les déprimés produiraient trop de cortisol, les épuisés, pas assez[35, 36].

À l'évidence, la dépression d'épuisement est majeure dans le syndrome d'épuisement professionnel.

2. L'état de stress post traumatique

a) Circonstances de survenue dans le travail : un débat nécessaire

L'ESPT se développe en réaction à un événement traumatique.

Certaines situations de travail exposent au risque d'ESPT et lorsque l'événement traumatique survient de façon brutale et inopinée la reconnaissance en accident du travail est évidente.

Certaines situations de travail exposent au risque d'ESPT et lorsque l'événement traumatique survient de façon brutale et inopinée la reconnaissance en accident du travail est évidente.

Ce sont par exemple :

- les accidents graves (accidents de circulation, incendie chutes, effondrements, etc.), les catastrophes industrielles (explosion, incendie, etc.) ;
- Les agressions violentes (physiques, sexuelles, vol à main armée...).

Cette question est bien plus délicate et nourrit actuellement un débat d'experts lorsque ce sont des événements répétés qui conduisent à une situation traumatique. En effet, le lien entre ESPT et travail est retrouvé par certains auteurs dans les situations de harcèlement moral caractérisé et/ou de violences psychiques au travail[37, 38,39.] Selon ces auteurs, la névrose traumatique (qui s'apparente à l'ESPT) survient dans toutes les situations où le sujet vit une menace, réelle ou ressentie, contre sa propre intégrité physique ou contre l'intégrité physique de quelqu'un en tant que témoin.

Cette question est bien plus délicate et nourrit actuellement un débat d'experts lorsque ce sont des événements répétés qui conduisent à une situation traumatique.

Il ne s'agit donc pas ici d'un événement grave tel que le décrit le DSM 5 dans ses critères diagnostiques (mort ou menace de mort, blessure grave ou menace de blessure grave, ou délit sexuel ou menace de délit sexuel) mais plutôt de l'accumulation de faits de maltraitance, lorsque le procédé de maltraitance perdure et si un réseau de coopération ne se crée pas autour du salarié concerné.

Dans ce cas, le fait accidentel peut ne pas être retrouvé et c'est la description par le menu des situations maltraitantes qui permettront d'aboutir au diagnostic. Il s'agit alors de ce que les experts du COCT (Conseil d'orientation sur les conditions de travail) nomment **un état de stress post traumatique complexe**.

35 Nancy A Nicolsona, Rob van Diesta. Salivary cortisol patterns in vital exhaustion. Journal of Psychosomatic Research, Volume 49, Issue 5, November 2000, Pages 335–342
36 Marchand, A., Juster, R. P., Durand, P. et Lupien, S. J. (2014). « Burn out sub-components and cortisol profiles: What's burning most? », Psychoneuroendocrinology, vol. 40, p. 27-36.
37 Leymann & Gustafsson (1996) Mobbing at Work and the Development of Post-Traumatic Stress Disorders. European Journal of Work and Organizational Psychology, 5[2], 251-275. ;
38 Matthiesen, S.B. et Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. British Journal of Guidance and Counselling, 32, 335-356
39 Pezé M., Soula MC, Sandret N, « Dossier Souffrance au Travail » Le concours médical. Tome 130 - 4 du 19-02-2008

Le rapport du COCT[40] est le résultat d'un compromis entre les partenaires sociaux et n'est donc pas forcément complètement satisfaisant au plan scientifique ; car la définition de l'ESPT qui y est donnée ne correspond pas stricto sensu à celle du DSM 5 (absence du critère A). Mais il marque une avancée certaine.

Extrait du rapport :

« Le diagnostic d'ESPT impose en théorie le critère A : « Le sujet doit avoir vécu, avoir été témoin ou avoir été confronté à un événement (ou des évènements) durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, ou menacés de mort ou de graves blessures, ou des évènements durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ». Cependant on décrit des ESPT sans le critère A, non liés à un évènement unique grave, mais liés à des évènements répétés (fréquence et persistance d'agissements humiliants, insultants ; abus chroniques, dénigrements, menaces et calomnies pouvant générer des problèmes sociaux et psychosomatiques). Ce sont les ESPT dits « complexes ». Les ESPT dans le cadre du travail sont sans doute le plus fréquemment des ESPT complexes. Toutes les victimes ne présenteront pas un ESPT, d'où le constat qu'il existe des facteurs de vulnérabilité. »

Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail Commission des Pathologies Professionnelles « Recommandations pour l'examen des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies psychiques » - Décembre 2012

Il n'appartient pas à Technologia de trancher ce débat d'experts mais bien plutôt à la mettre en relief afin que ses propres observations y trouvent également leur place. Néanmoins, ces observations nous amènent à considérer qu'il serait possible de reconnaître l'existence d'un état de stress répété conduisant à une situation traumatique.

En février 2013, un rapport d'étude rédigé au niveau européen (Eurogip 81-F)[41] fait la synthèse des modalités de reconnaissance des maladies psychiques dans 10 pays d'Europe. Seul le Danemark a inscrit un trouble mental sur sa liste de maladies professionnelles. Cette inscription a été faite en 2005 et concerne l'état de stress post traumatique. Ce trouble doit résulter d'une exposition à *« une situation ou un événement traumatisant de courte ou longue durée et d'une nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique ».*

Il n'appartient pas à Technologia de trancher ce débat d'experts mais bien plutôt à la mettre en relief afin que ses propres observations y trouvent également leur place. Néanmoins, ces observations nous amènent à considérer qu'il serait possible de reconnaître l'existence d'un état de stress répété conduisant à une situation traumatique.

b) Critères diagnostiques de l'ESPT

L'état de stress post traumatique se caractérise par un certain nombre de critères issus du DSM V, que nous présentons, ici, de façon synthétique[42].

40 Groupe de travail sur les pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle. Rapport final. 1ère partie : pathologies psychiques. Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail. Commission des Pathologies Professionnelles. Décembre 2012
41 « Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail en Europe ?" Réf. Eurogip-81/F
42 American Psychiatric Association "Posttraumatic stress disorder" APA Publishing. www.dsm5.org

- **Critère A**

Tout d'abord, la personne a été exposée à un ou plusieurs des événements suivants :

- Mort ou menace de mort ;
- Blessure grave ou menace de blessure grave ;
- Délit sexuel ou menace de délit sexuel.

De l'une ou l'autre des façons suivantes :

- Vivre l'événement soi-même ;
- Être témoin d'un tel événement ;
- Apprendre que l'événement s'est produit à un ami proche ou un parent ;
- Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails de l'événement.

- **Critère B**

Ré-expérience ou réviviscence du traumatisme (au moins 1 manifestation parmi les 5) :

- Souvenirs récurrents, intrusifs, involontaires générant de la détresse ;
- Rêves perturbants récurrents dont le contenu ou l'affect est associé à l'événement ;
- Réactions dissociatives (p. ex., flashbacks) où l'individu sent/agit comme si l'événement se reproduisait (continuum de dissociation) ;
- Détresse intense et prolongée à des stimuli internes ou externes ;
- Réactions physiologiques à des stimuli internes ou externes.

- **Critère C**

Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme (au moins 1 manifestation sur 2) :

- Souvenirs, pensées ou sentiments qui éveillent des souvenirs de l'événement ;
- Stimuli externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations) qui éveillent des souvenirs, pensées ou sentiments associés à l'événement.

- **Critère D**

Altérations cognitives et émotionnelles commencées ou aggravées après l'événement (au moins 2 manifestations sur 7) :

- Incapacité à se rappeler d'un aspect important de l'événement ;
- Perceptions négatives, persistantes et exagérées de soi, des autres, ou du monde ;
- Blâme persistant exagéré de soi/autres quant aux causes/conséquences de l'événement ;
- État émotif négatif envahissant (ex. : peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) ;
- Perte d'intérêt ou de participation marquée pour des activités importantes ;
- Sentiment de détachement émotionnel ou d'éloignement des autres ;
- Incapacité persistante à ressentir des émotions positives (p. ex., amour, joie).

- **Critère E**

Symptômes persistants d'activation neurovégétative commencés ou aggravés après l'événement (au moins 2 manifestations sur 6) :

- Irritabilité, crises de colère, agression verbale/physique envers des personnes/objets ;
- Comportements imprudents ou autodestructeurs (conduite, substance, automutilation) ;
- Hypervigilance ;
- Réaction de sursaut exagérée ;
- Problèmes de concentration ;
- Problèmes de sommeil.

- **Critères F, G et H :** détresse et altération du fonctionnement

Le diagnostic d'ESPT suppose que ces perturbations se manifestent durant un mois minimum. On parle de ESPT aigu lorsque la durée des symptômes est inférieure à trois mois, et d'ESPT chronique lorsque celle-ci est égale ou supérieure à trois mois.

On parle de ESPT aigu lorsque la durée des symptômes est inférieure à trois mois, et d'ESPT chronique lorsque celle-ci est égale ou supérieure à trois mois.

c) Pathologies associées et détérioration des capacités fonctionnelles

En plus d'être persistant, l'Etat de Stress Post-traumatique est rarement dépourvu d'une pathologie associée. Au regard des personnes sans ESPT, celles souffrant de cette affection présentent davantage de troubles concomitants, tels que les troubles anxieux et dépressifs, les somatisations, ou encore la consommation abusive de substances dangereuses. L'alcoolisation régulière est fréquente chez les personnes présentant un ESPT.

DÉFINITIONS [4][5]

Defusing :
appellation des soins donnés immédiatement après l'événement traumatisant, et surtout quand un grand nombre de personnes sont touchées (Hold-up, accident de train, explosion d'un immeuble à cause d'une fuite de gaz, suicide en public par exemple), une cellule d'urgence médico-psychologique est déclenchée et les personnes impliquées (non blessées physiquement) sont réunies dans un coin tranquille sur le lieu de la catastrophe, ou au service des urgences de l'hôpital pour les victimes blessées physiquement.

Debriefing : soins post immédiats. Il a lieu quelques jours plus tard, quand le choc est « passé ». Chaque victime est invitée à exprimer ses émotions, ses pensées lors de la catastrophe et à raconter en détail comment cette chose horrible s'est passée, à partager cela avec les autres. Mettre en mots le trauma, l'horreur, c'est permettre de le ramener à la réalité, de se libérer de ce qui était impossible à imaginer « avant ».

d) Prise en charge et traitement de l'ESPT

Les recommandations suivantes doivent être mises en œuvre a minima lorsqu'un événement grave avec risque de survenue d'ESPT survient dans l'entreprise.

- Mettre en place une cellule de crise post accident grave en collaboration avec le service de santé au travail ;
- Programmer des interventions post-immédiates pour toutes les victimes par des intervenants formés à la pratique du defusing[4]/debriefing[5] ;
- Offrir du soutien social, pratique et émotionnel aux personnes touchées par l'événement ;
- Ne pas offrir un débriefing psychologique individuel d'une séance à toutes les victimes d'un événement traumatique ;
- Pour les médecins : considérer un traitement pharmacologique dans la phase aigue d'un ESPT (entre 1 et 3 mois) pour les difficultés de sommeil ;

Les modalités de retour au travail doivent prévoir :

- Une anticipation et une préparation du retour au travail (visite de pré reprise) ;
- Un retour progressif (temps partiel thérapeutique) ;
- L'action sur l'environnement psychosocial et notamment la collaboration entre acteurs concernés ;
- Prévoir un suivi à court moyen long terme par le médecin du travail individuel et/ou collectif en collaboration si nécessaire, avec un intervenant formé.

3. Le trouble anxieux généralisé

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V), le TAG se caractérise par une anxiété et une inquiétude excessive (attente avec appréhension) concernant plusieurs situations ou activités et survenant la plupart du temps pendant une période d'au moins 6 mois. La personne éprouve de la difficulté à contrôler ses préoccupations.

L'anxiété et les soucis sont accompagnés d'au moins trois symptômes parmi les suivants :

- agitation ou sensation d'être survolté ;
- fatigabilité ;
- difficultés de concentration ou trous de mémoire ;
- irritabilité ;
- tensions musculaires ;
- perturbations du sommeil.

Après débat avec différents professionnels, psychiatres et chercheurs, et à la différence du COCT, nous ne retenons pas le trouble anxieux généralisé pour caractériser le syndrome d'épuisement professionnel.

Dans les tableaux que nous avons observés, l'anxiété est omniprésente dès la troisième phase et constitue plutôt une étape qui précède et accompagne l'épuisement total. De notre point de vue, on ne peut pas parler de trouble anxieux généralisé, mais plutôt de symptôme d'anxiété réactionnel à une situation de travail. Après débat avec différents professionnels, psychiatres et chercheurs, et à la différence du COCT, nous ne retenons pas le trouble anxieux généralisé pour caractériser le syndrome d'épuisement professionnel.

D. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU SEP

1. Autres troubles psychiatriques

D'autres troubles psychiatriques préexistent au syndrome d'épuisement professionnel :

- Troubles obsessionnels compulsifs
- Troubles somatoformes[6]
- Autres pathologies psychiques : le rapport du COCT ne les retient pas car *« après analyse, les troubles psychotiques et les affections psychosomatiques n'ont pas été retenus. En effet, ces pathologies soulèvent des problèmes étiopathogéniques extrêmement complexes qui rendent très difficile la reconnaissance d'un facteur professionnel clairement identifiable ».*

Le rapport Eurogip[43] rappelle à juste titre que *« Dans le domaine psychiatrique plus encore que dans les autres spécialités médicales, la reconstitution de l'état antérieur du sujet revêt une importance particulière, sans négliger les facteurs étiologiques extraprofessionnels. En effet, les pathologies en question sont multifactorielles (facteurs familiaux/personnels, environnementaux/sociaux), et parmi ces facteurs, le risque professionnel peut sembler n'être qu'un élément occasionnel sans lien direct avec l'étiologie de la maladie. Une telle analyse de l'état antérieur du sujet permettra de conclure à :*

- *la présence de troubles préexistants permettant d'expliquer tout le tableau clinique de la pathologie (et donc d'exclure une étiologie professionnelle) ;*
- *la présence de troubles préexistants (prédispositions) ayant une causalité partielle ;*
- *l'absence de troubles préexistants ».*

DÉFINITION [6]

Le TSM ou trouble somatoforme médical

a été défini dans le DSM V par la survenue répétée, au cours de l'année précédente, d'au moins un symptôme d'une durée d'évolution supérieure ou égale à 6 mois (parmi 5 catégories de problèmes : problèmes digestifs, douleurs, problèmes dermatologiques, problèmes cardio-respiratoires et problèmes gynéco-urinaires), et source de gêne dans le domaine personnel/familial ou professionnel.

2. Maladies somatiques

Ces maladies peuvent se manifester par une fatigue excessive et/ou un ralentissement idéomoteur. Il conviendra donc devant tout tableau de fatigue excessive de faire un examen médical approfondi assorti d'examens complémentaires afin d'éliminer toute atteinte somatique avant de conclure à un diagnostic de SEP.

- Maladies infectieuses (hépatite, mononucléose, etc.) ;
- Endocrinopathies (troubles thyroïdiens, maladie d'Addison, etc.) ;
- Anémie ;
- Syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie
- Maladies auto-immunes ;
- Tumeurs malignes ; …

43 Extrait du rapport du Comité scientifique de l'INAIL (2003) Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail en Europe ? Réf. Eurogip-81/F

V. NEUF OBSERVATIONS DE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

A. LES NEUF TABLEAUX CLINIQUES

1. Carine

2. Valérie

3. Michel

4. Charles

5. Marion

6. Anne

7. Colette

8. Oscar

9. Raphaël

① CARINE, 47 ans, cadre de santé à l'hôpital public

Elle a une formation de kinésithérapeute. Cadre supérieur dès 1996, Carine intègre en 2002 un institut de formation dépendant aujourd'hui de l'Agence Régionale de Santé.

① *« (…) Mon engagement professionnel… a été essentiellement au sein du service public hospitalier. (…) J'ai du courage, de l'énergie (…), j'ai mis beaucoup d'énergie dans cette fonction-là. (…) »*

1 ENGAGEMENT

Satisfaction intense au travail : vigueur, implication, absorption et acceptation des aspects négatifs

A partir de 2002, sa charge de travail devient très importante et demande une grande exigence sur le plan relationnel avec une image d'excellence à garantir. Carine s'entend bien avec sa directrice et s'implique fortement.

Elle s'engage avec enthousiasme pour le service et le soin à la personne. Elle est en conformité avec ses propres valeurs (altruisme, solidarité, loyauté).

② *« Je n'avais pas suffisamment mesuré l'impact sur moi-même (…), en termes de fatigue psychique et de fatigue intellectuelle. (…) Je me suis aperçue que je développais tout un système de prudence pour essayer de ne pas tomber dans de la psychothérapie. »*

2 SURENGAGEMENT

Envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail et augmentation proportionnelle de l'anxiété et du travail excessif

En 2005, Carine connaît des relations difficiles avec une nouvelle formatrice mais le management ne se penche pas sur cette difficulté relationnelle ni sur la charge de travail. **Fin 2007**, la directrice, en arrêt maladie, est remplacée par un nouveau directeur qui ne trouve pas sa légitimité. Les situations conflictuelles se diffusent au reste de l'équipe.

Carine consacre de plus en plus de temps à son travail mais contrôle ses émotions. Pourtant, elle se sent fatiguée dès le matin au lever et souffre de troubles de la concentration.

③ *« L'année 2008 a été l'année où l'enfer s'est installé car il y a eu une surcharge de travail considérable (…) nous étions 2 au lieu de 4. (…) La difficulté à me détacher de mon travail le samedi et le dimanche ou pendant les congés… »*

3 ACHARNEMENT FRÉNÉTIQUE

Obstination sans plaisir, anxiété : niveaux maximaux de travail excessif et compulsif

Courant 2007, l'organisme de tutelle découvre un gros déficit budgétaire. C'est à cette époque que la collègue avec qui elle est en conflit part à la retraite. La charge de travail reste très importante. Le conflit est permanent entre le directeur et l'équipe des formateurs (violences verbales) ; le DRH conseille de temporiser, le médecin du travail voit chaque membre de l'équipe mais sans effet.

Carine contrôle de plus en plus difficilement ses émotions ; elle travaille en permanence dans l'urgence : son efficacité diminue, elle fait de gros efforts pour compenser. Elle souffre maintenant de troubles de la mémoire, de la concentration et du sommeil ; elle pleure et est irritable.

4 ÉPUISEMENT

Effondrement intérieur, décompensation en mode aigu

A partir de 2009, le conflit est majeur entre les valeurs du métier et les exigences économiques imposées par l'entreprise et sa tutelle. Avec une forte réduction des couts, La charge de travail devient excessive. Carine perd le sens du travail et ressent un sentiment d'injustice organisationnelle.

Epuisée, Carine consulte son médecin généraliste en mars 2009 qui ne la met pas en arrêt de travail. Elle connaît une alcoolisation régulière et excessive ; le médecin du travail l'oriente vers un service d'addictologie. Elle souffre alors d'une perte de l'estime de soi, de dépersonnalisation, de désorientation temporelle et connaît des idées suicidaires récurrentes. Sur un plan somatique, on note la survenue concomitante de rectocolite hémorragique. Carine est finalement arrêtée pour maladie de septembre 2009 à juin 2010 pour une grave dépression d'épuisement.

④ *« Je suis allée voir mon médecin… Il ne m'a pas comprise, il m'a dit : « nous les soignants, on fait face ». Il fallait que j'en finisse parce que je n'en pouvais plus (…) Je me vois face à la mer me dire «ça serait tellement simple d'être dans cette sérénité-là mais je ne connaîtrais pas mon petit-fils ou ma petite fille». C'est vraiment ça qui m'a permis de tenir bon. (…) »*

④ *« Il fallait que je me concentre énormément sur ce qui m'était dit, comme si la personne ne parlait pas français (…) Il m'arrivait de cocher sur mon calendrier le jour quand je ne savais plus quel jour on était (…) »*

ET AUJOURD'HUI ?

En suivi psychothérapeutique par un psychiatre jusqu'en 2013, Carine a connu deux ans de traitements antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères. Sans antidépresseur depuis septembre 2011 et sans somnifères depuis septembre 2012, elle a depuis repris une activité libérale en cabinet de kinésithérapie.

© funyjane@gmail.com

② VALÉRIE, 40 ans, employée dans une fabrique d'articles de chasse

Embauchée en juin 2000 en CDD pour faire de la saisie de facture et de l'expédition de commandes, elle signe au bout de six mois un CDI qui élargit ses tâches.

❶ « *J'étais seule pour faire le travail, je n'avais aucun soutien. [Le responsable des ventes recruté en 2004] ne m'aidait pas, pour lui j'étais sa secrétaire. Durant la saison, je faisais 14h / 15h de travail avec 1h pour manger.* »

❶ ENGAGEMENT

Satisfaction intense au travail : vigueur, implication, absorption et acceptation des aspects négatifs

Le motif de son embauche est une surcharge de travail du fait du départ d'un commercial avant la démission d'un second deux ans plus tard. De nouvelles activités s'ajoutent donc : réponses aux clients sur place, prospection, logistique, aide à la facturation…

Malgré sa charge de travail, notamment lors de la pleine saison entre juin et août, et l'embauche d'un responsable des ventes et de nouveaux commerciaux, Valérie travaille énormément. Elle apporte facilement du travail à la maison pour que les dossiers clients soient complets.

❷ SURENGAGEMENT

Envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail et augmentation proportionnelle de l'anxiété et du travail excessif

A partir de 2005, Valérie ressent un climat de suspicion fait de pression, d'humiliations sans que personne n'intervienne et d'un manque de reconnaissance pour le travail fourni malgré la satisfaction des clients. Les départs ne sont pas remplacés comme il faut et le turn over est important. En raison d'un prêt bancaire pour l'achat d'un commerce par son mari, elle est obligée de conserver son emploi. Elle est aux prises avec des conflits de valeurs.

Valérie se trouve dans l'incapacité de dire « non » et cherche à prouver sa bonne volonté. Elles souffre d'insomnies et perd l'appétit.

❷ « *Une fois, lors d'un inventaire, il manquait un nombre énorme de marchandises : qui a volé ? On me soupçonnait. Comme je m'occupais du produit fini, de l'assemblage, c'était moi… J'ai passé des nuits entières à tout reprendre pour leur prouver par A + B que je n'y étais pour rien. La suspicion était sur moi, car c'était moi qui facturait, donc c'était moi qui avait oublié de facturer. A partir de là (2007), je n'ai plus eu droit au paiement des heures supplémentaires ni aux primes sous prétexte « qu'on s'en mettait plein les fouilles. » (…) On avait l'obligation d'être joignable : pas plus de 15 jours de congés consécutifs. J'ai travaillé plus de 11 ans en n'ayant qu'une semaine de congés payés l'été ; je revenais travailler durant mes congés et on me les débitait quand même…* »

❸ ACHARNEMENT FRÉNÉTIQUE

Acharnement frénétique, obstination sans plaisir, anxiété : niveaux maximaux de travail excessif et compulsif

En 2008, Valérie n'est pas impliquée dans le projet de changement de progiciel de gestion concernant la partie comptabilité et commerciale. A cette absence de reconnaissance de son expérience s'ajoute la persistance du climat de suspicion, de jalousie de l'employeur et des collègues. Elle ne trouve ni écoute ni soutien face à ses difficultés.

Valérie est dans l'incapacité de se fixer des limites. Son implication reste forte grâce à la reconnaissance des clients et la croyance en sa résistance. Elle vit dans le déni de ses symptômes (amaigrissement, douleurs cervicales et dans les poignets, troubles de concentration et du sommeil) jusqu'à ce que son médecin diagnostique un surmenage et l'arrête huit jours. Elle perd alors l'estime d'elle-même.

❸ « *Là où je mettais 4 min. pour saisir une commande, avec le nouveau logiciel je mettais 9 min (…) j'étais dans l'impossibilité de répondre aux clients. (…) Si le client n'avait pas sa commande, le responsable c'était moi. A la fin je ne valais plus rien.* »

❹ ÉPUISEMENT

Effondrement intérieur, décompensation en mode aigu

A partir de janvier 2008, Valérie est formée au nouveau logiciel. Elle perd un peu plus ses repères. Lorsque le patron est arrêté pour maladie aucune directive n'est donnée mais cela entraîne des responsabilités et une solitude accrues. Elle manque de soutien et commence à être mise à l'écart par des comportements vexatoires et blessants de la part de ses collègues.

Elle s'acharne à bien faire avec le soutien de sa famille et d'une amie mais se sent impuissante. Les symptômes se multiplient : insomnie quasi totale, douleurs et ballonnements abdominaux, anorexie avec perte de poids importante, conjonctivite allergique résistante au traitement… Valérie a des idées suicidaires.

❹ « *Il était 19h, j'étais dehors sur un relax, j'en parle [du travail] à mon mari qui me dit : « tu ne vas pas te rendre malade pour ça ». Et puis ça a été le mot de trop, je ne me souviens plus de rien. D'après les rapports des pompiers, j'ai tout cassé à la maison. Je suis tombée en détresse respiratoire. Les pompiers sont venus. (…) Le lendemain, je suis rentrée chez moi. J'étais allongée dans mon canapé dans le noir. Je suis restée une semaine comme ça.* »

ET AUJOURD'HUI ?

Victime de deux troubles probablement liés, une dépression d'épuisement et un ESPT suite à des agissements répétés humiliants, Valérie a connu plusieurs hospitalisations et un suivi psychiatrique avec prise d'anxiolytiques, d'anti dépresseurs et de somnifères jusqu'à aujourd'hui. Elle a été licenciée pour inaptitude définitive à tout poste de l'entreprise en aout 2012 et est actuellement en recherche d'emploi avec un sentiment mêlé d'appréhension et d'optimisme. Une demande de reconnaissance de maladie professionnelle auprès du CRRMP est en cours.

© funyjane@gmail.com

③ MICHEL, 55 ans, chercheur dans l'industrie pharmaceutique

Michel a fait partie des pionniers de certaines avancées technologiques dans les années 80.

1 ENGAGEMENT

Satisfaction intense au travail : vigueur, implication, absorption et acceptation des aspects négatifs

De 1979 à 1990 les projets sont très motivants et la charge de travail est très importante. Michel travaille en équipe restreinte, il a l'esprit d'équipe très solide et se sent très dévoué durant cette période.

Il absorbe une forte charge de travail par un d'engagement intense.

1 « *Le rôle de pionnier dans une discipline est quelque chose d'historique : vous êtes obligé de tout découvrir. On s'est défoncés et on a fait de très belles choses, de très grands projets ensemble, en compétition mondiale.* »

2 SURENGAGEMENT

Envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail et augmentation proportionnelle de l'anxiété et du travail excessif

Entre 1990 à 2005 Michel a deux nouveaux hiérarchiques et cela provoque un changement radical de mode de management. Il décrit son manager comme pathogène, des conflits de valeurs apparaissent, malgré des alertes, la ligne hiérarchique reste sourde et ne le soutient pas.

Michel décide de ne rien laisser paraître de ses difficultés vis-à-vis de la hiérarchie ni des collègues. Son travail envahit sa sphère privée, il néglige sa famille et ne prend pas bien en compte ces changements. Michel est tout le temps fatigué. En 2005, une première alerte grave : il fait une syncope durant le travail.

[son patron décédé] ...

2 « *Il a été remplacé par un véritable pervers narcissique. Je n'étalais pas tout, moi c'était surtout le travail. Ce que je regrette c'est que ma famille en ait pâti. La valeur travail c'est une chose qui m'a toujours poursuivi. (…) Quand vous êtes chercheur vous vous investissez énormément personnellement, mais à un moment je ne pouvais plus travailler.* »

3 ACHARNEMENT FRÉNÉTIQUE

Obstination sans plaisir, anxiété : niveaux maximaux de travail excessif et compulsif

De 2005 à 2010 Michel a un nouveau manager et le travail s'intensifie. Octobre 2007 arrêt de un mois pour dépression. À son retour d'arrêt maladie, il reprend le travail au même poste. Il obtient une proposition pour une nouvelle organisation du travail et se rend compte du clivage entre les valeurs affichées par l'entreprise et les modes de gestion des ressources humaines en contradiction avec les valeurs du métier.

Michel adopte la stratégie du « tenir debout coûte que coûte » et se pense « invulnérable » grâce au travail. Il se voit obligé de s'arrêter de travailler pendant quelques semaines car il a de forts troubles de la concentration et de la mémoire. En 2007 il est traité pour syndrome anxio-dépressif.

3 « *La charge de travail était énorme. De 2005 à 2010, j'ai tenu bon (…) Je me suis toujours dit : « mon travail va me sauver » mais en réalité pas du tout. J'ai fait une grosse déprime durant laquelle j'ai été absent 15 jours / 1mois, l'arrêt a été court, je suis très solide.* »

4 ÉPUISEMENT

Effondrement intérieur, décompensation en mode aigu

En 2010, pour Michel, le décalage entre le travail prescrit et le travail réel persiste. Il y a toujours ce manque de soutien du manager et l'absence d'échanges. Il demande à changer de poste, il est mis en attente.

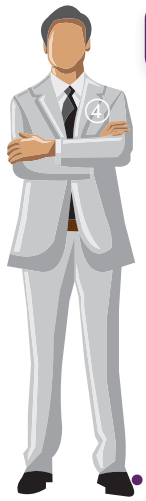
Il parvient à s'ouvrir à un collègue, mais est contraint à un nouvel arrêt de travail. Michel est suivi par un psycho-thérapeute après l'arrêt du traitement antidépresseur. C'est pour lui un moment d'isolement maximum, de repli sur soi et il en vient a avoir des idées suicidaires.

4 « *Le stade final pour moi a été une volonté de prostration. Je voulais me recroqueviller sous mon bureau, fermer la porte à clef et attendre. C'était vraiment le besoin et le désir de me couper de tout. Quand vous n'avez même plus envie de vivre… c'est énorme.* »

ET AUJOURD'HUI ?

Michel a essentiellement pris du Prozac pour lutter contre la dépression sévère. Il a un soutien solide et durable de son médecin généraliste, du psychologue et de l'assistante sociale. Il s'est engagé dans une association de malades pour aider à la recherche de traitement.

© funyjane@gmail.com



④ CHARLES, 62 ans, cadre supérieur dans le secteur bancaire

Entre 1979 et 2003, Charles évolue vite et atteint des postes à fortes responsabilités jusqu'à devenir directeur dans le domaine de la gestion obligataire hors assurance.

① *« J'ai eu toute la gestion obligataire de la banque (…), un truc passionnant, très stimulant et intéressant. J'étais content de venir mais il y avait des modes de comportement et de décision avec lesquels je ne pouvais continuer. »*

① ENGAGEMENT

Satisfaction intense au travail : vigueur, implication, absorption et acceptation des aspects négatifs

En 2003, il devient directeur des investissements, atteint des objectifs ambitieux. Cette même année, il découvre des pratiques douteuses, il en alerte sa hiérarchie mais sans effet.

Charles s'engage dans son travail, il est extrêmement motivé et enthousiaste.

② *« C'était des dysfonctionnements : commissions, opérations/coups tordus qui permettaient d'encaisser de l'argent. (…) Je n'ai jamais considéré que le vol puisse faire partie des choses qu'on devait faire. Il fallait trouver une solution sans faire d'incident sachant que j'étais candidat pour partir. Là les choses ont commencé à se gâter sensiblement… »*

② SURENGAGEMENT

Envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail et augmentation proportionnelle de l'anxiété et du travail excessif

De 2003 à 2005, Charles observe une persistance d'anomalies avec une mise à l'écart sur certains sujets. Fin 2003, il demande à être muté : aucune réponse de la DRH. S'ajoute à cela un isolement croissant ainsi que des consignes de pratiques malhonnêtes.

Il refuse de coopérer et d'exécuter les actions malhonnêtes. Charles demande à sortir de ce milieu pathogène. Malgré tout, il maintient le lien dans ses équipes, veille à la motivation et à l'implication dans le respect de ses valeurs et de celles affichées par la direction de l'entreprise.

③ *« Je reçois un mail d'un gars (…) mon patron me dit « J'ai dû oublier de te dire que ton patron maintenant c'est lui. [Au bout de 4 mois] je finis par avoir quelque chose de provisoire» (un bureau) ». J'ai envoyé un peu promener tout le monde. Ah si je pouvais me prendre un bon truc, une bonne maladie qui me foute par terre définitivement, ça serait une bonne chose. [L'alcool] donc c'est vrai qu'à un moment je me suis posé la question, et ma femme me l'a fait remarquer. La tentation est forte, moi c'était l'alcool. »*

③ ACHARNEMENT FRÉNÉTIQUE

Acharnement frénétique, obstination sans plaisir, anxiété : niveaux maximaux de travail excessif et compulsif

Entre 2006 et 2009, Charles est progressivement exclu de l'organigramme, il n'aura même plus de bureau pendant 4 mois. Fin 2008, il redemande à partir, ce que son DG refuse. A son retour d'arrêt maladie, ni poste ni activité ne lui sont proposés et son supérieur hiérarchique n'est pas précisé.

Au début, Charles continue à travailler tout en résistant sur certains points dans le respect de ses propres valeurs. Fin 2006, il consulte le médecin du travail qui le suit et l'oriente vers un psychiatre en mars 2007. Il est mis sous antidépresseurs. A partir mars 2007, pendant 15 mois : succession des arrêts de travail. Fatigué et anxieux, Charles est incapable de maintenir le lien social et sa consommation d'alcool augmente. Il persiste néanmoins à vouloir reprendre le travail.

④ *« Je suis rentré en juin et jusqu'en septembre 2010, je n'avais aucune indication sur ce qu'il y avait à faire. Quand j'ai demandé ce qu'il y avait à faire on m'a répondu « rien ». On me propose un poste d'ingénieur financier, je n'ai jamais été ingénieur financier et je le leur ai dit. Le pire pour moi c'était ça : me couper les moyens de travailler. C'était pire que tout ce que j'avais vécu avant. En fait ce qui revenait très souvent dans ma tête c'était : « qu'est-ce que je vais devenir ? ». Je ne pouvais même plus prendre le téléphone, même avec des amis, plus d'une minute ce n'était plus possible, je stoppais. »*

④ ÉPUISEMENT

Effondrement intérieur, décompensation en mode aigu

En 2010 : le secteur de la banque dont il dépend est racheté par un concurrent. 3 jours après son retour, il est convoqué par le directeur qui lui annonce qu'aucun poste ne peut lui être proposé en gestion et lui suggère de partir avec le futur plan de départ volontaire. Fin 2008, on lui propose un poste qu'il accepte sans lien avec ses compétences. Dans le même temps, il n'a plus accès à aucun de ses dossiers. Aucun de ses collègues ne lui apporte son soutien. Il finit par craquer complètement et est mis en arrêt de travail pour dépression.

Charles accepte le poste d'ingénieur inadéquat avec ses compétences, il effectue les tâches prescrites rapidement et fait plusieurs demandes pour pouvoir réutiliser ses dossiers informatisés. Il persiste dans ses actions d'alerte sur les dysfonctionnements et refuse de coopérer à des projets non conformes aux règles. Il finit par se faire arrêter et quitte l'entreprise.

ET AUJOURD'HUI ?

Charles a souffert d'une dépression réactionnelle due au syndrome d'épuisement professionnel. Suivi par un psychiatre, Charles a repris des activités dans différentes structures. Il est toujours très motivé par les sujets qui l'intéressaient. Il a diminué les antidépresseurs. Une action en justice est en cours pour licenciement abusif entre autre. Charles travaille actuellement comme conseiller financier.

© funyjane@gmail.com

⑤ MARION, 58 ans, manager

Elle a été embauchée en 1973 et a connu en 35 ans une belle évolution de carrière malgré une activité syndicale non pénalisante.

1 ENGAGEMENT

Satisfaction intense au travail : vigueur, implication, absorption et acceptation des aspects négatifs

En 2010, après une mutation régionale acceptée, Marion devient manager d'équipe avec le soutien de son directeur dont la reconnaissance exclusive se fait au détriment du reste de l'équipe. Accueil mal préparé, poste mal défini, elle se retrouve isolée.

Ce poste est pour Marion un challenge. Elle a le désir de bien faire, de réinstaurer un climat de confiance.

1 « *La charge de travail était importante oui, mais ce n'était pas pour me déplaire. [La direction] était fière de son recrutement mais elle a cassé les autres en me mettant sur un piédestal. (...) Ils m'ont complimenté en disant : « de toute façon il n'y a qu'elle qui travaille ». Ça a créé un conflit ouvert, j'étais devenue une rivale pour tous les autres. (...) Quand j'ai demandé quelque chose à une collègue elle m'a répondu : « tu n'as qu'à te débrouiller seule, on ne t'a pas demandé de venir ». J'ai passé toute l'année suivante à essayer d'arrondir les angles car personne ne m'a fait de cadeau.* »

2 SURENGAGEMENT

Envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail et augmentation proportionnelle de l'anxiété et du travail excessif

2011 (5 mois) : nouvelle réorganisation en 2011 et nouvel organigramme avec l'arrivée de responsables intermédiaires. La direction change d'attitude et Marion est exclue des prises de décision mais garde une lourde charge de travail sans disposer de plus de moyens.

A l'incompréhension succède une remise en question. Isolée, elle prend sur elle les remarques. On note l'émergence d'anxiété, d'un état dysphorique avec hypercontrôle des émotions.

2 « *Ils ne me donnaient plus aucune bille et ce durant six mois. J'ai senti que ça se dégradait. Un jour, je me suis retrouvée devant mon équipe et quand on m'a demandé où on en était sur un projet, je n'étais plus capable de leur répondre (…) Je n'avais pas de réponse à mes mails. Mes réunions mensuelles étaient annulées, je ne comprenais pas mais je me disais qu'ils avaient beaucoup de travail.* »

3 ACHARNEMENT FRÉNÉTIQUE

Acharnement frénétique, obstination sans plaisir, anxiété : niveaux maximaux de travail excessif et compulsif

Mise à l'écart, Marion est en butte à une absence de soutien de ses collègues et de la direction.

Malgré une angoisse diffuse pour se rendre au travail, elle persiste. Elle connaît des difficultés de concentration, des crises de larmes et des idées suicidaires. Son médecin généraliste l'arrête une semaine puis la prolonge d'un mois.

3 « *J'ai quand même réussi à monter sur les falaises et j'ai compris les gens que se suicident. J'ai beaucoup pleuré, c'est très douloureux. Encore aujourd'hui. J'ai compris comment les gens peuvent sauter le pas... On ne maîtrise plus rien. Je me suis dit que ce n'était pas moi, je ne comprenais pas ce que je me disais (...) Il y a la falaise et là c'est fini, tu n'as plus à essayer de comprendre…* »

4 ÉPUISEMENT

Effondrement intérieur, décompensation en mode aigu

Fin 2011, la situation de l'entreprise devient alarmante : les démissions se succèdent et on déplore des tentatives de suicide. Un cabinet d'expertise est nommé. L'arrêt de travail de Marion est de nouveau prolongé de quatre mois. Elle refuse de reprendre le travail en présence de son directeur.

Cet arrêt lui permet de prendre du recul mais elle souffre toujours de maux de dos, de douleurs musculaires et de troubles gastriques. Elle est méfiante, repliée sur elle et alterne des phases d'hyperactivité auxquelles succèdent des phases dépressives. Elle s'investit très fortement dans le sport.

4 « *Le consultant du cabinet d'expertise (...) m'a demandé de parler de mon équipe et a voulu rester en contact avec moi. A la fin, il m'a dit : «est-ce que vous avez conscience que vous êtes vous-même en difficulté ? (…) Je faisais 5h de golf mais (…) je n'arrivais pas à mémoriser une phrase que je lisais. (…) J'ai payé mes parcours de golf, voiturette, restau, je me suis dit tu vis ! Mes comptes en banque ont filé mais ça m'a sauvé.* »

ET AUJOURD'HUI ?

Chez Marion, la dépression d'épuisement par surcharge de travail et absence de soutien a été compensée par le sport, mais elle garde des séquelles psychiques et émotionnelles perte de confiance en soi, troubles de l'humeur…). Elle a refusé la prise d'antidépresseur et a pu reprendre le travail en changeant de poste. Le directeur pathogène a été muté dans un autre service hors de France. Elle s'investit dans le milieu associatif.

© funyjane@gmail.com

⑥ ANNE, 31 ans, chef de réception et attachée commerciale

Embauchée après un stage en 1997, Anne évolue rapidement vers un poste à responsabilité dans le secteur de l'hôtellerie.

1 « *Le directeur adjoint est tombé malade, donc je me suis retrouvée seule avec les (nouveaux) patrons. J'étais leur seul référent. Il a fallu que je les aide et j'ai pris ça très à cœur, de les aider, de leur apprendre mon métier. J'ai noté mes heures car pour eux c'était une obligation, même si avec mon ancien patron je ne les notais pas car on les récupérait un peu quand on voulait, ou bien on avait des primes sur notre salaire.* »

1 ENGAGEMENT

Satisfaction intense au travail : vigueur, implication, absorption et acceptation des aspects négatifs

Embauchée après un stage en 1997, Anne évolue rapidement vers un poste à responsabilité auprès d'un patron auquel elle est très attachée. A son départ, celui-ci lui demande d'aider le couple qui vient de racheter l'hôtel. Seul changement l'obligation de noter ses heures…

Son implication est totale : elle souhaite soutenir et guider les nouveaux patron.

2 SURENGAGEMENT

Envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail et augmentation proportionnelle de l'anxiété et du travail excessif

En quelques mois le climat se détériore : les employés doivent noter leurs heures, être toujours joignables, augmenter le rythme et leur charge de travail. Les managers s'isolent.

Anne veut honorer la mission qui lui a été confiée et « prend sur elle » pour aider ses nouveaux patrons tout en éprouvant de la culpabilité à l'égard des autres salariés. Son travail commence à prendre une place prépondérante dans sa vie privée et lui cause des problèmes notamment vis à vis de sa fille vivant en garde alternée. Sous tension, irritable, elle connaît une hyperactivité cognitive associée à des insomnies.

2 « *Mon cerveau marchait tout le temps, il ne s'arrêtait jamais. (…) je prenais des cachets pour m'endormir car ce n'était plus possible. J'ai tout fait pour les aider et à chaque fois ils se plaignaient que l'hôtel allait mal, qu'il y avait trop de personnel et qu'il fallait le restreindre.* »

3 ACHARNEMENT FRÉNÉTIQUE

Acharnement frénétique, obstination sans plaisir, anxiété : niveaux maximaux de travail excessif et compulsif

Début 2010, Anne travaille sans arrêt en dehors des horaires légaux et souffre d'un manque de reconnaissance. La tension monte.

Anne se focalise encore sur « sa mission » mais elle s'acharne avec obstination. Elle travaille de manière automatique avec des tics agressifs et prise de médicaments. Elle souffre alors d'insomnies, de conjonctivites et cystites à répétition, de névralgies cervico-radiale dues à la tension et perd du poids. Elle se sent impuissante. Le seul facteur protecteur à l'encontre d'idéations suicidaires est sa fille.

3 « *Elle a poussé le bouchon un peu trop loin. (…) Je me suis énervée et lui ai dit « qu'une solution, c'était une solution légale car sur mon contrat, ce n'était pas marqué ». Elle m'a ressorti qu'en tant que cadre je pouvais faire des efforts et là j'ai vraiment pété un plomb. (…) Je lui ai tout balancé. (…) Je suis rentrée chez moi, j'avais tellement vidé mon sac que j'ai failli avoir un accident de voiture.* »

4 ÉPUISEMENT

Effondrement intérieur, décompensation en mode aigu

Anne enchaîne les journées de travail ordinaires avec une incapacité physique à travailler.

Elle se trouve dans un déni de la souffrance éprouvée au travail associé à une anxiété généralisée. Toutefois, devant les manifestations physiques et le sentiment croissant de frustration, elle prend rendez-vous chez le médecin à qui elle cache les raisons professionnelles de ses maux. Elle est arrêtée 15 jours en raison de ses névralgies cervico-radiales. L'arrêt est finalement prolongé 3 mois

4 « *Pour moi ce n'était pas le travail, pour moi c'était tellement moi qui était nulle, qui n'avait pas réussi à assumer ce qu'on me demandait de faire (…) Pour moi j'étais malade et c'était mon corps qui lâchait, juste parce que je n'avais pas assumé la pression. Je n'arrivais toujours pas à ouvrir une bouteille de coca, d'eau, je n'avais aucune pression dans les mains. Je me suis brouillée avec tout le monde : je parlais très mal à ma fille, ma mère…* »

ET AUJOURD'HUI ?

Souffrant de dépression d'épuisement due à une charge de travail excessive en relation au manque de soutien et de confiance de ses patrons, Anne a d'abord été prise en charge sur un plan somatique (radios, IRM, double infiltration au niveau de la base du crâne, hospitalisation pour pyélonéphrite et septicémie). Elle a ensuite été arrêtée longuement et suivie pour des troubles liés au syndrome d'épuisement pour lesquels elle demande une reconnaissance en accident du travail. Elle conserve aujourd'hui des séquelles physiques, cognitives (douleurs aux bras, difficultés de concentration, angoisse si elle s'approche de l'hôtel) et une culpabilité vis à vis de son premier patron. Elle s'estime en voie de rétablissement mais souhaite travailler pour elle et faire partager son expérience.

© funyjane@gmail.com

⑦ COLETTE, 46 ans, assistante commerciale

Embauchée comme assistante commerciale elle devient responsable d'un service paye.

① « *La charge de travail était importante oui, je me dépensais sans compter pour mon boulot car j'avais un patron extra. Des fois on est malheureux au travail parce qu'on a de mauvais patron moi non… Je mettais beaucoup d'affectif dans mon travail.* »

1 ENGAGEMENT

Satisfaction intense au travail : vigueur, implication, absorption et acceptation des aspects négatifs

Colette travaille en confiance et est largement reconnue par son supérieur direct. Avec l'expansion de son service, elle accepte de nouvelles responsabilités et la charge de travail élevée qui va avec, tant physique (déplacements, port de colis) qu'émotionnelle (multiples sollicitations, stress des managers, isolement).

Se sentant redevable de la confiance qui lui est accordée, elle travaille beaucoup.

2 SURENGAGEMENT

Envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail et augmentation proportionnelle de l'anxiété et du travail excessif

Colette devient responsable du service paye mais toujours comme agent de maîtrise. Elle travaille largement seule et de plus en plus.

Son hyperactivité professionnelle empiète sur sa vie privée, notamment ses week-ends et ses vacances. Elle réduit ses loisirs. Elle commence à souffrir d'insomnies et de troubles gastriques.

② « *Vous ne vous arrêtez plus, le cerveau ne s'arrête plus. Moi j'étais incapable de poser ma cervelle, au contraire elle se mettait en route. C'est vraiment le stress qui fait ça.* »

③ « *J'avais l'impression que tout mon tube digestif était cramé, brûlé. Plus de jus, plus d'énergie, plus rien. (…) D'un côté vous avez le mental qui est complétement à fond, dans une ébullition totale et le corps physique qui est anéanti. C'est un arrêt brutal, physique qui se produit. Vous ne pouvez plus avancer…* »

3 ACHARNEMENT FRÉNÉTIQUE

Acharnement frénétique, obstination sans plaisir, anxiété : niveaux maximaux de travail excessif et compulsif

Malgré sa fatigue, Colette maintient sa charge de travail.

Elle s'isole, ne mange plus à la cantine. Elle souffre d'insomnies et du sentiment d'être « vidée », léthargique, dans l'incapacité de bouger. A l'hyperactivité cognitive répond alors une inefficacité professionnelle associée à des idées noires, des ruminations.

4 ÉPUISEMENT

Effondrement intérieur, décompensation en mode aigu

Colette est désormais dans l'incapacité physique d'aller travailler.

Elle est arrêtée trois mois par son médecin généraliste en raison d'angoisses, d'idéations suicidaires, de problèmes de concentration, dettes de sommeil, perte de poids et problème thyroïdiens. Elle prend alors des antidépresseurs.

④ « *Pour moi il se passait quelque chose de terrible, pourquoi tout d'un coup… ? Impossible de dormir c'est fulgurant ! C'est comme une flamme qui brûle tout, tout d'un coup la mèche s'allume et ça part dans tous les sens… (Après mon arrêt) il n'y a pas eu d'accompagnement dans le retour au travail, c'est délicat car j'étais cataloguée « cas social », « personne fragile »* »

ET AUJOURD'HUI ?

Pour faire face à sa dépression d'épuisement avec anxiété généralisée, Colette a proposé une rétrogradation acceptée par l'entreprise. Son poste de l'époque est actuellement assuré par deux personnes. Elle garde un sentiment d'injustice : elle n'a plus connu d'augmentation de salaire et s'estime « grillée ». elle ne se projette plus professionnellement, ne veut plus de responsabilité et préserve une liberté d'action qu'elle trouve désormais dans le syndicalisme.

© funyjane@gmail.com

⑧ OSCAR, 44 ans, contrôleur de programmes

Jusqu'en 2002 il a un parcours classique en finance d'entreprise. Il est d'abord contrôleur de gestion puis responsable financier de filiale et enfin directeur financier du groupe.

1 « *J'ai retrouvé du travail dans l'automobile comme contrôleur programme. (...) Quand j'ai été recruté on m'a dit : « vous ferez ça pendant deux ans car c'est assez fatiguant ». Quatre ans après on ne voulait pas me lâcher. (...) J'étais directeur financier de sous-groupes, j'avais 400 millions d'€ de CA.* »

1 ENGAGEMENT

Satisfaction intense au travail : vigueur, implication, absorption et acceptation des aspects négatifs

Au changement de la direction en 2002, il prend un poste de contrôleur financier des programmes dans l'industrie.

De 2002 à 2004, Oscar est très impliqué dans son travail.

2 SURENGAGEMENT

Envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail et augmentation proportionnelle de l'anxiété et du travail excessif

En 2005, Oscar est toujours au même poste malgré les changements promis par la hiérarchie. S'ajoute à cela de multiples réorganisations, un manque de reconnaissance et une augmentation de la charge et du rythme de travail.

Toujours très impliqué, il commence a laisser le travail empiéter sur la sphère privée. Il alerte la direction de son état de fatigue et de son incapacité à travailler. Le climat de travail est tendu et il trouve de moins en moins de sens à ce qu'il fait. A partir de 2005, il a mal aux yeux, des difficultés à se concentrer, en 2006 il se bloque le dos. Il se sent frustré, irritable, anxieux, il fait des amnésies passagères et il a des difficultés à s'endormir.

2 « *Un jour, je suis arrivé au bureau et j'avais oublié mon badge, on m'a demandé dans quel service je travaillais et je ne savais plus... (...) J'ai retrouvé des dossiers que j'avais en trois exemplaires ; j'étais extrêmement irritable.* »

3 ACHARNEMENT FRÉNÉTIQUE

Obstination sans plaisir, anxiété : niveaux maximaux de travail excessif et compulsif

Début 2007, Oscar obtient son changement de poste. Les réunions tardives le poussent à faire un arrêt maladie d'un mois. Il reprend le travail en février mais la charge de travail est trop intense. Il est contraint de faire un second arrêt maladie de 15 jours l'été. Il se voit ensuite proposé un poste plus « fonctionnel ».

En arrêt maladie, Oscar tente de résoudre les problèmes. Il est focalisé sur les symptômes. Il consulte un médecin généraliste, un neurologue, un médecin du travail et un psychiatre qui lui prescrit antidépresseurs et anxiolytiques. En juillet 2007, il est incapable de travailler, il commence à se désinvestir et à faire du présentéisme.

3 « *Il y a eu des choses, des critiques publiques de mon travail sur un rapport financier, une agression publique sur une question concernant ce rapport. (...) J'écoutais mais je n'entendais pas. (...) Je ne pouvais plus rien faire, mon cerveau était bloqué.* »

4 ÉPUISEMENT

Effondrement intérieur, décompensation en mode aigu

Début 2009, Oscar perd le contrôle, il est exclu des prises de décision et on lui annonce qu'il est déclassé. A cette annonce il est de nouveau en arrêt de travail mais ses responsables hiérarchiques lui envoient des mails pour lui demander de travailler malgré l'arrêt de travail.

Oscar ne peut plus travailler. Il tente de se rebeller mais le syndicat reste inactif. Il finit par renoncer puis est de nouveau arrêté. Il se sent seul, très anxieux notamment entre les réunions, il montre sa colère car il ne veut pas revivre 2007.

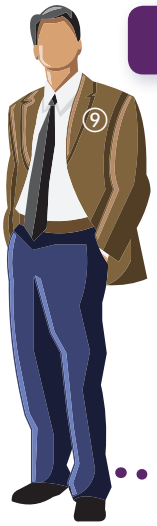
4 « *Il y a eu des annonces de déclassement. Là j'étais complètement perdu et évidemment.(...) j'ai saisi les CHSCT et comme par hasard, il y a les comptes rendus des CHSCT où l'on traite non pas de mon cas seul mais de toute l'équipe. J'étais vidé mais c'était plus une perte d'appétence, envie de ne rien faire, j'étais usé. Je n'avais plus de force pour faire quoi que ce soit. Le conflit était là.* »

ET AUJOURD'HUI ?

Oscar a l'impression d'aller mieux mais il n'arrive plus à faire les choses. Il a arrêté les anxiolytiques, mais il est encore sous antidépresseurs. La Sécurité Sociale l'a reconnu invalide (cat2). Il est toujours en arrêt mais a repris quelques activités privées comme les visites de musées et la création d'un site internet pour maintenir son niveau d'anglais. Son dossier est au Prud'hommes et pour l'instant il ne se projette pas dans l'avenir.

© funyjane@gmail.com

⑨ RAPHAËL, 57 ans, ingénieur aéronautique puis en pétrochimie



Dans les années 1980, il mène une carrière à la pointe dans l'aéronautique puis la pétrochimie.

1 « *J'ai fait 10 ans dans l'aéronautique, une carrière bien même en pointe. Au bout de 10 ans, il y a une restructuration dans le groupe et je change totalement de secteur. Je continue une carrière mais un peu différentes puisque j'étais ingénieur de terrain, plutôt maintenance dans un grand groupe de pétrochimie.(...) Carrière pas fantastique mais bien, voire très bien* »

1 ENGAGEMENT

Satisfaction intense au travail : vigueur, implication, absorption et acceptation des aspects négatifs

De 1982 à 1991, Raphaël mène une carrière « à la pointe » dans l'aéronautique. Entre 1992 et 1999, il change de secteur puis part en famille en bateau pendant 3 ans. Entre 2000 et 2001, il est très motivé. Début 2006, à cause d'une restructuration, il a un nouveau poste, pour lui c'est un défi et une nouvelle source de motivation.

Raphaël est enthousiaste, très investi, il demande une promotion.

2 « *Je mettais beaucoup d'importance à réussir dans mon travail (c'était pour moi à cette époque impératif pour « réussir sa vie », ça ne l'est plus maintenant), mais j'avais quand même une activité qui m'intéressait à mon aéro-club. Je n'ai pas consciemment fait passer mon travail avant ma famille.* »

2 SURENGAGEMENT

Envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail et augmentation proportionnelle de l'anxiété et du travail excessif

En mai 2006, Raphaël a un poste à responsabilité et une charge de travail importante. On lui fait la promesse d'une promotion s'il obtient des résultats. Entre 2006 et 2007 la société est revendue à une autre groupe et son service doit être réorganisé.

Il vit son travail comme une source d'émancipation, il s'investit à fond.

3 ACHARNEMENT FRÉNÉTIQUE

Obstination sans plaisir, anxiété : niveaux maximaux de travail excessif et compulsif

Fin 2007, une évaluation individuelle annonce son « incapacité à conduire une réunion ». En juin 2008 il attaque un gros projet. Très vite il informe le RH de ses difficultés mais son appel reste sans réponse. Il alerte la secrétaire, qui prend un rendez-vous pour lui avec son hiérarchique. Celui-ci évoque le burn out et le conduit vers le médecin du travail : 15 jours d'arrêt de travail.

Très vite Raphaël se replie sur lui-même, se désinvestit et devient agressif. Après son arrêt de travail, les choses se compliquent : il est abattu et retourne chez le médecin. Son estime de soi en en baisse, il ressent du désespoir, il a des mouvements agressifs et inopportuns dans sa vie professionnelle, comme dans sa vie personnelle).Il a des douleurs musculaires, des troubles gastriques et devient hyperactif.

3 « *J'avais du mal à dormir. Je me réveillais à 1h du matin et je ressassais mes problème : « t'es un mauvais, t'as pas réussi... » Et ça jusqu'à 5 ou 6h du matin. Très fatigué : je me rappelle avoir fait des siestes de 3 ou 4h, on peut dire que pendant 6 mois j'ai fait une cure de sommeil. Par exemple je me réveillais à 9h et puis je me recouchais 2h après et pendant 3h. J'ai un bras qui se bloquait. Des symptômes physiques.* »

4 ÉPUISEMENT

Effondrement intérieur, décompensation en mode aigu

En 2009 Raphaël reprend le travail. Il est considérablement déchargé. Le regard des collègues est trop difficile : arrêt de travail pendant 5 semaines.

Il fait de nombreux arrêts de travail. Il angoisse avant de reprendre le travail. Il a l'impression de perdre son identité, il a tout le temps envie de dormir. Il est dans un état dépressif : solitude, sentiment d'abandon, absence de désir, état léthargique, déni du corps et idéations suicidaires.

4 « *Je n'étais pas sous calmant mais j'étais lessivé dans ma tête. (...) Je laissais passer le temps et quand on me demandait ce qui me plairait je ne voyais rien. J'avais juste envie de me reposer, de ne rien faire. J'ai pensé m'ouvrir les veines à mon bureau, je n'avais pas envie de me suicider mais de marquer le coup. J'étais invivable avec tout le monde depuis 2/3 mois, y compris chez moi.* »

ET AUJOURD'HUI ?

Après une phase de surengagement caractéristique, et suite à une réorganisation brutale, d'un manque d'accompagnement managérial, d'une mise à l'écart, d'une sous charge de travail, d'une absence de reconnaissance, et des conflits de valeurs, Raphaël a souffert d'une dépression d'épuisement. Il a refusé les antidépresseurs et a préféré les traitements homéopathiques. Raphaël a suivi une formation de pilote professionnel. Il a repris le travail à mi-temps. Aujourd'hui il se dit fragile et se sent fatigué beaucoup plus rapidement qu'avant. Il souhaite maintenant « faire quelque chose pour les autres » et voit l'avenir plutôt positivement car il sait maintenant ce qu'il veut

© funyjane@gmail.com

B. LES CONTEXTES DE SURVENUE

Lorsque les participants sont questionnés sur le contexte dans lequel est apparu leur épuisement professionnel, tous racontent précisément la façon dont celui-ci s'est installé dans leur vie.

Les causes évoquées découlent de trois problématiques, distinctes ou combinées :

- **L'organisation du travail** avec une surcharge à la fois qualitative et quantitative, souvent liée à un contexte de restriction budgétaire, qui impose de faire le travail de plusieurs personnes. C'est la charge de travail, objective et émotionnelle.

- **Le management**, lors de possibles dérives managériales sous l'effet soit d'un manque de légitimité, soit de personnalités pathologiques. Il s'agit ici de travailler dans un climat social détérioré, ce qui révèle des facteurs interindividuels toxiques.

- **Les conflits de valeurs**, conflits qui apparaissent lorsque les valeurs prônées et affichées initialement par l'entreprise viennent percuter la réalité du terrain ; l'entreprise tolère, et parfois favorise, des pratiques douteuses, des comportements déviants, des dérives managériales, voire empêche la pratique du métier par des logiques comptables contradictoires.

L'analyse des entretiens démontre non seulement la prédominance des facteurs organisationnels dans l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel, mais aussi celle des variables interindividuelles.

L'analyse des entretiens démontre non seulement la prédominance des facteurs organisationnels dans l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel, mais aussi celle des variables interindividuelles.

Ces contextes, sources de tension, en cas d'exposition prolongée, vont être déstructurants pour le sujet et l'exposer au risque d'épuisement professionnel[44] . Tous les répondants évoquent un phénomène progressif, dont ils n'ont pas su déceler les signes avant-coureurs. Il s'agit d'analyser les causes des symptômes, qu'elles proviennent du contexte organisationnel et/ou du contexte social.

Le tableau ci-dessous dresse l'inventaire des facteurs organisationnels et interindividuels évoqués par les sujets et permet d'en estimer la force et la récurrence respectives :

Les facteurs prépondérants dans les témoignages reçus sont : la surcharge de travail, le manque de contrôle, l'intensité du travail, le morcellement des taches, le manque de soutien et de reconnaissance et les dérives managériales.

44 Yves Clot, Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2010

	FACTEURS ORGANISATIONNELS									FACTEURS INTERINDIVIDUELS			
	Charge objective			Charge émotionnelle									
	Surcharge	Pression temporelle	Manque de contrôle	Intensité	Conflit de valeurs	Conjoncture économique	Activité morcelée	Conflit de rôles	Nature de la tâche	Manque de soutien	Absence de reconnaissance	Dérives managériales	Injustice
EMPLOYÉS :													
Valérie	X	X		X			X	X	X	X	X	X	X
Colette	X	X	X	X					X	X			
CADRE :													
Oscar	X		X			X	X	X		X	X		
Raphaël	X			X	X	X				X	X		X
Carine	X			X	X	X	X	X		X		X	
MANAGER :													
Marion	X									X		X	X
Charles	X		X		X		X			X		X	
Anne	X		X	X			X	X		X	X	X	X
Michel	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
TOTAL	**9**	**3**	**5**	**6**	**4**	**4**	**5**	**4**	**3**	**9**	**5**	**6**	**4**

VI. ÉTUDE QUANTITATIVE

A. CONSTRUCTION DES INDICATEURS DE MESURE

1. Passation du questionnaire et collecte des données

La collecte des réponses au questionnaire a été réalisée en ligne du 30 juillet au 20 août 2013 auprès d'un échantillon de 1000 individus représentatifs de la population active occupée française. Ces répondants sont issus d'un panel propriétaire de Survey Sampling International (SSI) sollicités pour les besoins de notre étude.

Les caractéristiques individuelles ont été définies selon les nomenclatures standards de l'INSEE afin de pouvoir garantir que la structure de l'échantillon de répondants soit représentative de la population de référence.

La méthode des quotas a ainsi été appliquée aux variables suivantes : genre, âge, profession et catégorie socioprofessionnelle, secteur économique, et taille d'agglomération de résidence. Ci-dessous la répartition de la population active occupée *(source INSEE, enquête « emploi en continu » 2011).*

Genre	Effectif (en milliers)	%
Homme	13 538,0	52,5%
Femme	12 240,0	47,5%

Age	Effectif (en milliers)	%
Entre 15 et 29 ans	5 115,7	19,8%
Entre 30 et 49 ans	13 796,2	53,5%
50 ans ou plus	6 866,0	26,6%

PCS	Effectif (en milliers)	%
Agriculteurs exploitants	521,3	2,0%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	1 680,5	6,5%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4 531,2	17,6%
Professions intermédiaires	6 297,2	24,4%
Employés	7 306,3	28,3%
Ouvriers	5 439,5	21,1%

Secteur économique	Effectif (en milliers)	%
Agriculture	750,0	2,9%
Industrie	3 593,3	14,0%
Construction	1 795,8	7,0%
Tertiaire	19 546,7	76,1%

Taille d'agglomération	Effectif (en milliers)	%
Commune rurale	6 354,8	24,7%
Unité urbaine de moins de 20 000 habitants	4 251,7	16,5%
Unité urbaine de 20 000 à moins de 200 000 habitants	4 124,5	16,0%
Unité urbaine de 200 000 habitants ou plus	6 469,1	25,1%
Agglomération parisienne	4 577,8	17,8%

2. Validation des données et méthodes de calcul

a) Echelle DUWAS en 10 items (Schaufeli, Shimazu, & Taris)

Questions évaluant le travail excessif :

- ✓ Vous avez l'impression d'être pressé(e) et de courir contre la montre.
- ✓ Vous restez à votre travail même après que vos collègues soient partis.
- ✓ Vous êtes toujours occupé(e) et vous travaillez sur beaucoup de projets en même temps.
- ✓ Vous passez plus de temps à travailler qu'à passer du temps avec des ami(e)s, à avoir des hobbies ou à pratiquer des loisirs.
- ✓ Vous vous retrouvez à faire deux ou trois choses simultanément, comme, par exemple, à être en train de manger votre repas de midi et à rédiger une note en même temps que vous êtes au téléphone.

Questions évaluant le travail compulsif :

- ✓ Il est important pour vous de travailler dur même quand vous n'aimez pas ce que vous êtes en train de faire.
- ✓ Vous avez le sentiment qu'il y a quelque chose en vous qui vous pousse à travailler dur.
- ✓ Vous vous sentez obligé(e) de travailler dur même quand ce que vous faites n'est pas agréable.
- ✓ Vous vous sentez coupable quand vous êtes en congé.
- ✓ Il vous est difficile de vous détendre quand vous n'êtes pas en train de travailler.

Modalités de réponse (identiques pour toutes les questions) :

- ✓ Jamais ou presque jamais
- ✓ Parfois
- ✓ Souvent
- ✓ Toujours ou presque toujours

Utilisation des échelles :

Pour chaque échelle, les modalités de réponses sont graduées, et un barème est attribué à chacune d'entre elles de la manière suivante :

- ✓ Jamais ou presque jamais -> 1
- ✓ Parfois -> 2
- ✓ Souvent -> 3
- ✓ Toujours ou presque toujours -> 4

Ainsi, la réponse à chaque question est codée de manière numérique. Pour chaque répondant, la moyenne des réponses aux questions évaluant le travail excessif forme le score de travail excessif. Il en est de même pour le travail compulsif. Ces deux scores, calculés répondant par répondant, varient entre 1 et 4 et traduisent respectivement des intensités minimales à maximales de travail excessif et de travail compulsif.

Evaluation statistique des échelles[45] :

Concernant l'évaluation de la cohérence interne, les alphas de Cronbach, classiquement calculés en présence de scores liés à des échelles psychométriques, sont les suivants :

- Travail excessif, α =0,788
- Travail compulsif, α =0,778

Ces valeurs satisfaisantes traduisent la qualité de la mesure réalisée : les questions d'un même score mesurent bien la même dimension psychologique sans pour autant être redondantes.

Le coefficient de corrélation Travail Excessif / Travail Compulsif vaut 0,718 (p-value < 2.2e-16). Il traduit le fait que les personnes, ayant un score de travail excessif fort, auront plutôt un score de travail compulsif fort.

Définition des seuils de travail excessif et de travail compulsif :

A partir des deux scores individuels de travail excessif et de travail compulsif, il a été nécessaire d'établir des valeurs « seuil » permettant de classer les répondants comme étant en situation de travail excessif ou non excessif et en situation de travail compulsif ou non compulsif.

Une première source d'informations réside dans le document établi par son auteur : *"Werkverslaving, een begrip gemeten"*, Wilmar Schaufeli, Corine van Wijhe, Maria Peeters & Toon Taris.

Il ressort de l'évaluation de l'échelle que sur la base d'un large échantillon hétérogène néerlandais (n = 11 060), une valeur de 2,41 sur l'échelle compulsive de travail correspond au 75e percentile ; pour la sous-échelle de travail excessif, la valeur correspondante est de 2,91. Habituellement, on considère les salariés comme en travail excessif et en travail compulsif quand ils ont des scores plus élevés que le 75e percentile pour chaque sous-échelle.

Pour notre échantillon de répondants, les 75e percentiles sur les échelles de travail compulsif et de travail excessif sont respectivement de 2,40 et 2,80. Ces valeurs sont assez similaires, bien que légèrement plus faibles que celles de l'échantillon néerlandais.

Le choix des valeurs de référence s'est donc naturellement porté sur celles évoquées en premier. En effet, ces valeurs plus élevées sont donc plus restrictives quant à la qualification des situations de travail excessif et de travail compulsif : sont en travail excessif les répondants dont le score est supérieur à 2,41 ; sont en travail compulsif les répondants dont le score est supérieur à 2,91 (et non 2,80).

La conséquence évidente de ce choix est que le dénombrement des situations de travail dégradées n'est par conséquent pas surévalué par nos travaux.

45 Tous les calculs de validation et d'analyse des données ont été réalisés sous le logiciel R avec les packages "stats", "psy", "FactoMineR", "sem". En complément, les logiciels Sphinx et Excel ont été utilisés pour constituer les différents tableaux et tris commentés dans la partie « V. Etude quantitative ».

b) Échelle d'épuisement émotionnel (MBI-GS)

Questions évaluant l'épuisement émotionnel :

- ✓ Vous vous sentez vidé(e) affectivement par votre travail.
- ✓ Travailler toute la journée est vraiment pénible pour vous.
- ✓ Vous vous sentez usé(e) à force de travailler.
- ✓ Vous êtes épuisé(e) à la fin d'une journée de travail.
- ✓ Vous êtes fatigué(e) lorsque vous vous levez le matin et que vous avez à affronter une nouvelle journée de travail.

Modalités de réponse (identiques pour toutes les questions) :

- ✓ Jamais.
- ✓ Au moins une fois dans l'année.
- ✓ Au moins une fois par mois.
- ✓ Quelques fois par mois.
- ✓ Au moins une fois par semaine.
- ✓ Quelques fois par semaine.
- ✓ Chaque jour.

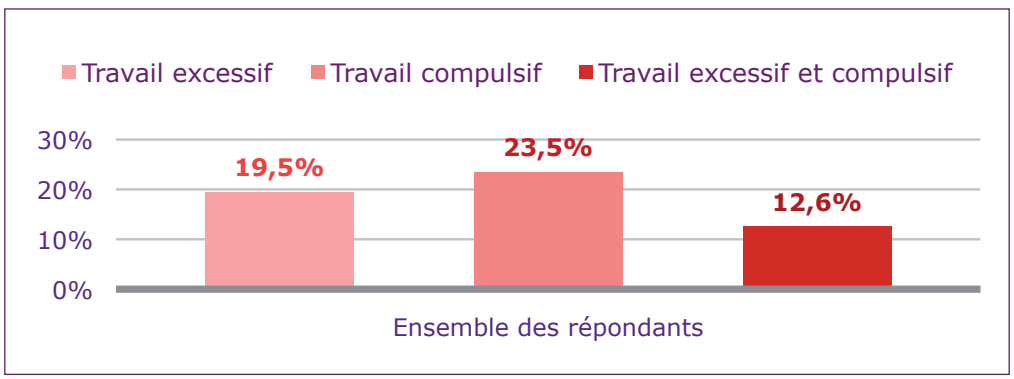
Utilisation de l'échelle :

Comme vu précédemment, un score a pu être établi par la moyenne des réponses individuelles à chaque question (cotées cette fois-ci de 1 à 7), mais son utilisation s'étant limitée à la cartographie présentée en partie VI. B.

Globalement, ce sont surtout les réponses liées aux 2 fréquences maximales « Quelques fois par semaine » et « Chaque jour » qui ont été utilisées afin de dénombrer les répondants développant le plus fréquemment chaque symptôme.

B. VARIABLES ÉVALUÉES

1. Surengagement dans le travail



Parmi l'ensemble des actifs occupés, 3,2 millions seraient en situation de travail excessif et compulsif, présentant un surengagement pathologique et connaissant un risque élevé de développer un syndrome d'épuisement professionnel.

Parmi l'ensemble des actifs occupés, 3,2 millions seraient en situation de travail excessif et compulsif, présentant un surengagement pathologique et connaissant un risque élevé de développer un syndrome d'épuisement professionnel.

12,6% de la population active occupée française cumulerait un travail excessif et compulsif (TE+TC). Dans cette situation, le risque d'épuisement professionnel est très élevé puisque l'individu se situe dans la phase de l'acharnement frénétique, proche du point de « rupture d'adaptation ». Ce qui signifie que plus d'un travailleur sur 10 vit son travail comme une obligation et oscille entre hyperactivité et abattement, l'anxiété prenant largement le pas sur le plaisir au travail. L'accumulation de travail (TE) associé au besoin de travailler plus (TC) occasionne un sentiment d'inefficacité personnelle, susceptible d'entraîner de la culpabilité. En ce sens, le travailleur a tendance à reprendre à son propre compte les failles de l'organisation du travail, **avec une notion d'indispensabilité**. Comme vu supra, ce sentiment d'incapacité est source de stress et fragilise le bien-être. Au regard de notre tableau clinique, ce stress prolongé risque de le conduire à une rupture d'adaptation, signe d'un déséquilibre entre les exigences professionnelles et les ressources. Si l'exposition perdure, l'individu épuise toutes ses ressources et il est fort probable que s'installe un état plus nocif, l'épuisement professionnel.

Plus d'un travailleur sur 10 vit son travail comme une obligation et oscille entre hyperactivité et abattement, l'anxiété prenant largement le pas sur le plaisir au travail.

Attention, il faut préciser que « surengagement » ne signifie pas une productivité accrue. Bien au contraire, le surengagement conduit à une boucle systémique, par laquelle l'alliance de compulsion et d'absence de plaisir au travail, nuit à la performance du sujet.

Poids important du travail compulsif :

Le travail compulsif concerne 23,5% des répondants contre 19,5% pour le travail excessif.

L'impossibilité de se détacher du travail empêche le sujet de se projeter dans une autre identité. Centré sur l'identité professionnelle, son désir de réussite se transforme en besoin d'être reconnu dans et par le travail. Cette persistance compulsive dans les tâches reliées au travail, enferme l'individu dans un même système de pensés ne laissant aucune place à la créativité et à la prise de recul.

A noter que ce sont bien les circonstances de travail qui créent la compulsion excessive et que plus le travail est excessif et compulsif, moins il y a de plaisir (cf. phase d'acharnement frénétique). Face au stress induit, plus de la moitié des personnes auditées font montre de comportements compulsifs et hyperactifs, pour pouvoir réaliser leurs objectifs, prenant souvent sur leur temps personnel. Le travail prend alors tellement d'importance, qu'il devient difficile de s'en détacher.

Dans tous les entretiens, la tension ressentie s'est manifestée par de la fatigue, omniprésente de jour comme de nuit, avec des insomnies dues principalement à des pensées intrusives.

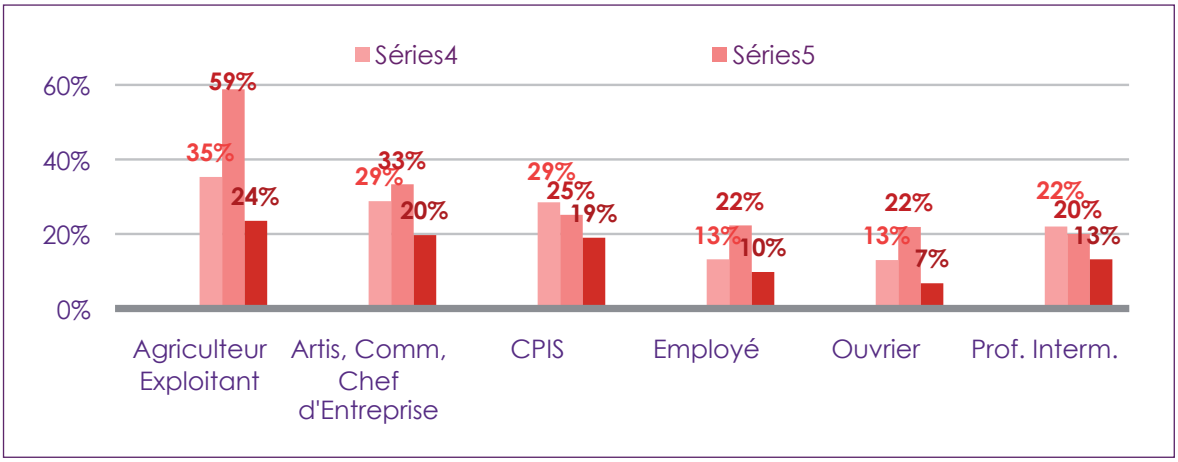
Aucun effet des variables géographiques

On peut toujours croire que *« misère serait moins pénible au soleil »* ou encore que *« l'enfer, c'est les autres »,* mais il n'en est rien. Que l'on se trouve en campagne ou en ville, au Sud ou au Nord, on ne note aucune différence significative dans les scores de surengagement (cf. chiffres et graphiques en annexe).

Catégories Socio-Professionnelles (PCS) :

Présent pour près d'1/4 des agriculteurs exploitants, le surengagement touche environ 1 artisan, commerçant, chef d'entreprise ou cadre sur 5.

Le score maximum de travail compulsif est atteint chez les agriculteurs, 60% exprimant une compulsion à travailler, ce qui peut être du tout à la fois à l'absence d'alternative, à l'isolement et à la volonté de rester dans la course coûte que coûte.



2. Epuisement émotionnel au travail

Selon la PCS :

Les agriculteurs exploitants présentent des scores très élevées pour chaque symptôme.

Les ouvriers ont également des valeurs supérieures à l'ensemble des répondants, hormis la composante affective du travail.

Les cadres, contrairement aux artisans, commerçants et chefs d'entreprise, récupèrent moins bien entre la fin de leur journée et lorsqu'ils se lèvent le matin.

Profession et catégorie socioprofessionnelle	Vous vous sentez vidé(e) affectivement par votre travail	Travailler toute la journée est vraiment pénible pour vous	Vous vous sentez usé(e) à force de travailler	Vous êtes épuisé(e) à la fin d'une journée de travail	Vous êtes fatigué(e) lorsque vous vous levez le matin*
Agriculteur exploitant	**23,5%**	**41,2%**	**52,9%**	**52,9%**	**47,1%**
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	6,1%	9,1%	10,6%	22,7%	13,6%
Cadre et profession intellectuelle sup.	13,4%	13,4%	14,0%	17,3%	21,8%
Employé	**16,9%**	**17,2%**	**22,3%**	**30,1%**	**28,0%**
Ouvrier	14,6%	**22,9%**	**25,0%**	**35,4%**	**29,2%**
Profession intermédiaire	**18,8%**	14,4%	17,6%	23,2%	23,2%
Ensemble	**15,7%**	**16,8%**	**19,9%**	**27,0%**	**25,3%**

Selon la tranche d'âge :

Tranche d'âge	Vous vous sentez vidé(e) affectivement par votre travail	Travailler toute la journée est vraiment pénible pour vous	Vous vous sentez usé(e) à force de travailler	Vous êtes épuisé(e) à la fin d'une journée de travail	Vous êtes fatigué(e) lorsque vous vous levez le matin*
15 - 29 ans	11,6%	12,1%	12,1%	22,2%	20,7%
30 - 49 ans	16,1%	16,3%	18,9%	26,9%	26,7%
50 ans ou plus	18,0%	21,3%	27,7%	30,7%	25,8%
Ensemble	15,7%	16,8%	19,9%	27,0%	25,3%
Ouvrier	14,6%	22,9%	25,0%	35,4%	29,2%
Profession intermédiaire	18,8%	14,4%	17,6%	23,2%	23,2%
Ensemble	**15,7%**	**16,8%**	**19,9%**	**27,0%**	**25,3%**

C. ANALYSE CROISÉE SURENGAGEMENT / ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL

Cette cartographie[46] positionne le genre, la PCS et la situation familiale selon l'intensité de travail sur l'axe horizontal (excessif et compulsif) et l'intensité de l'épuisement émotionnel sur l'axe vertical. Ainsi, un point dans le cadran « Nord-Est » (en haut à droite) reflète un travail excessif et compulsif ainsi qu'un risque d'épuisement émotionnel fort. Un point dans le cadran « Sud-Ouest » (en bas à gauche) reflète un travail non excessif et non compulsif, ainsi qu'un risque d'épuisement émotionnel faible.

Ainsi, l'analyse révèle que la PCS « Agriculteur exploitant » est plus fortement exposée au travail excessif et compulsif et à l'épuisement émotionnel.

De la même manière, le rapport à ces deux facteurs est différencié selon la situation familiale, les personnes ayant un ou plusieurs enfants à charge (et qui plus est si elles vivent seules) étant dans une situation plus défavorable.

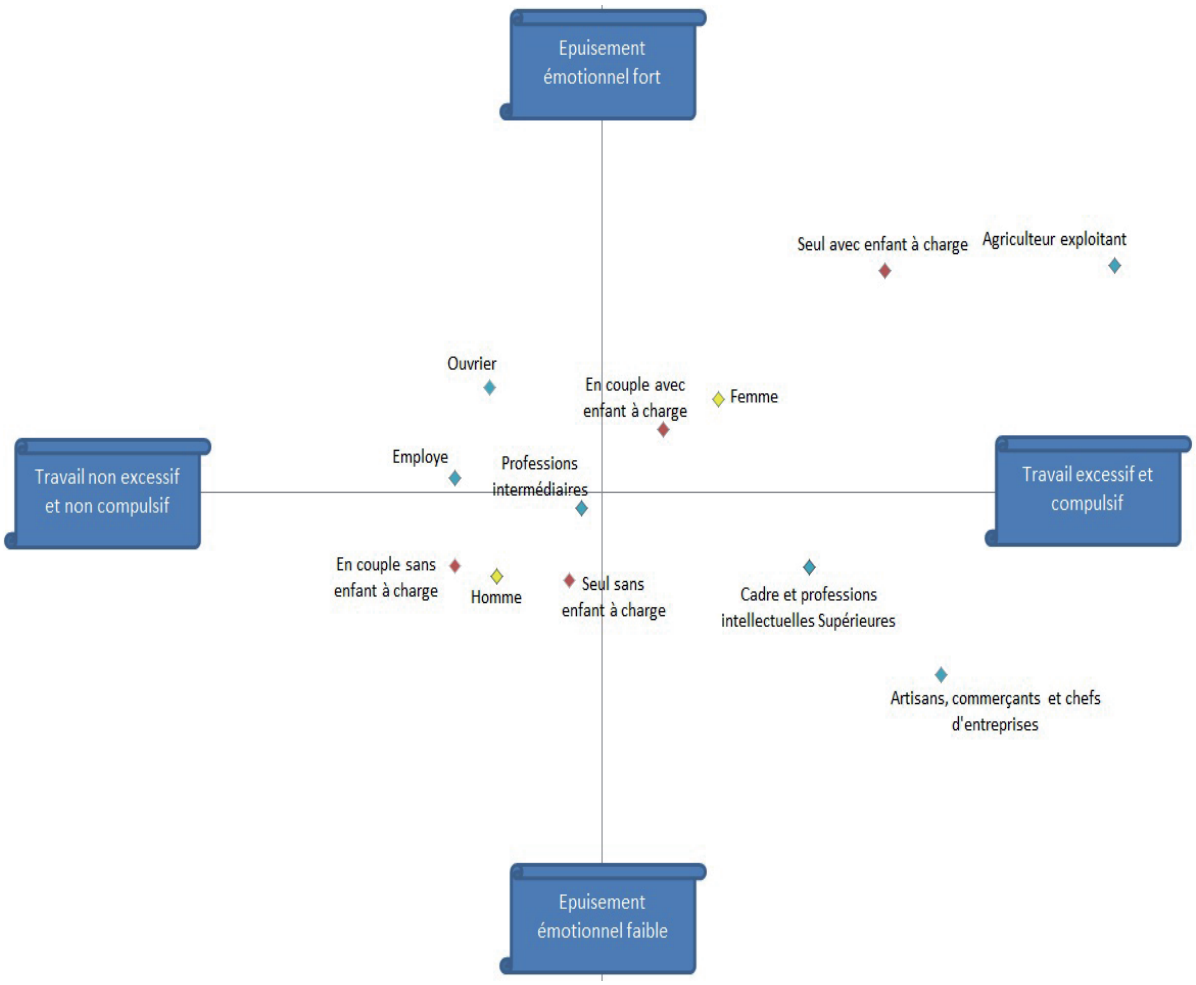
Les femmes sont plus exposées que les hommes.

Les PCS « Employé » et « Ouvrier » sont liées à des niveaux plus faibles de travail excessif et compulsif, les ouvriers restant toutefois plus fortement exposés au risque d'épuisement émotionnel alors que les employés sont dans la moyenne.

Les PCS « Cadres et professions intellectuelles supérieures » et « Artisans, commerçants et chefs d'entreprise » développent moins que la moyenne des symptômes d'épuisement émotionnel malgré un niveau de travail excessif et compulsif supérieur.

Nous proposerons dans la partie suivante quelques éléments d'interprétation possible.

47 La cartographie représentée est le premier plan factoriel d'une analyse de données dont les variables actives sont les valeurs individuelles de « Travail Excessif », « Travail Compulsif » et « Epuisement émotionnel ». Les contributions principales au premier plan factoriel sont : En abscisses, une opposition entre travail excessif et compulsif et travail non excessif et non compulsif. En ordonnées, le niveau d'épuisement émotionnel. Les facteurs illustratifs « PCS », « Situation familiale » et Genre », dont les qualités de projection sont les meilleures, sont les variables sociodémographiques et professionnelles qui ont été conservées. Malgré le lien entre « Travail Excessif et compulsif » et « Epuisement émotionnel » , cette représentation orthogonale, dans le seul but descriptif, suggère les effets de médiations d'autres facteurs dans la relation entre surengagement au travail et développement de symptômes liés à l'épuisement émotionnel.

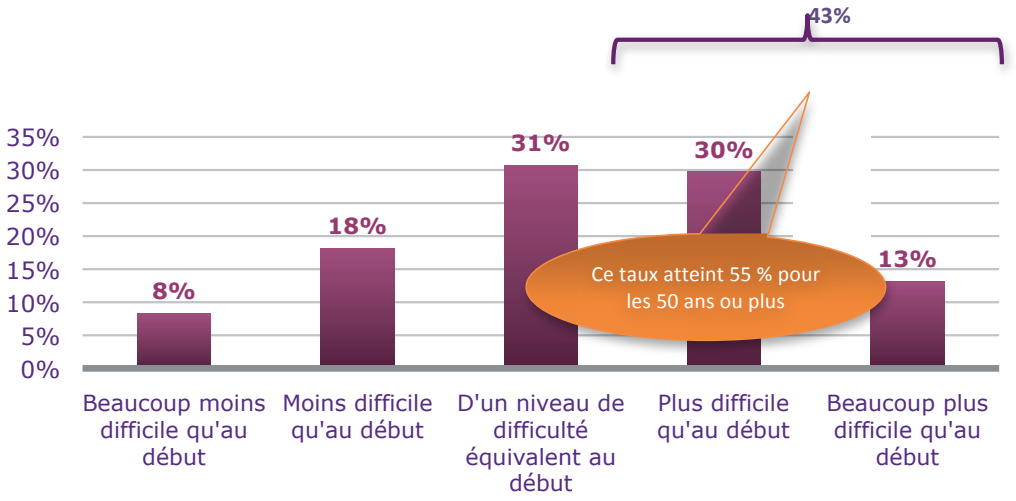

Epuisement émotionnel fort
Seul avec enfant à charge
Agriculteur exploitant
Ouvrier
En couple avec enfant à charge
Femme
Travail non excessif et non compulsif
Employe
Professions intermédiaires
Travail excessif et compulsif
En couple sans enfant à charge
Homme
Seul sans enfant à charge
Cadre et professions intellectuelles Supérieures
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
Epuisement émotionnel faible

D. ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION DU NIVEAU DES INDICATEURS

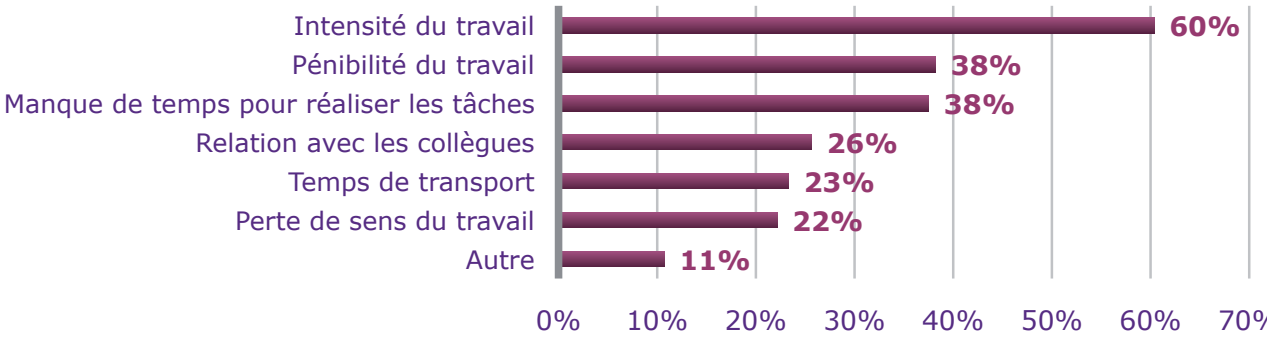
Le questionnaire fait émerger trois éléments susceptibles d'expliquer pour partie ces résultats : l'intensification du travail, le manque de soutien et la dissonance dans les valeurs.

1. Intensification du travail

« Par rapport à votre début de carrière, votre vie professionnelle vous semble : »



« Quelles en sont les principales raisons ? »



Pour 60% des personnes ayant répondu au questionnaire, leur vie professionnelle est rendue plus difficile en raison de l'intensification du travail. Ces chiffres viennent contredire l'idée selon laquelle l'expérience professionnelle facilite le quotidien, puisqu'on voit bien que l'intensité du travail prime sur l'expérience.

Les grandes enquêtes régulières lancées depuis 1978 par le ministère du Travail (enquêtes Conditions de travail, Emploi, Sumer, COI) vont dans ce sens puisqu'elles montrent que le travail a beaucoup changé et que ses nouveaux modes d'organisation peuvent être pathogènes. Ce phénomène résulterait en bonne partie de « la transformation des organisations depuis 1980, qui s'est accompagnée de la diffusion des diverses formes d'intensité du travail » (Gollac, 1995)[47]:

47 Gollac, M. (1995). Donner un sens aux données: l'exemple d'enquêtes statistiques sur les conditions de travail. Dossier du CEE n° 3 Noisy-le-Grand (France) Centre d'études de l'emploi.

globalisation des marchés, compétitivité, développement des technologies de l'information, précarité d'emploi, évolution des modes de gestion et de management, essor des métiers de service, etc. Dans ce contexte, les conditions de travail sont perçues comme lourdes émotionnellement : 44% des salariés en contact avec le public vivent des situations de tension ; 42 % déclarent devoir cacher leurs émotions ; 42% doivent faire face à des ordres contradictoires ; 38% disposent d'une faible autonomie pour les pauses (SIP, 2007 ; CT, 2005). Ces tensions s'inscrivent donc dans un contexte conjoncturel particulier qui alourdit considérablement la pression ressentie et met à mal la solidarité des équipes. Dans les entretiens, un contexte de restriction budgétaire est très souvent évoqué, il s'agit de faire le travail des absents, en temps et en heure.

En deuxième position, les réorganisations du travail dues aux plans sociaux ou aux changements de stratégie, perturbent le sens mis au travail. En bousculant les acquis, par définition rassurants, les changements empêchent l'individu de consolider son savoir-faire et de sécuriser leur identité professionnelle. Mal ou insuffisamment expliqués, ils obscurcissent l'avenir, qui devient source d'angoisse et d'insécurité.

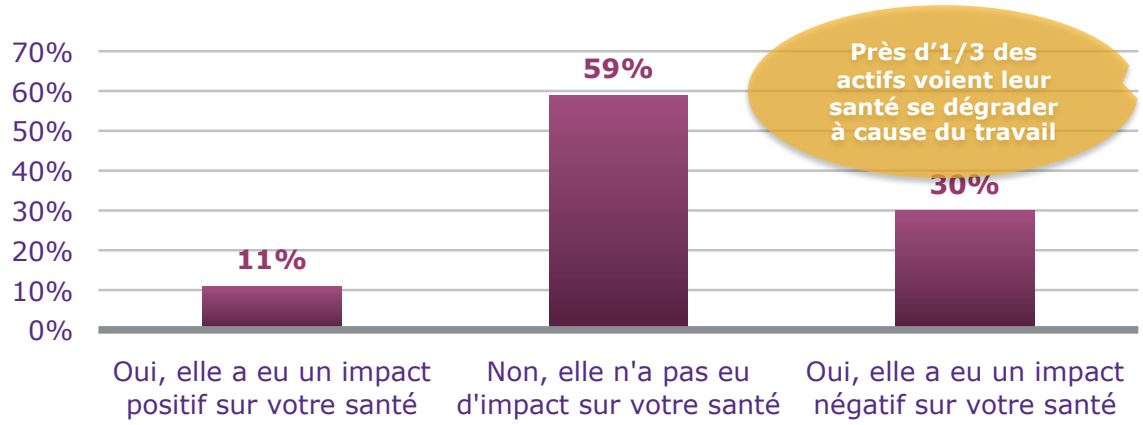
D'une manière générale, ce n'est pas tant la charge physique, mais davantage la charge émotionnelle, de nature peu prévisible, qui qualifie la survenue du syndrome d'épuisement professionnel.

Même si tous ont une surcharge objective de travail, ils s'engagent à faire vite et bien, malgré le poids des responsabilités.

Il semble donc que le travail aujourd'hui mobilise une plus forte intensité émotionnelle, souvent liée à la pression temporelle, qui conjugue quantité et qualité de travail d'une part, nécessité de travailler vite, voire dans l'urgence, d'autre part. Cette pression conduit à une surcharge cognitive porteuse de stress car le cerveau se doit d'être sans cesse « connecté ».

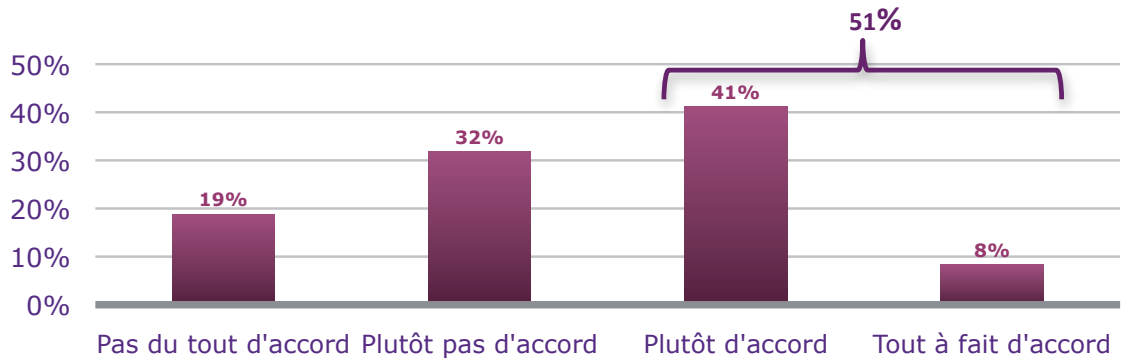
Face à ces constats, seulement 11% des répondants perçoivent leur travail comme un facteur d'émancipation (11% estiment que le travail a un impact positif sur leur santé). Pour 30%, l'impact sur la santé est négatif.

« Au cours des 12 derniers mois, votre vie professionnelle a-t-elle eu un impact sur votre santé ? »



2. Manque de soutien

51% des répondants ne bénéficient pas d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.



On pouvait supposer qu'un sujet « à risque » puise trop longtemps dans ses ressources sans verbaliser ses difficultés et qu'à la longue, il s'épuise. Pourtant, l'analyse des entretiens montre que tous les sujets ont, au contraire, alerté les responsables de leur incapacité à répondre aux exigences. Aucun d'entre eux n'a bénéficié de soutien, ce qui a renforcé leur sentiment d'inefficacité et d'impuissance.

Sachant que l'épuisement professionnel se développe suite à une perte réelle de ressources, on pouvait supposer qu'un sujet « à risque » puise trop longtemps dans ses ressources sans verbaliser ses difficultés et qu'à la longue, il s'épuise. Pourtant, l'analyse des entretiens montre que tous les sujets ont, au contraire, alerté les responsables de leur incapacité à répondre aux exigences. Aucun d'entre eux n'a bénéficié de soutien, ce qui a renforcé leur sentiment d'inefficacité et d'impuissance. Tous les témoins relatent un manque de réactivité face à leurs demandes. Ce manque de soutien amène le sujet à en chercher désespérément la cause.

Ne sachant pas ce qu'elle doit faire, Elodie sollicite à maintes reprises ses responsables. Leur inertie la fragilise, elle se sent isolée et déconsidérée mais continue à puiser dans ses ressources, malgré son dépit et un certain fatalisme.

Ce manque de considération entraîne un sentiment d'inefficacité totale, qui exacerbe la fatigue accumulée. Cette prise de conscience conduit à un processus de résignation, avec des phases proches de la dépression. Ce sentiment d'impuissance, né du travail, va alors se généraliser à toute la sphère socioprofessionnelle.

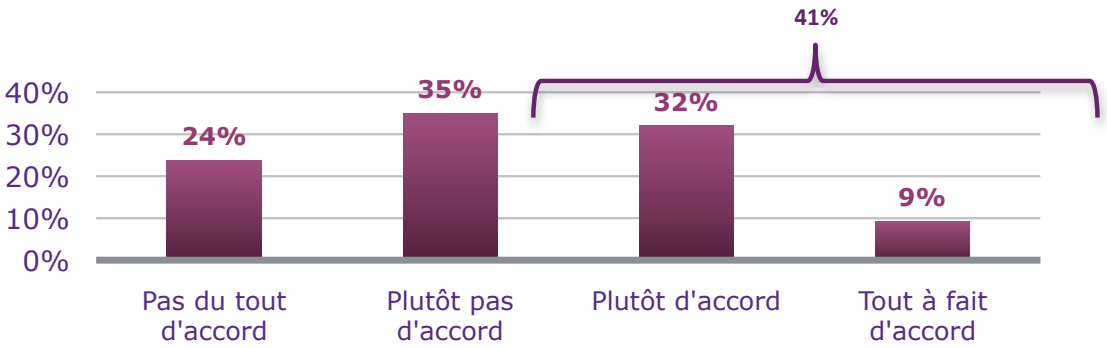
L'absence de soutien engendre un sentiment de déconsidération, en tant que professionnel, mais aussi en tant que personne. L'ensemble des participants témoigne d'un sentiment de perte d'identité : l'investissement sans retour conduit à une spirale de perte, dont la force destructrice prive de toute perspective d'avenir. Seule une juste reconnaissance au travail, peut construire et préserver l'identité professionnelle, celle qui donne du sens au travail et contribue à la santé et au bien-être. En ce sens, elle permet de modérer, voire de contrebalancer les exigences organisationnelles.

Cependant, l'analyse par CSP montre que le soutien obtenu est plus fort pour les catégories « Artisan, commerçant, chef d'entreprise » (65%) et « Cadre et professions intellectuelles supérieures » (56%).

Seule une juste reconnaissance au travail, peut construire et préserver l'identité professionnelle, celle qui donne du sens au travail et contribue à la santé et au bien-être. En ce sens, elle permet de modérer, voire de contrebalancer les exigences organisationnelles.

Ces deux catégories, pourtant plus fortement sur engagées, verraient un moindre développement de leurs symptômes d'épuisement émotionnel, grâce notamment à ce facteur protecteur qu'est le soutien social.

3. Dissonance cognitive



Dans leur travail, 41% des répondants vivent des décisions et pratiques contraires à leurs valeurs.

Ce constat se retrouve dans nos entretiens. Beaucoup évoquent cet écart entre leurs valeurs, celles affichées par l'entreprise et celles réellement pratiquées. Cette confrontation quotidienne avec des valeurs bafouées les épuise. Pour Charles, directeur financier, le conflit de rôles provient d'une incompatibilité avec ses valeurs. Il décrit une « structure infernale » dans laquelle il doit accomplir des actes contraires à l'éthique. Valérie évoque des conflits analogues. Chacun va réagir à sa façon mais aucun n'en sortira indemne : le premier affirme son positionnement et refuse toute activité jugée « contre ses valeurs et celles de l'entreprise », ce qui le conduit à une exclusion implicite.

La seconde s'exécute, dans le déni des conséquences. Pour autant, n'ayant bénéficié ni de soutien, ni de reconnaissance, elle développe un lourd sentiment d'insécurité, toujours très prégnant plus de trois ans après son syndrome d'épuisement professionnel et son départ de l'entreprise.

Une étude de Jackson et Schuler[48] valide le fait que l'incompatibilité avec les valeurs peut entraîner de l'anxiété et augmenter l'intention de quitter l'entreprise. L'anxiété de Charles et Valérie va bien entraîner une volonté de partir. Le premier ne passera pas à l'acte car il explique que dans le monde de la finance, il sera fiché et ne retrouvera pas de poste équivalent. Acculé, il fait l'objet d'une procédure de licenciement pour faute. La seconde va décompenser, enchaîner arrêts de travail et séjours en hôpital psychiatrique et sera licenciée pour inaptitude, sans qu'aucun reclassement n'ait été possible.

Comme pour le soutien social, ce taux diffère pour les catégories « Artisan, commerçant, chef d'entreprise » (27%) et « Cadre et professions intellectuelles supérieures » (36%).

L'accord entre les valeurs personnelles des salariés et les décisions et pratiques constatées dans leur entreprise serait également un facteur protecteur.

48 Jackson, S; Schuler, R. (1985). A Meta-Analysis and Conceptual Critique of Research on Role Ambiguity and Role Conflict. In Work Settings Organizational Behavior and Human Decision Processes Vol.36 p.16-78.

VII. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE POUR ANALYSE DU PHÉNOMÈNE

A. LES ORIGINES DES PREMIÈRES RÉFLEXIONS DES PSYCHIATRES EN FRANCE SUR LES LIENS ENTRE TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE[49]

1. La dimension thérapeutique du travail

Les préoccupations des psychiatres concernant le rôle du travail pour la santé mentale s'enracinent, en France, dans les pratiques psychiatriques d'après-guerre. A la fin de la Seconde Guerre Mondiale, des dispositifs favorisant la resocialisation et la réadaptation des malades mentaux à l'extérieur des murs de l'hôpital psychiatrique vont être mis en place progressivement ouvrant la voie à des thérapeutiques nouvelles par le travail[50]. Le principe de la thérapeutique est la « restauration aussi complète que possible de la valeur sociale du malade » (P. Sivadon, 1951) par la dimension d'utilité portée par l'activité. Dans ce dispositif singulier, le travail est apparu comme un médiateur entre le malade et le monde, entre le malade et les autres.

2. La dimension pathogène du travail

Parallèlement à ces recherches expérimentales sur la place du travail dans le processus de réadaptation à la vie sociale et professionnelles, l'intérêt va se porter sur l'existence de troubles mentaux induits de manières spécifiques par le travail. Parmi les facteurs pathogènes du travail, sont identifiés :

- ✓ Une durée de travail élevée (supérieure à 75 heures par semaine) ;
- ✓ Un travail considéré comme ennuyeux ;
- ✓ Un travail exigeant nécessitant une attention soutenue et constante ;
- ✓ Un travail laissant peu de place à l'initiative et à la responsabilité technique personnelle ;
- ✓ Un travail sédentaire insuffisamment diversifié (J.Torrente, 2004).

Plus tard, les recherches sur l'origine des manifestations psychopathologiques (Claude Veil, 1957) vont s'organiser autour de l'entité clinique représentée par la « fatigue » et malgré la diversité des activités professionnelles étudiées, les descriptions cliniques sont convergentes : « surmenage intellectuel », « état d'épuisement », etc. autant de termes dont la vocation est de rendre compte des effets de l'excès de travail sur le système nerveux central, aboutissant à une asthénie physique et psychique des troubles de la régulation du sommeil et enfin des perturbations de la vie familiale et sociale.

Ces recherches en France vont finalement aboutir à opérer une distinction entre charge physique et charge psychique. La charge physique peut être appréciée à partir de mesures et de quantification des conditions et de l'environnement de travail sur l'organisme. Pour ce qui est de la charge psychique ou charge mentale celle-ci concerne les dimensions cognitives et psychosensorielles mobilisées dans l'exécution d'une tâche.

---

49 Dejours C., Gernet I., « Les psychiatres et le travail », Psychopathologie du travail, Ed. Elsevier Masson, 2013.

50 L'une des figures les plus emblématiques de ce mouvement est François Tosquelles qui défend la thèse selon laquelle lorsque le travail s'inscrit dans un sens intégré au fonctionnement de l'institution alors il est un outil thérapeutique essentiel qui permet de transformer les rapports entre soignants et soignés. Dans ce dispositif, l'accent se porte non pas sur « l'occupation » mais sur le processus d' « humanisation » porté par l'organisation sociale et les échanges entre soignants et soigné rendus possibles par l'exercice du travail commun au sein de l'institution. Dans cette perspective, le processus de guérison des malades n'est pas dévolu exclusivement aux soignants mais l'est également par les malades eux-mêmes qui deviennent soignants pour eux-mêmes de par « l'effort et la peine qu'ils prennent dans le travail » (F. Tosquelles, 1967). Dans ce dispositif ce n'est pas la disparition du symptôme qui est visée en premier lieu mais le projet de « faire travailler les malades et les personnels soignants, pour soigner l'institution ». Le déploiement de ce dispositif a mis à jour les vertus thérapeutiques, de l'activité commune, du travail qui fait sens pour tous dans le processus de guérison des malades. Ce dispositif a ainsi participé à « réconcilier » (du moins partiellement) le malade avec son corps, par la « mise en scène du corps » dans l'activité exercée avec les autres, dont le vécu pour le malade est particulièrement désorganisé par l'expérience de la psychose.

3. Émergence d'un premier tableau clinique : la névrose des téléphonistes

A partir des années 1950, d'autres psychiatres en France s'intéressent aux conséquences pathogènes du travail sur les individus (L. Le Guillant[51] et J. Bedouin). Ces nouvelles recherches ont pour vocation d'identifier des syndromes spécifiques aux contraintes de travail. La principale étude a été réalisée à la Poste dans les années 1950 auprès des téléphonistes et mécanographes.

Les recherches cliniques décrivent un ensemble de troubles qui permettent de dégager un syndrome spécifique en lien avec les conditions matérielles et psychologiques du travail :

- ✓ Des troubles du sommeil (hypersomnie diurne et insomnie nocturne) ;
- ✓ Des troubles somatiques (céphalées, vertiges, tremblements, nausées, troubles digestifs, troubles duc cycle menstruel) ;
- ✓ Des troubles cognitifs (troubles de la mémoire et de l'attention, oublis d'objet personnels, désorientation spatiotemporelle, difficultés à suivre une conversation, lecture difficile) ;
- ✓ Des troubles de l'humeur et du caractère (indifférence, irritabilité, sentiment d'abattement profond une fois sortie du travail, ne supportent plus qu'on leur adresse la parole, « crise de nerfs », hypersensibilité au bruit, humeurs tristes, idées suicidaires, labilité importante).

Ce syndrome fait apparaitre que toute leur vie et tous leurs investissements psychiques sont centrés sur le travail, au détriment des activités en dehors du travail ce qui se manifeste par une vie sociale appauvrie. En outre, les jours de repos ne sont pas suffisants pour pallier l'état d'épuisement.

Cette étude a été essentielle dans l'histoire de la psychopathologie du travail pour mettre en lumière que ce sont les conditions concrètes du travail qui sont le noyau central autour duquel s'organise ce syndrome.

DÉFINITION 8

La sooufrance est définie par l'école de psychodynamique du travail comme un vécu spécifique résultant de la confrontation dynamique entre le travailleur - porteur d'une histoire, d'un psychisme et d'un corps qui communiquent ensemble sans cesse, en d'autres termes, porteur d'une subjectivité - et l'organisation du travail.

4. Le déplacement du centre d'investigation : de la pathologie à la notion de souffrance 8

La psychopathologie du travail a progressivement déplacé le centre de l'investigation de la recherche de maladies mentales vers la question de la souffrance, conçue comme un état situé en deçà de la décompensation et de la pathologie.

La difficulté principale dans l'identification de pathologies mentales spécifiques du travail réside dans le fait que les formes cliniques des troubles psychopathologiques dépendent de l'histoire singulière de la personne plutôt que des contraintes organisationnelles, alors que les modalités de la souffrance seraient caractéristiques des contraintes de travail.

B. LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL : UN ENGAGEMENT QUI FINIT MAL

1. Le continuum de l'engagement

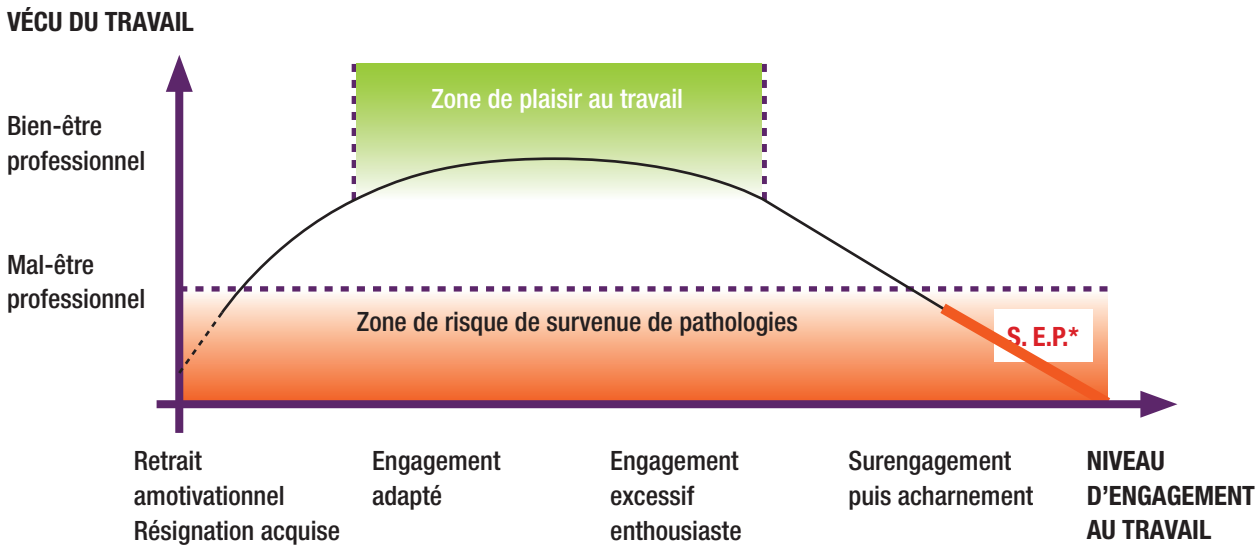
Tous les surengagés ne développeront pas une maladie de l'épuisement, mais toutes les personnes présentant un syndrome d'épuisement professionnel passent par une phase de surengagement.

Tous les surengagés ne développeront pas une maladie de l'épuisement, mais toutes les personnes présentant un syndrome d'épuisement professionnel passent par une phase de surengagement.

51 « La névrose des téléphonistes, quelle psychiatrie pour notre temps ». Toulouse : Erés 1985

Il nous est donc apparu nécessaire de clarifier les notions d'engagement et de surengagement afin de mieux en comprendre les causes, les manifestations, les conséquences. Nous avons également exploré les différents instruments de mesure qui pouvaient nous permettre d'évaluer les niveaux d'engagement et les qualifier.

SCHÉMA DU CONTINUUM DE L'ENGAGEMENT



*Syndrorme d'épuisement professionnel

Les différents modes d'engagement au travail peuvent être décrits schématiquement à partir d'un continuum allant de l'absence d'engagement à l'engagement extrême. Ce continuum inclut donc le retrait a-motivationnel (assorti d'absentéisme intentionnel persistant), l'engagement (avec ses trois composantes : vigueur – dévouement - absorption), et l'engagement extrême (le surengagement).

Les différents modes d'engagement au travail peuvent être décrits schématiquement à partir d'un continuum allant de l'absence d'engagement à l'engagement extrême. Ce continuum inclut donc le retrait a-motivationnel (assorti d'absentéisme intentionnel persistant), l'engagement (avec ses trois composantes : vigueur – dévouement - absorption), et l'engagement extrême (le surengagement).

Ainsi, le retrait, l'engagement au travail et le surengagement avec son risque, le syndrome d'épuisement professionnel, ne sont pas directement opposés. Au contraire, il s'agit des variantes de comportement qui peuvent s'observer d'un individu à l'autre mais aussi chez un même individu en fonction des contextes. Elles ont un impact variable sur l'état de bien-être ou de mal être au travail, en fonction de la situation vécue.

Cette caractéristique explique l'éventail des possibles face à une situation de travail. Un sujet peut opter pour des stratégies d'évitement, nier la charge de travail, la déléguer, ou encore quitter l'entreprise ; un autre peut au contraire user de stratégies actives, pour résoudre le problème, affronter la charge, redoubler d'effort etc. De même, le même individu n'aura pas les mêmes stratégies d'engagement au travail selon son histoire présente mais aussi passée.

2. Le retrait a-motivationnel (RA)

Ce mode d'engagement, ou plutôt de non engagement, a pour substrat essentiel la perte quasi totale de motivation à travailler, et pour conséquence le retrait a-motivationnel.

Cette notion de retrait amotivationnel est basée sur la théorie de la résignation acquise ou impuissance apprise du modèle expérimental de Seligman[52] (Learned helplessness).

Cette théorie se fonde sur le constat qu'un individu exposé à des évènements graves et incontrôlables et qui persistent indépendamment de ses actions et réactions va développer un syndrome à trois dimensions[53] :

Perte du sens du travail, installation du déficit motivationnel

On retrouve le plus souvent lors de l'entretien de clinique du travail une phase préalable d'engagement au travail où le salarié s'est investi avec enthousiasme et a essayé d'être le plus efficace possible. Mais pour des motifs divers, à la fois liés à l'organisation (mutation imposée, évolution de carrière non accompagnée, hiérarchique non formé au management, réorganisation non comprise ou non expliquée , inadéquation poste compétences, etc.) et aux stratégies de coping du salarié, la personne va petit à petit être convaincue de la non contingence entre ses actions et leur absence de conséquences[54].

Perte du lien associatif entre l'activité et les résultats

L'association entre actions et résultats, indispensable pour donner du sens à son travail, va tendre à disparaître, ou du moins devient de moins en moins visible et le salarié va avoir le sentiment que les efforts qu'il fournit cessent d'avoir les résultats escomptés (absences de signes de reconnaissance, de récompenses salariales, d'encouragements, etc.).

Résignation acquise

Le sujet va finalement prendre conscience de son incapacité à produire un travail intéressant et à être véritablement utile à l'entreprise ; il va perdre sa confiance en lui. Des symptômes dépressifs sont fréquemment associés à ce tableau (notamment repli relationnel, incapacité à ressentir du plaisir au travail). La résignation acquise doit être identifiée comme telle et ne doit pas être confondue avec une dépression classique si l'on veut que les mesures de prévention soient adaptées.

Celles-ci vont consister en une prise en charge psychothérapeutique par un psychothérapeute formé à la psychologie du travail et des organisations, sachant prendre en compte le contexte professionnel. Parallèlement, un travail d'aménagement de l'activité et la sensibilisation de la hiérarchie à la nécessité d'un soutien tangible et constant doivent être recommandés et accompagnés par le Médecin du travail et le service des Ressources Humaines. L'objectif de l'intervention pluridisciplinaire étant de retrouver la confiance en soi et la motivation perdues dans le cadre professionnel, en travaillant à recréer le lien entre actions et résultats. Bien sûr, sera associé un suivi médical si des symptômes dépressifs sont présents.

52 Seligman, Martin E.; Weiss, Jay M. "Coping behavior: Learned helplessness, physiological change and learned inactivity". Behaviour Research and Therapy, Vol 18(5), 1980, 459-512.
53 Overmier J. Bruce, Blancheteau Marc. La « résignation apprise » : données actuelles et perspectives d'étude. In: L'année psychologique. 1987 vol. 87, n°1. pp. 73-92.
54 Deci E.L., Ryan M.N "Intrinsic motivation and self determination in human behavior" New York, plenum press, 1985. Cités par Blais et coll. "L'inventaire des motivations au travail de Blais », Revue québecoise de psychologie, vol.14, n°3, 1993

La littérature scientifique récente sur le sujet est pauvre alors que les cas de RA au travail nous semblent paradoxalement de plus en nombreux. Il serait utile et intéressant de mettre en œuvre des travaux de recherche sur le sujet. Mais en attendant, il est important de faire connaitre cette notion afin que les cliniciens et les préventeurs de terrain la reconnaissent.

La littérature scientifique récente sur le sujet est pauvre alors que les cas de RA au travail nous semblent paradoxalement de plus en nombreux. Il serait utile et intéressant de mettre en œuvre des travaux de recherche sur le sujet.

3. L'engagement

Définition

La littérature fournit de nombreuses définitions de l'engagement au travail : selon Neveu, il concerne les rapports d'ordre cognitif et/ou affectif liant l'employé à son univers de travail ou encore, c'est la force de l'identification de l'employé à son travail (Mathieu et Farr, 1991).

Comme nous l'avons évoqué plus haut, il est source de bien-être, de plaisir au travail, et d'efficacité. Maslach et Leiter définissent l'engagement par l'énergie (*« energy »*), engagement dans le sens implication (*« involvement »*) et efficacité (*« efficiency »*). En Français, la définition du terme engagement est malaisée car sa traduction ne distingue pas de différence entre les termes anglais « engagement » et « involvement ».

La présente étude adopte la définition de Schaufeli, dans laquelle l'engagement au travail est décrit comme « un état affectif positif, motivationnel, d'accomplissement et de réalisation lié au travail ».

La présente étude adopte la définition de Schaufeli[55], dans laquelle l'engagement au travail est décrit comme *« un état affectif positif, motivationnel, d'accomplissement et de réalisation lié au travail »*. Cet état affectif et cognitif est persistant et ne se concentre pas sur un objet, un événement, un individu ou un comportement particulier.

Il existe un instrument de mesure de l'engagement que nous ne développerons pas ici, mais qui est désormais validé dans plusieurs pays et plusieurs langues : le questionnaire UWES (Utrecht Work Engagement Scale).

Un concept à trois dimensions

Les dimensions de l'engagement au travail peuvent être ainsi définies par :

- **La Vigueur** qui désigne *« un haut niveau d'énergie et de résilience mentale pendant le travail, la volonté de s'investir dans celui-ci et la persistance face aux difficultés rencontrées »*. Elle reflète d'une part la volonté de consacrer des efforts et un niveau élevé d'énergie au travail et d'autre part, une tendance à rester serein face à la difficulté de la tâche, voire à l'échec. Elle caractérise un travail considéré comme stimulant ainsi qu'une forte volonté de s'y investir.
- **Le Dévouement qui représente** *« l'importance accordée au travail ; l'enthousiasme, l'inspiration, la fierté et le goût pour le défi au travail »* Il se réfère à une forte identification au travail, vécu comme une quête de sens.
- **L'Absorption** se caractérise par le fait *« d'être totalement concentré et absorbé par son travail »*. L'employé à l'impression que le temps passe vite mais, totalement immergé dans son travail auquel il voue une véritable passion, il a parfois des difficultés à s'en détacher.

Toutefois, il convient de préciser que pour les travailleurs engagés, travailler est vécu comme un plaisir et non comme une dépendance[56].

55 Schaufeli, W.B., Taris, T.W. & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burn out and engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being. Applied Psychology: An International Review, 57, 173-203.
56 Schaufeli, W.B. (2001). Coping with job stress. In: N.J. Smelser & P.B. Baltes (Eds.), The international encyclopedia of the social and behavioral sciences, 12, 7983-7987. Oxford, UK: Elsevier.

Conséquences

L'engagement au travail est un facteur prédictif reconnu et avéré du bien être perçu[57].

Van Wijhe[58] a montré que la satisfaction au travail suscitée par l'engagement est un facteur de protection vis-à-vis du SEP. Les salariés engagés sont plus performants que ceux qui ne le sont pas. Récemment, Salanova et al. (2005) ont montré que les niveaux d'engagements étaient positivement associés à la qualité du service, telle qu'elle est perçue par les clients.

Une série d'études démontrent que les ressources, comme le soutien social, le feedback (qui renvoie à la notion de reconnaissance du travail), la variété des tâches, l'autonomie et les opportunités d'apprentissage sont positivement corrélées avec l'engagement au travail[59].

Parmi les études les plus significatives, celle de Schaufeli (2004), sur un échantillon d'employés hollandais, démontre qu'il existe *« une relation positive entre trois ressources dans l'organisation (le feedback sur la performance, le soutien social et le soutien des supérieurs) et l'engagement au travail, dans ses trois composantes que sont la vigueur, le dévouement et l'investissement ».*

L'engagement dans le travail ne se produit pas uniquement pour des motifs individuels mais nécessite aussi –comme tout comportement humain- un point d'ancrage. Dans le domaine du travail, ce point est la centralité du travail : l'emploi lui-même et l'organisation du travail[60].

C'est d'ailleurs pour cette raison que le travail est un élément central dans la vie de la plupart des adultes. Un engagement qui amène à une activité qui a du sens et des buts et qui favorise une bonne santé psychologique et le bien-être.

L'engagement dans le travail ne se produit pas uniquement pour des motifs individuels mais nécessite aussi – comme tout comportement humain- un point d'ancrage. Dans le domaine du travail, ce point est la centralité du travail : l'emploi lui-même et l'organisation du travail.

4. Le Surengagement

Pour en finir avec le *« workaholism »*

Jusqu'à ce jour, la plupart des auteurs définissent le *« workaholism »* comme une forme de dépendance face à l ‹acte de travailler, analogue à l'alcoolisme[61] (Killinger, 1991 ; Klaft et Kleiner, 1988; Machlowitz, 1980; Naughton, 1987; Oates, 1971; Ottenberg, 1975 cités par Burke).

Selon cette approche, l'individu *« workaholic »* ressent un besoin incessant de travailler et des sensations désagréables lorsqu'il ne travaille pas. Ce qui sous entend que ce sont uniquement ses caractéristiques individuelles qui en sont la cause.

Le terme « workaholism » a été inventé en 1971 par un professeur américain, Wayne E. Oates[62] pour désigner *« la contrainte ou la nécessité irrépressible de travailler sans cesse »*. Pour ces personnes, la nécessité de travailler est omniprésente et met en danger leur santé, réduit leur bonheur, et détériore leurs relations et le fonctionnement social.

57 Jari J.Wilmar B. Do burn out and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study Journal of Affective Disorders 141 (2012) 415–424
58 Corine van Wijhe, Maria Peeters and Wilmar Schaufeli. Understanding workaholism and work engagement: the role of mood and stop rules. Career Development International Vol. 16 No. 3, 2011 pp. 254-270
59 Schaufeli, W.B., Taris, T.W. & Bakker, A.B. (2006). Dr. Jekyll and Mr. Hyde: On the differences between work engagement and workaholism. In R.J. Burke (Ed.), Research companion to working time and work addiction (pp. 193-217). Northampton: Edward Elgar
60 Clot Yves Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2010
61 BURKE R.J. MATTHEISEN S.B., How do workaholics experiment working? The Journal of Industrial Relations and Human Resources Vol:10 No:2 , April 2008, ISSN: 1303-286
62 Oates, W. (1971), Confessions of a Workaholic: The Facts About Work Addiction, New York : World

En 1992, à partir d'une importante revue de la littérature, Spence et Robbins[63] ont identifié trois facteurs constitutifs du workaholism :

- L'engagement au travail (*work involvement*) ;
- Le sentiment d'être poussé à travailler (*feeling driven to work*) ;
- Et le plaisir au travail (*work enjoyment*).

De cette analyse, ils ont décrit 3 types de *workaholism* :

	Niveau d'engagement	Niveau de compulsion	Niveau de Satisfaction au travail
Travailleur *« work addict »*	élevé	élevé	bas
Travailleur enthousiaste	élevé	bas	élevé
Travailleur addict enthousiaste	élevé	élevé	élevé

Vers la fin des années 90, les différents travaux sur la question vont fleurir et selon les auteurs, vont être déterminées deux formes de workaholism : une positive, le « bon workaholism», et une forme négative, le « *mauvais workaholism* ».

Depuis, le « *workaholism* » dans la littérature anglophone a fait l'objet de plusieurs tentatives de définition. Mc Millan et O'Driscoll[64] en 2006 en dénombrent neuf et sept d'entre elles ont deux caractéristiques de base :

- un temps dédié au travail excessif, la charge horaire de travail est considérable, les autres sphères de la vie sont négligées ;
- une forte réticence à se désengager du travail et des pensées fréquemment voire constamment tournées vers le travail quand ils ne sont pas au travail. Ce qui dénote le caractère obsessionnel et compulsif du comportement.

L'élément central reconnu par une grande majorité des auteurs est néanmoins l'investissement excessif et compulsif dans le travail. Forts de ce constat, Schaufeli, Shimazu, et Taris[65] ont proposé un classement des salariés selon ces deux dimensions :

- les travailleurs détendus : qui présentent des scores faibles à la fois dans les deux dimensions (tendances faibles au travail excessif et au travail compulsif) ;
- les travailleurs excessifs (*hard workers*) qui ont un score élevé de travail excessif et un score bas de travail compulsif ;
- les travailleurs compulsifs (*compulsive workers*) qui ont un score élevé de travail compulsif ;
- les « workaholics » qui ont un score élevé sur les deux dimensions.

63 Spence, J.T. & Robbins, A.S. (1992) Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. Journal of Personality Assessment, 58, 160-178
64 McMillan, L. H. W., & O'Driscoll, M. P. (2006). Exploring new frontiers to generate an integrated definition of workaholism. In R. Burke (Ed.), Research companion to working time and work addiction (pp. 89-107). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
65 Schaufeli, W.B., Shimazu, A. and Taris, T.W. (2009b), "Being driven to work excessively hard: the evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan", Cross-Cultural Research, Vol. 43, pp. 320-348.., 2009b,p. 322).

Taris et al.[66] (2008) conceptualisent le *« workaholism »* comme un syndrome caractérisé par le nombre d'heures consacrées au travail, et l'incapacité à se détacher psychologiquement du travail.

Les tentatives de définitions du « workaholism » n'ont de ce fait pas encore pu aboutir à ce jour à une définition consensuelle.

On remarque bien que la notion de satisfaction au travail n'apparait plus dans cette définition du terme, ce qui confirme le caractère négatif du *« workaholism »*. Mais la conviction sous jacente que l'origine du mal est essentiellement individuelle persiste. Il faut se rendre à l'évidence, les tentatives de définitions du *« workaholism »* n'ont de ce fait pas encore pu aboutir à ce jour à une définition consensuelle.

Julia Morlec[67] a tenté de synthétiser en 10 traits communs, les différents éléments mentionnés par les multiples travaux de recherche caractérisant le *« workaholism »* :

1. il s'agirait d'un phénomène individuel (résultant de pressions internes et plus que sociales) ;
2. à distinguer de l'engagement, même extrême ;
3. qui consume le temps, l'énergie et la pensée de la personne ;
4. et qui se manifeste par un déséquilibre dans les champs d'intérêt en faveur du travail ;
5. qui cause des interférences avec la santé, le bonheur, les relations sociales ;
6. qui se manifeste par du perfectionnisme ;
7. des standards de réussite élevés conduisant à travailler au-delà de ce qui est requis ;
8. un besoin de contrôle, entraînant une difficulté à déléguer ;
9. de l'obsession compulsion, de la rigidité ;
10. et qui pourrait constituer une dépendance.

Elle démontre que les différents traits relevés semblent mélanger la simple définition du phénomène (éléments 1 à 4) à ses conséquences (élément 5, 7, 8) et à ses possibles causes (éléments 6 à 10).

Il apparaît donc que toutes ces descriptions ne font pas ressortir le *« workaholism »* comme l'un des nombreux modes de comportements au travail ou uniquement un type spécifique de surengagement.

Elles n'expliquent pas suffisamment l'élément de dépendance ni ce qui transforme le travail en besoin compulsif. Ni la façon dont ce type de comportement d'engagement excessif est lié à d'autres modes moins extrêmes de l'engagement au travail. Enfin, elles ne prennent pas en compte le rôle des processus cognitifs, des motivations, des attitudes et des réactions affectives spécifiques au contexte.

Or, les comportements au travail sont des manifestations de l'engagement et en tant que tels peuvent être conceptualisés sur un seul continuum allant du retrait d'un coté à l'engagement extrême de l'autre (c'est à dire le surengagement pathogène)[68].

Elles ne tiennent pas non plus compte du rôle et de l'évolution du contexte de travail dans les processus psychiques, les motivations, les intentions, les attitudes et les réactions affectives des sujets.

66 Taris, T.W., Geurts, S.A.E., Schaufeli, W.B., Blonk, R.W.B. & Lagerveld, S. (2008). All day and all of the night: The relative contribution of workaholism components to well-being among self-employed workers. Work & Stress, 22, 153-165.
67 Julia Morlec. « Équilibre travail / vie privée et engagement au travail : le cas de quatre consultants en gestion" Mémoire de maitrise es sciences 2006
68 Griffin, M. A., Parker, S. K. & Neal, A. (2008). Is behavioral engagement a distinct and useful construct? Industrial and Organizational Psychology, 1,48–51

De surcroit, il est désormais avéré que les facteurs organisationnels sont en cause dans sa survenue : l'association travail excessif et travail compulsif est directement corrélée aux contraintes organisationnelles et ce même chez les salariés ne présentant pas initialement de signes de *« workaholism »* [69].

De même le parallèle avec la dépendance à l'alcool reste souvent mis en cause. A ce jour, la question n'a toujours pas été tranchée véritablement. C'est certainement l'une des causes menant à la confusion qui existe autour du concept de *« workaholism »* et qui cantonne ce terme à un modèle de comportement pathologique dont les causes seraient purement individuelles. Cette confusion explique en partie le faible nombre de travaux sur la prévention du *« workaholism »*.

Il apparaît donc évident que, bien qu'intéressante et potentiellement utile au plan clinique, une approche de l'engagement excessif restreinte au seul concept de *« workaholism »* se prête mal à l'investigation au sein de la population générale, ni aux modes actuels d'organisation du travail. En effet, rendre compte de ce rapport pathologique au travail comme étant uniquement la conséquence de facteurs individuels ne peut que concerner une proportion somme toute restreinte d'individus dans la société.

En outre, nous ne posons pas comme a priori que l'engagement excessif constitue une dépendance analogue à l'alcoolisme.

Le surengagement = travail excessif + travail compulsif

L'engagement au travail pourrait en fait être qualifié d'excessif à partir du moment où il atteint une intensité telle qu'il se vit au détriment de l'engagement dans les autres domaines de vie.

Cette définition n'est pas sans rappeler ce que plusieurs auteurs conviennent de nommer le déséquilibre travail/vie privée[70] ou le surengagement professionnel.

Dès 2000, afin de clarifier la question dans sa thèse sur l'engagement et le surengagement au travail, Jodoin [71] redéfinit le concept en l'affranchissant de sa similarité avec l'addiction. Se fondant sur les travaux de Dubé[72], il préfère distinguer qualitativement l'engagement du surengagement au travail, en reliant ces concepts au bien-être de la personne.

Il conclut que trois composantes définissent le surengagement professionnel :

- la tendance à ressentir un intérêt prépondérant pour le travail ;
- l'impression de négliger des aspects importants de sa vie à cause du travail ;
- la persistance compulsive dans les tâches reliées au travail.

On retrouve les notions de travail excessif et travail compulsif décrites précédemment.

Pour conclure, dans un souci de clarté conceptuelle, au lieu de faire la distinction entre « bonnes » et « mauvaises » formes d'engagement au travail, et pour éviter d'utiliser un terme impropre à décrire la globalité de la question, nous proposons d'utiliser les termes d'engagement (intrinsèquement favorable à l'employé et à son entreprise) et de surengagement au travail (intrinsèquement mauvais).

Nous proposons d'utiliser les termes d'engagement (intrinsèquement favorable à l'employé et à son entreprise) et de surengagement au travail (intrinsèquement mauvais).

69 Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Van der Heijden, F. M. M. A., & Prins, J. T. (2009). Workhaholism among medical residents: Is it a combination of working excessively and working compulsively that counts. International Journal of Stress Management, 16, 249-272.
70 Julia Morlec. « Équilibre travail / vie privée et engagement au travail : le cas de quatre consultants en gestion" Mémoire de maitrise es sciences 2006
71 Jodoin, M. (2000). Engagement et surengagement au travail : composantes psychologiques, antécédents potentiels et associaton avec le bien-être personnel.Thèse de psychologie. Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.
72 Dubé, L., Kairouz, S., et Jodoin, M. (1997). « L'engagement, un gage de bonheur ? », Revue québécoise de psychologie, 18, 211-237

C'est la détection de cette bascule de l'engagement excessif vers le surengagement qui nous parait être l'une des clefs essentielles de la prévention du syndrome d'épuisement professionnel mais aussi d'autres pathologies dites de surcharge.

Nous venons de voir que l'on distingue deux aspects du surengagement : la dimension de travail excessif et la dimension de travail compulsif.

Dans certaines circonstances défavorables (voir paragraphe 3b), les salariés très engagés (travailleurs excessifs) vont progressivement perdre la maitrise de leur libre-arbitre et développer des attitudes compulsives vis-à-vis du travail.[73] C'est la détection de cette bascule de l'engagement excessif vers le surengagement qui nous parait être l'une des clefs essentielles de la prévention du syndrome d'épuisement professionnel mais aussi d'autres pathologies dites de surcharge.

Dépistage et évaluation du travail excessif et du travail compulsif

Schaufeli et ses collaborateurs[74] ont élaboré une échelle de mesure du surengagement tel que nous le définissons (DUWAS = Dutch Work Addiction Scale) qui permet d'évaluer la part et le niveau de travail excessif (TE) et ceux du travail compulsif (TC) chez un salarié donné. Elle est désormais validée dans plusieurs langues[75]. Dans le cadre de la présente étude, nous avons utilisé une version traduite en français acceptée par l'auteur.

Sa validité convergente a été démontrée par rapport au temps de travail excessif, ainsi que sa validité discriminante par rapport à l'épuisement professionnel[76]. De même que l'association de scores élevés de TC et TE a pour conséquence la diminution du bien-être perçu et **constitue un facteur de risque de développer un SEP**[77].

Cette échelle de mesure est intéressante à plusieurs titres :

- Elle est courte : 10 questions, son utilisation est aisée et rapide ;
- Elle peut être utilisée pour une évaluation collective ;
- Elle peut également être utilisée individuellement lors d'un entretien médico-professionnel par exemple et son interprétation et la discussion qui s'ensuit avec le salarié peuvent alors être immédiate ;
- Elle est reproductible dans le temps ;
- Elle permet de donner le score de chaque dimension de travail : excessif et compulsif et elle fait ainsi ressortir 4 catégories de travailleurs :

Score / Catégorie	Travail excessif	Travail compulsif
Surengagé	**élevé**	**élevé**
Enthousiaste	élevé	bas
Compulsif non excessif	bas	élevé
Détendu	bas	bas

73 Griffiths, M. D. (2011). Workaholism: A 21stcentury addiction.The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society, 24,740–744.
74 Schaufeli, W.B., Taris, T.W., & Bakker, A.B. (2008). It takes two to tango; Workaholism as working excessively and working compulsively. In R. Burke & C. Cooper (Eds.).
75 Mario del Líbano, Susana Llorens, Marisa Salanova and Wilmar Schaufeli* Validity of a brief workaholism scale Psicothema 2010. Vol. 22, nº 1, pp. 143-150
76 Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Van der Heijden, F. M. M. A., & Prins, J. T. (2009). Workhaholism among medical residents: Is it a combination of working excessively and working compulsively that counts. International Journal of Stress Management, 16, 249-272.
77 Schaufeli, W.B., Shimazu, A. and Taris, T.W. (2009b), "Being driven to work excessively hard: the evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan", Cross-Cultural Research, Vol. 43, pp. 320-348.., 2009b,p. 322).

Enfin, elle présente l'avantage essentiel de faire une prévention du syndrome d'épuisement professionnel avant sa survenue en détectant les salariés qui sont en risque élevé avant qu'ils ne s'effondrent.

En 2008, Schaufeli et coll. ont montré le lien entre[78] :

- la surcharge et l'intensité du travail et un score élevé du travail excessif (TE) ;
- les exigences mentales, les exigences émotionnelles, les contraintes organisationnelles et un score élevé du travail compulsif (TC) ;
- l'absence de facteurs de motivation (job ressources) et des scores de TC et TE élevés ;
- le lien entre épuisement émotionnel et un score élevé de TE.

Conséquences du surengagement

Déséquilibre vie privée/vie professionnelle

L'enthousiasme qui caractérise l'engagement au travail peut être intense sans pour autant impliquer que l'individu ressente moins d'enthousiasme face aux autres aspects de sa vie (par ex. loisirs, amis, partenaire amoureux).

Le surengagement au contraire fait intervenir, par définition, ce déséquilibre dans les champs d'intérêt. Il est à l'origine de temps de repos insuffisant qui va évidemment contribuer à majorer la fatigue et les problèmes de santé.

Négligence de l'hygiène de vie

Les individus surengagés tendent à négliger leur propre santé (heures de sommeil, heures de repas, mauvaise hygiène alimentaire, peu ou pas d'activité physique – ou à l'opposé, sport excessif –, oublis de soins dentaires, de rendez-vous médicaux, etc.) à cause de leur travail.

Difficulté à s'adapter au changement, baisse de l'adaptabilité

Alors qu'au cœur de l'engagement se trouve la capacité à accepter qu'il faut tolérer certains aspects négatifs de son travail pour pouvoir bénéficier de ses aspects positifs, au cœur du surengagement se trouve la perception de faire des sacrifices excessifs à cause de son travail.

Les individus surengagés ont de la difficulté à délaisser, mettre en attente ou déléguer une tâche lorsqu'ils sont fatigués et/ou débordés, ressentant une obligation à travailler fort et à terminer ce qu'ils commencent. Alors que l'engagement implique une persévérance flexible, le surengagement fait intervenir une obstination rigide et compulsive.

Alors que l'engagement implique une persévérance flexible, le surengagement fait intervenir une obstination rigide et compulsive.

78 Schaufeli, W.B., Taris, T.W. & Bakker, A.B. (2008). It takes two to tango. Workaholism is working excessively and working compulsively. In R.J. Burke & C.L. Cooper (Eds.), The long work hours culture. Causes, consequences and choices (pp. 203-226). Bingley, UK: Emerald

Santé fragilisée

Shimazu[79] et Demerouti[80] ont mis en évidence le lien entre surengagement au travail et augmentation des problèmes de santé physique et psychique d'une part et absence de satisfaction au travail d'autre part.

L'engagement même intense peut être bénéfique, le surengagement génère un mal-être physique et psychique[81]. L'absence de plaisir au travail serait consécutive au surengagement et non l'inverse[82].

Les surengagés déclarent des niveaux de stress au travail élevés et plus de problèmes de santé (troubles du sommeil, problèmes digestifs, douleurs articulaires), en lien avec les éléments de compulsion[83].

Il est désormais clairement démontré que le surengagement est à l'origine de l'épuisement, d'une moins bonne santé, de troubles du sommeil et d'humeur dépressive[84].

Le lien entre le surengagement et la survenue du syndrome d'épuisement professionnel est également démontré. De même que le syndrome d'épuisement professionnel est un élément prédictif du syndrome dépressif et non l'inverse.

Le lien entre le surengagement et la survenue du syndrome d'épuisement professionnel est également démontré. De même que le syndrome d'épuisement professionnel est un élément prédictif du syndrome dépressif et non l'inverse[85].

Des niveaux élevés de demande psychologique, un faible niveau de la latitude de décision, et de faibles niveaux de soutien social au travail sont des facteurs prédictifs significatifs de symptômes dépressifs à la fois pour les hommes et les femmes[86]. À l'inverse, le plaisir de travailler a un effet régulateur et modérateur sur la survenue du SEP[87]. Hakanen et coll.[88] ont montré que le ressenti de bien-être au travail était un bon facteur prédictif de l'état de bien-être général ressenti, et ce à long terme.

Une étude sur l'absentéisme, menée par Schaufeli et coll[89] met en évidence le lien existant entre le syndrome d'épuisement professionnel et la fréquence des durées d'absences, mais non la fréquence des absences. Cette dernière est, quant à elle, liée à l'engagement au travail. Les auteurs valident l'hypothèse selon laquelle : *« le syndrome d'épuisement professionnel est associé à l'absentéisme involontaire et engendre de longues périodes d'absence tandis que l'engagement au travail est associé au présentéisme et engendre une plus grande fréquence d'absence ».*

79 Shimazu, A., Schaufeli, W.B., Kubota, K., & Kawakami, N. (2012). Do workaholism and work engagement predict employee well-being and performance in opposite directions? Industrial Health, 50, 316-321.
80 Demerouti, E., Bakker, A.B., De Jonge, J., Janssen, P.P.M. & Schaufeli, W.B. (2001). burn out and engagement at work as a function of demands and control. Scandinavian Journal for Work Environment and Health, 27, 279-286.
81 Demerouti, E., Bakker, A.B., De Jonge, J., Janssen, P.P.M. & Schaufeli, W.B. (2001). burn out and engagement at work as a function of demands and control. Scandinavian Journal for Work Environment and Health, 27, 279-286.
82 Corine van Wijhe, Maria Peeters and Wilmar Schaufeli Understanding workaholism and work engagement: the role of mood and stop rules. Career Development International Vol. 16 No. 3, 2011 pp. 254-270
83 Burke, R. J. (2000), Workaholism in organizations: psychological and physical well-being consequences. Stress Med., 16: 11–16
84 Daniel Preckel, Roland von Känel, Brigitte M. Kudielka, Joachim E. Fischer ; Overcommitment to work is associated with vital exhaustion. International Archives of Occupational and Environmental Health . March 2005, Volume 78, Issue 2, pp 117-122
85 Avanzi L, Zaniboni S, Balducci C, Fraccaroli F. The relation between overcommitment and burn out: does it depend on employee job satisfaction? Anxiety Stress Coping. 2013 Dec 17.
86 Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort Scand J Work Environ Health 1998;24(3):197-205
87 BEH 9 juin 2009 n°25-26 Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France
88 Hakanen, J.J. & Schaufeli, W.B. (2012). Do burn out and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. Journal of Affective Disorders, 141, 415-424.
89 Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burn out, work engagement, and sickness absenteeism. Journal of Organizational Behavior, 30, 893-917

En résumé, l'engagement au travail est source de bien-être et de bonne santé alors que le surengagement a des répercussions physiques et psychologiques néfastes pour l'individu, peut mener à l'épuisement et provoquer des difficultés psychosociales importantes.

Baisse d'efficacité au travail

À plus long terme, l'incapacité à se détacher du travail peut être préjudiciable à la performance du fait des problèmes de santé psychologiques[90]. En effet, l'absence de temps de repos et de récupération entraîne progressivement des erreurs, des oublis, des troubles de concentration qui vont être préjudiciables sur les résultats. Cette situation génère un sentiment d'inefficacité totale, qui exacerbe la fatigue accumulée. Ce ressenti de sa propre inefficacité conduit le salarié à un processus de culpabilisation et d'anxiété qui entretient le phénomène et l'amène à commettre de plus en plus d'erreurs. Ce sentiment d'impuissance issu du travail va progressivement se généraliser à toute la sphère socioprofessionnelle.

Prévalence du surengagement

«Parmi les grands échantillons, la prévalence du surengagement a été estimée à environ 5% -17,5%[91]. Des études européennes ont montré que 4 à 7% des individus souffrent d'un burn out élevé, 25% d'un burn out moyen.»[92] *(sic)* Ces résultats se confirment dans notre étude quantitative (12,6%).

« Parmi les grands échantillons, la prévalence du surengagement a été estimée à environ 5% -17,5%. Des études européennes ont montré que 4 à 7% des individus souffrent d'un burn out élevé, 25% d'un burn out moyen. » (sic) Ces résultats se confirment dans notre étude quantitative (12,6%).

Conclusion

Le travail excessif ne signifie pas nécessairement qu'une personne est surengagée, et bien que tous les salariés réellement surengagés travaillent trop, tous les travailleurs engagés ne sont pas forcément surengagés[93].

La question essentielle est de savoir si l'excès de travail est prolongé et dans quelle mesure il a des impacts préjudiciables sur la vie privée et la santé. Une activité ne peut pas être décrite comme délétère si elle a peu ou pas de conséquences néfastes.

Compte tenu de nos observations et de nos préoccupations de préventeurs en milieu de travail, nous avons donc cherché à définir et conceptualiser le surengagement au travail dans une approche plus globale.

Ainsi, en considérant le surengagement comme le point extrême de l'engagement psychologique et comportemental dans un contexte organisationnel donné, il nous parait désormais possible de clarifier plus aisément ses causes, ses niveaux, et de prévenir ses conséquences, tant sur le plan individuel, que professionnel et organisationnel.

90 Taris, T.W., Geurts, S.A.E., Schaufeli, W.B., Blonk, R.W.B. & Lagerveld, S. (2008). All day and all of the night: The relative contribution of workaholism components to well-being among self-employed workers. Work & Stress, 22, 153-165.
91 Griffiths, M. D. (2011). Workaholism: A 21stcentury addiction.The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society, 24,740–744.
92 Truchot D. *«Stress au travail : des causes et de la prévention du burn out»*. En direct. Journal de la recherche et du transfert de l'arc jurassien. n°227, novembre 2009 (lien= http://endirect.univ-fcomte.fr/)
93 Griffiths, M. D. (2011). Workaholism: A 21stcentury addiction.The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society, 24,740–744.

VIII. CONCLUSION

L'OBJECTIF PRINCIPAL de cette étude est de clarifier les causes, les manifestations et les conséquences d'un mode de comportement dans le travail, le surengagement, qui mène à des conséquences négatives graves non seulement pour la santé des personnes concernées mais aussi pour la viabilité à long terme des entreprises qui les emploient.

Par la conceptualisation des manifestations comportementales de l'engagement et en le plaçant sur un *continuum* allant du retrait / sous-engagement au surengagement /le travail aux dépens de toute autre activité, ce document fait valoir :

- Que l'excès de travail, quand il se double de compulsion, est un aspect extrêmement négatif de l'engagement ;
- Qu' « on ne nait pas compulsif au travail, on le devient » du fait de facteurs le plus souvent organisationnels ;
- Que le surengagement peut mener au syndrome d'épuisement professionnel (SEP, communément appelé burn out, terme que nous récusons pour son imprécision) ;
- Qu'il est nécessaire de mieux reconnaitre la responsabilité professionnelle dans la survenue de certaines maladies, par la création de deux nouveaux tableaux qui favoriseront la reconnaissance en maladie professionnelle des maladies consécutives au SEP. L'obligation de réparation du préjudice ayant un double effet : l'effet thérapeutique pour le patient car cela l'aide à passer à autre chose ; la majoration de l'effort de l'entreprise sur la prévention ;
- Qu'il existe des signaux et des phases d'alarme qui peuvent être détectés afin de prévenir les pathologies souvent graves liées au surengagement ;
- Qu'il serait utile de prendre le temps de se poser et réfléchir sur les enjeux humains et donc économiques de cette précipitation contre productive qui fait loi actuellement dans les entreprises.

GLOSSAIRE

1. RNV3P : Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) est un réseau de vigilance et de prévention en santé au travail qui regroupe les 32 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) de France métropolitaine et un échantillon de services de santé au travail associés au réseau (SST). Ce réseau a pour vocation de rassembler les données de chaque consultation au sein d'une base pérenne de données nationales sur les pathologies professionnelles (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession). Il revient aux hospitalo-universitaires experts du réseau d'investiguer les pathologies et de faire le lien, le cas échéant, avec l'origine professionnelle. (source : www.anses.fr)

2. Stratégies de coping : l'individu, lorsqu'il fait face à une situation stressante, élabore des stratégies d'ajustement spécifiques appelées coping ; ensemble organisé et cohérent de réponses cognitives, comportementales, émotionnelles et somatiques. Ces stratégies peuvent être efficaces mais peuvent aussi être à l'origine de troubles psychiques et physiques graves pouvant mener à la maladie.

3. CRRMP : comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

4. Defusing : appellation des soins donnés immédiatement après l'événement traumatisant, et surtout quand un grand nombre de personnes sont touchées (Hold-up, accident de train, explosion d'un immeuble à cause d'une fuite de gaz, suicide en public par exemple), une cellule d'urgence médico-psychologique est déclenchée et les personnes impliquées (non blessées physiquement) sont réunies dans un coin tranquille sur le lieu de la catastrophe, ou au service des urgences de l'hôpital pour les victimes blessées physiquement.

5. Debriefing : soins post immédiats. Il a lieu quelques jours plus tard, quand le choc est « passé ». Chaque victime est invitée à exprimer ses émotions, ses pensées lors de la catastrophe et à raconter en détail comment cette chose horrible s'est passée, à partager cela avec les autres. Mettre en mots le trauma, l'horreur, c'est permettre de le ramener à la réalité, de se libérer de ce qui était impossible à imaginer « avant ».

6. Le TSM ou trouble somatoforme médical a été défini dans le DSM V par la survenue répétée, au cours de l'année précédente, d'au moins un symptôme d'une durée d'évolution supérieure ou égale à 6 mois (parmi 5 catégories de problèmes : problèmes digestifs, douleurs, problèmes dermatologiques, problèmes cardio-respiratoires et problèmes gynéco-urinaires), et source de gêne dans le domaine personnel/familial ou professionnel.

7. Asthénie : altération de l'état général entrainant une faiblesse généralisée de l'organisme. Elle se distingue de la fatigue, car c'est un état d'épuisement survenant avant l'effort. L'asthénie n'est pas une pathologie en soi, mais un symptôme.

8. La souffrance est définie par l'école de psychodynamique du travail comme un vécu spécifique résultant de la confrontation dynamique entre le travailleur - porteur d'une histoire, d'un psychisme et d'un corps qui communiquent ensemble sans cesse, en d'autres termes, porteur d'une subjectivité- et l'organisation du travail.

ANNEXES

① CARINE, 47 ans, cadre de santé à l'hôpital public

plaisir intense au travail, acceptation des aspects négatifs du travail

① ENGAGEMENT
(satisfaction intense au travail : vigueur implication absorption)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Formation de kinésithérapeute. Passe au statut de cadre de santé en 94 et cadre supérieur en 96 en centre de soins de suite et de rééducation puis en institut de formation (management de la gestion de la qualité, de la sécurité) qui dépend de l'ARS **Sept 2000 :** embauche sur le poste de cadre supérieur de santé dans l'institut de formation de cadre de santé (4 formateurs dans l'équipe) **De 2000 à 2003 :** • Charge de travail très importante • Nature du travail très exigeant sur le plan relationnel • Forte exigence du niveau de qualité par le management • Image d'excellence de l'entreprise à garantir • Très bonne entente avec sa directrice	• Conformité à ses propres valeurs (altruisme, solidarité, loyauté) • Forte implication • Engagement et enthousiasme pour le service et le soin à la personne • Surengagement	Aucun
• *Mon engagement professionnel est un engagement qui a été très fort au sein du service public hospitalier ou des établissements participants au service public hospitalier.* • *C'était une opportunité qui s'est présentée.* • *Pour moi ça a été un coup de poker. Je me suis dit : « c'était sûrement une très belle opportunité d'aller former des cadres de santé et de leur apporter mon expérience ».* • *J'ai été mise en concurrence avec les autres membres de l'équipe. Tout ça parce que les directeurs visaient l'excellence.* • *L'analyse de pratique en situation de formation professionnelle c'est quelque chose de très risqué.* • *Je me suis aperçue que je développais tout un système de prudence pour essayer de ne pas tomber dans de la psychothérapie.* • *C'est toujours « plus qu'au top », toujours « aller plus loin », c'est « ne jamais se satisfaire de ce que l'on a fait », c'est « avoir toujours un ou deux coups d'avance par rapport aux autres instituts ».* • *[La directrice] c'est quelqu'un qui m'a recruté, nous étions très proche. Beaucoup trop proches, même avec le recul que j'ai, car je me suis laissé manipuler par cette directrice au demeurant très compétente, charmante.* • *[Dans la région], il y a 4 instituts, ce qui signifie qu'il y a beaucoup de concurrence avec les autres et il faut absolument tirer son épingle du jeu, notamment en termes d'image. L'image d'un institut c'est l'image de l'analyse professionnelle.*	• *Ce qui me caractérise, c'est ma capacité à m'engager, ce qui est pour moi une force parfois salvatrice.* • *J'ai du courage, de l'énergie et j'ai beaucoup de pertinence dans mes choix (en tout cas ça s'est révélé), j'ai mis beaucoup d'énergie dans cette fonction-là. Je prends des risques autant dans ma vie professionnelle que privée car je n'ai pas pour habitude d'attendre que la vie décide pour moi.*	

Persistance du plaisir au travail mais qui se nuance progressivement par l'apparition d'anxiété

② SURENGAGEMENT

(= envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail / augmentation proportionnelle de l'anxiété (augmentation du travail excessif)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **2003 :** arrivée d'une nouvelle formatrice avec qui elle a une relation difficile car impossiblité d'être autonome et d'assurer la charge de travail. • Intensification du travail. • Pas de régulation de la difficulté relationnelle ni de la charge de travail par le management. • **Fin 2005 :** départ en arrêt maladie de la directrice remplacée par un nouveau directeur, qui a du mal à trouver sa légitimité. • Départ d'un formateur, gel du poste. • Aggravation de la situation conflictuelle qui se diffuse au reste de l'équipe (secrétaires et femmes de ménage).	• Contrôle de ses émotions • Contrôle de ses processus internes • Temps consacré au travail de plus en plus important • Soutien des collègues : forte solidarité entre trois formateurs afin de faire face à la charge de travail.	• Fatigue physique • Fatigue psychique (dès le matin au lever) • Troubles de la concentration
• **Sur la période 2003/2006**, *les relations avec cette formatrice incompétente étaient extrêmement difficiles.* • **A partir de janvier 2006**, *il y a eu un poste de gelé, ce qui signifie que nous étions 3 à faire le travail de 4.* • *Nous n'étions plus 4 équivalents temps plein mais 3 équivalents temps plein.* • *Il y a eu un départ dans un autre établissement et le nouveau directeur qui arrivait en a profité pour geler ce poste.* • *[Le nouveau directeur] c'est un infirmier qui a fait l'école des hautes études en santé publique. C'est quelqu'un qui a eu énormément de mal à suivre sa formation. [...]Je pense que c'est quelqu'un qui doutait extrêmement de ses compétences, ce qui le mettait en position basse par rapport à nous.* • *Il y a eu une situation d'harcèlement moral [par le reste de l'équipe] qui s'est mis en place pour mon collègue et moi-même.* • *Le directeur n'a rien fait pour améliorer la situation et nous supposions qu'il protégeait la formatrice incompétente qui régulièrement le rencontrait dans son bureau.*	• *J'ai donc développé cette compétence-là de prudence, de mise à distance et de relecture de mon comportement. C'est extrêmement éprouvant et fatiguant de se regarder faire.* • *Je n'avais pas suffisamment mesuré l'impact sur moi-même [...], en termes de fatigue psychique et de fatigue intellectuelle.* • *Je me suis aperçue que je développais tout un système de prudence pour essayer de ne pas tomber dans de la psychothérapie dans les suivis pédagogiques des étudiants.*	

❸ RUPTURE

(acharnement frénétique, obstination sans plaisir ; niveaux de travail excessif et travail compulsif maximaux)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **2005 :** l'organisme de tutelle découvre un gros déficit budgéaire de l'institut. • **Septembre 2006 :** départ en retraite de la collègue avec qui elle est en conflit. • Charge de travail très importante. Il reste 2 formateurs pour assurer une charge de travail puis arrive un an plus tard une nouvelle formatrice qu'il faut accompagner, d'où surcharge de travail aggravée. • Conflit permanent entre le directeur et l'équipe des formateurs, violences verbales. • Demande de règlement auprès du DRH qui conseille de temporiser. • Médecin du travail également avisé : chaque membre de l'équipe a été reçu en visite mais non suivi d'effet. • Le CHSCT est informé.	• Contrôle de ses émotions de plus en plus difficile. • Temps consacré au travail de plus en plus important, travail dans l'urgence permanent. • Efficacité diminuée, efforts importants pour compenser.	• Troubles de mémoire • Accès de pleurs • Troubles de concentration • Irritabilité • Troubles du sommeil • Comportements additictifs
• **Depuis 2005**, *il y a la région qui est dans le coup, c'est-à-dire qu'elle alloue des budgets aux instituts de formation de cadre.* • *On a su fin 2005 qu'on avait tel déficit et qu'il fallait qu'il soit résorbé, point final.* • *C'était un contexte où il y avait des redressements des comptes pour un déficit important.* • *Il y eu une réduction, ce qui signifie qu'il y a eu une augmentation de la charge de travail.* • *L'année 2006 a été l'année où l'enfer s'est installé car il y a eu une surcharge de travail considérable. Nous étions 50% en effectif pour faire le travail total, 2 au lieu de 4.* • *Le directeur qui ne faisait pas son travail parce qu'il ne savait pas ce qu'il faisait, il ne comprenait pas ce qu'il fallait faire ou faisait comme s'il ne comprenait pas. C'est quelqu'un qui ne disait jamais les choses directement en face.*	• *La difficulté à me détacher de mon travail le samedi/dimanche ou pendant les congés.*	• *Il y a eu de plus en plus de trous de mémoire, des difficultés à dormir j'ai commencé à consommer régulièrement de l'alcool, je faisais de plus en plus de sport (natation, marche rapide).*

❹ ÉPUISEMENT

(effondrement intérieur, décompensation en mode aigu)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
2007 : • Conflit entre les valeurs du métier et les exigences économiques imposées par l'entreprise et sa tutelle • Perte du sens du travail • Sentiment d'injustice organisationnelle • Charge de travail excessive, insuffisance de ressources, avec contraintes économiques fortes de réduction des coûts • Direction ayant des problèmes de légitimité, donc des dérives managériales, maltraitant, sous pression financière car il est dit que la Région exige la réduction des déficits.	• **Mars 2007 :** épuisement , consulte son médecin généraliste qui ne la met pas en arrêt de travail car ne saisit pas la gravité de la situation • Alcoolisation régulière et excessive • **Juillet 2007** consulte le médecin du travail qui l'oriente vers un service d'addictologie • Le médecin traitant ne fait pas d'arrêt de travail • **Juillet/août 2007 :** décide de faire deux mois de libéral en cabinet de kiné en Bretagne • Arrêt maladie 8 mois : suivi psychiatrique, suivi par médecin généraliste, traitement (antidépresseur, anxiolytiques, somnifères)	• Idéations suicidaires récurrentes • Epuisement physique • Epuisement psychique • Perte de l'estime de soi • Pleurs fréquents • Survenue concomitante de rectocolite hémorragique • Dépersonnalisation • Désorientation temporo spatiale
• **Isolement** *« Ce qui a été terrible c'est de m'apercevoir que la plupart de mes collègues en dehors de l'institut étaient indifférents... Parfois, ils attendaient de me voir partir pour prendre ma place. Autre phénomène terrible : mes collègues proches ne croyaient pas ce que je leur disais. Sentiment abyssal d'isolement et d'incompréhension ».* • *Des violences verbales [du directeur] lors des réunions pédagogiques par des mises en cause permanentes de ce que nous faisions, l'impossibilité de savoir l'attendu, des sous-entendus beaucoup, beaucoup de silence que nous n'arrivions pas à comprendre.* • *Ça a vraiment explosé pour tout le monde moi-même j'ai été dans une situation terrible mais je n'ai pas été la seule. Le directeur a été malade. Il n'a jamais été absent mais il était malade. Il a développé un diabète.* • *Il y a de la folie, quelque chose d'irraisonné dans un premier temps c'est que ce soit dans ces établissements, dont la mission repose sur ces valeurs, qu'on puisse exercer ce type de comportement et mettre des gens dans des situations difficiles et compliquées.* • *Il y a une problématique d'organisation du travail avec une surcharge de travail, dans un contexte de restriction budgétaire donc ça veut dire : pas de poste. Une pression sur les coûts par rapport aux autres instituts, avec une pression sur la compétitivité, l'image de marque. Parallèlement à ça, une direction qui a des problèmes de management notamment liés à des problèmes de légitimité, donc des dérives managériales.* • *Oui c'est (une pression) en cascade, tout est emboîté en termes de tirer son épingle du jeu dans un marché extrêmement contraint, dans un contexte de ressources budgétaires réduites et de réduction des déficits.*	• **Début mars 2009**, je m'en souviens, je suis allée voir mon médecin pour lui dire que j'avais besoin de m'arrêter car je n'en pouvais plus. Il ne m'a pas comprise, il m'a dit : *« non nous les soignants, on fait face ».* • **mai 2009,** *il y a des phénomènes qui m'ont beaucoup inquiétée. Je me suis aperçue que j'étais en train de devenir alcoolique. Le soir quand je restais chez moi, je buvais un verre de whisky, puis deux, puis trois* • **en juin 2009**, *à la suite d'une altercation très violente avec le directeur, j'ai bu tellement de whisky que j'ai quasiment été en coma éthylique.* • *Le médecin ne l'a pas vu [son état]. Je pense que mon médecin généraliste était lui-même en situation d'épuisement professionnel.* • *Lorsque j'ai été malade il était en congés. J'ai vu son associé et ce n'est pas lui qui a fait le diagnostic de dépression.* • *[ses deux mois en Bretagne] C'était très curieux ce que j'ai vécu, pour moi la vie valait la peine d'être vécue parce que c'était passionnant pour les patients, mais il fallait que j'en finisse parce que je n'en pouvais plus.*	• *J'ai dû m'arrêter fin août 2009. Je me suis arrêtée car j'étais épuisée, c'est-à-dire que je ne dormais plus, j'étais dans un état de dépression très grave avec des idées suicidaires* • *… Je me vois face à la mer me dire « ça serait tellement simple d'être dans cette accalmie-là, dans cette sérénité-là mais je ne connaîtrais pas mon petit-fils ou ma petite fille». C'est vraiment ça qui m'a permis de tenir bon.* • *J'avais l'impression de ne plus savoir qui j'étais.* • *Le fait d'être en situation d'épuisement c'est quelque chose que je ne connaissais pas mais c'est quelque chose de très particulier, un sentiment d'absurde et de non-sens total. De fatigue intellectuelle aussi, totale : de perte de mémoire très fréquente et pour tout notamment le vie quotidienne, c'est trés impressionnant et perturbant.* • *Le sentiment qu'il fallait que je me concentre énormément sur ce qui m'était dit, comme si la personne ne parlait pas français.* • *Il m'arrivait de cocher sur mon calendrier le jour quand je ne savais plus quel jour on était, je me suis dit que l'absurdité avait des limites. A un moment donné elle devait s'arrêter et la seule solution c'était que moi je m'arrête. Ça été très fort, extrêmement intense psychologiquement comme si je me trouvais dans un film d'horrreur, genre "Z" c'est-à-dire un monde fou géré par des malades alors que moi je ne suis pas folle, je n'ai jamais eu le sentiment de perdre ma raison mais j'ai beaucoup lutté pour la garder.* • *J'ai été capable d'idéaliser des valeurs de travail au point où je me suis détruite, c'est incroyable.*

② VALÉRIE, 40 ans, employée dans une fabrique d'articles de chasse

plaisir intense au travail, acceptation des aspects négatifs du travail

① ENGAGEMENT
(satisfaction intense au travail : vigueur implication absorption)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **Juin 1998 :** embauche CDD pour saisie de facture et expédition des commandes • **Fin 1998 :** signature CDI • **Motif d'embauche :** surcharge de travail du fait du départ (démission) d'un commercial en novembre • **Nouvelles tâches :** facturation, expédition, gestion des stocks, standard	• Augmentation importante du temps passé au travail • Intensification du travail	aucune
• **2000 :** démission du 2ème commercial.	• *Pour la saison 2001, je faisais 14h/15h de travail avec 1 h pour manger.* • *J'apportais du travail à la maison pour que les dossiers clients soient complets.*	
• Nouvelles activités s'ajoutent : réponses aux clients sur place, prospection, logistique transport.		
• Saison été 2000/2001, tous les ans: période de travail intense (préparation saison de chasse); aucune aide des collègues ni de l'employeur.		
• **2002 :** embauche d'un responsable des vente et pour gestion sécurité et aide à la facturation MAIS déception et charge supplémentaire.		
• Embauche de commerciaux pour développement import et export.		
• Conflit entre responsable ventes et directeur --> tensions.		
• **2000 et 2001 :** *J'étais seule pour faire le travail : je n'avais aucun soutien.*		
• **2002 :** [le responsable des ventes] *Finalement il ne m'aidait pas, pour lui j'étais sa secrétaire.*		

Persistance du plaisir au travail mais qui se nuance progressivement par l'apparition d'anxiété

② SURENGAGEMENT

(= envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail / augmentation proportionnelle de l'anxiété (augmentation du travail excessif)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **2003 :** émergence d'un climat de suspicion • persistance des pressions et des humiliations manageriales devant les collègues sans que personne n'intervienne. • **2003-2004 :** départ en congé maternité de la comptable, remplacée par une personne non formée à la comptabilité. Surcroit de travail. • **2006 :** démission du responsable des ventes remplacé par une responsable sécurité qui démissionne au bout de 7 mois • Contextes professionnel et personnel intriqués : en 2005, obligation de conserver son emploi comme caution de prêt bancaire du fait de l'achat d'un commerce par son mari • Jalousie et brimades exprimées par le patron • Injustice et manque de reconnaissance • Conflit de valeurs	• Justification • Prouver sa bonne volonté • Incapacité à dire non • Forte reconnaissance des clients • Fort engagement pour sa famille	• Insomnies • Perte d'appétit
• *Une fois, une boîte noire a été vidée : qui avait vidé la boîte noire ?* • *A un inventaire, il manquait un nombre énorme de marchandise : qui a volé ? on me soupçonnait.* • *A Noël quand j'avais des clients ou des fournisseurs qui amenaient des chocolats, le patron les prenait et faisait la distribution en disant : toi tu n'en auras pas tu n'en as pas besoin, il faisait allusion à mon poids». «une autre fois il a fait pareil avec un coffret de foie gras qu'on m'a offert, il a pris le foie pour lui en disant que j'étais assez grosse».* • *Je m'occupais des ventes, du standard (6 lignes entrantes), de remplacer le responsable des ventes (commerciaux à driver, coûts) en plus de mon travail d'avant.* • *C'était de l'urgence avec des interruptions tout le temps»[la remplaçante de la comptable] : «j'ai dû prendre en charge les commandes car elle ne s'en occupait pas».* • Obligation de flexibilité : *On avait l'obligation d'être joignable ;» pas plus de 15 jours de congés consécutifs»; «pas de congés complémentaires» ; «les heures supplémentaires étaient non rémunérées».* • Déni de reconnaissance : *A partir de là (2005), je n'ai plus eu droit au paiement des heures supplémentaires ni aux primes sous prétexte «qu'on s'en mettait plein les fouilles».* • *J'ai travaillé plus de 11 ans en n'ayant qu'une semaine de congés payés l'été; je revenais travailler durant mes congés, on me débitait quand même mes congés.* • *J'ai un BAC + 2, j'ai fait toute ma carrière au niveau CAP / Conventions collectives.* • Conflit de valeurs : *Et ce que j'avais du mal à avaler, ce qu'on me demandait de faire des choses contraires à mes convictions. Des fausses factures. Avec le recul, si on se faisait avoir, c'était moi qui en portais la responsabilité.*	• *Comme je m'occupais du produit fini, de l'assemblage, c'était moi… J'ai passé des nuits entières à tout reprendre pour leur prouver par A + B que je n'y étais pour rien.* • *La suspicion était sur moi car c'était moi au final qui facturait donc c'était moi qui avait oublié de facturer.* • *Tout ce qui était l'entourage social et la famille n'avait pas bougé. J'avais fait attention à ça.*	

❸ RUPTURE

(acharnement frénétique, obstination sans plaisir ; niveaux de travail excessif et travail compulsif maximaux)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **2007 :** changement de progiciel de gestion concernant la partie comptabilité et commerciale • Absence de reconnaissance de son expérience : n'est pas impliquée dans le projet • Persistance du climat de suspicion, de jalousie de l'employeur et des collègues • Maintien du niveau de charge de travail	• Acharnement dans le travail, surinvestissement • Incapacité à fixer des limites • Déni des symptômes physiques • Croyance en sa résistance • Forte implication grâce à la reconnaissance du client • Consultation auprès du médecin généraliste qui diagnostique un surmenage (euphytose et 8j d'arrêt) • Fort engagement familial	• Fatigue physique • Troubles de concentration (erreurs) • Amaigrissement • Douleurs cervicales et sciatiques à répétition • Douleurs des poignets • Perte de l'estime de soi
• Absence d'écoute et de soutien devant les difficultés ; • Absence de reconnaissance de son expérience : n'est pas impliquée dans le projet *«La comptable à tout mis en place»;» c'est elle qui faisait les voyages, qui allait en réunion, en formation» etc.»* • *Là ou je mettais 4min pour saisir une commande, il m'en fallait 9. J'ai été mise devant le fait accompli comme c'est ma collègue qui allait à la maison mère.* • *J'étais dans l'impossibilité de répondre aux clients.* • *Si le client n'avait pas sa commande, le responsable c'était moi.* • *Pour eux, c'était un problème d'organisation chez moi. La comptable tirait les ficelles des deux côtés (patron/maison mère). Le patron ne pouvait rien lui dire car elle savait des choses qui étaient compromettantes pour lui.* • *[les collègues me disaient que]Je n'avais pas besoin de travailler, mon salaire devrait être versé sur leur compte car nous, on s'en foutait plein les fouilles et, de toute façon, ce n'est pas eux qui le disaient mais le patron ».*		• *A la fin je ne valais plus rien.*

❹ ÉPUISEMENT
(effondrement intérieur, décompensation en mode aigu)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **Janvier 2008 :** formation sur le nouveau logiciel, perte de repères et obligation par la maison mère de se conformer aux outils. • **Mars 2008 :** arrêt maladie du patron; pas de directives données pour l'entreprise --> surcharge de travail, responsabilités et solitude accrues • Embauche de la fille de l'employeur pour l'aider • **Juillet août 2008 :** panne du système informatique • Manque de soutien de l'employeur, de la maison mère, culpabilisation par rapport aux erreurs • Manque de soutien des collègues • Comportements de mise à l'écart par les collègues • **le 5 août**, plusieurs comportements vexatoires et blessants de la part des collègues	• Sentiment d'impuissance • Résignation • Acharnement à bien faire, forte conscience professionnelle • Fort soutien de la famille et d'une amie	• Fatigue physique, insomnie quasi totale • Douleurs et ballonnements abdominaux • Anorexie avec perte de poids importante • Premier épisode de sa vie de conjonctivite allergique résistante au traitement (2 mois) • Infection urinaire sévère • Augmentation sensible de la consommation de café et de cigarettes • Epuisement émotionnel • Idéations suicidaires • Le soir du 5 août, raptus de violence à son domicile avec amnésie totale de l'événement
• *Chacun devait prendre en charge sa partie.* • *Je me suis retrouvée à faire tous mes prix, les tarifs sur des produits spécifiques où des fois, je voulais avoir un avis.* • *En plus, le patron avait refusé de l'aide de la maison mère… «personne n'était là pour prendre des décisions*		
Evénements du 5 août : • *J'ai voulu utiliser le poste du magasinier et je me suis fait rembarrer car je n'avais pas à toucher à son poste de travail* • *Toi avec la boulangerie [de son mari] et tout tu as la tête là bas, tu fais des conneries* • *Je ne pouvais pas appeler le numéro de la hotline car la comptable ne voulait pas me le donner.* • *Pendant ce temps, mon mari livre une comande, ma collègue comptable qui l'accueille ne lui dit même pas ou j'étais ni rien. Je n'ai même pas vu mon mari. Personne ne m'a prévenue.*	• *Que voulez vous? C'est la fille du patron* • *Le 5 août, je suis arrivée plus tôt, à 6h, avant la prise du standard.* • *En 3h, je faisais autant de boulot qu'en 6H avec le téléphone. J'ai donc avancé.*	• *Il était 19h, j'étais dehors sur un relax, j'en parle [du travail] à mon mari qui me dit : «tu ne vas pas te rendre malade pour ça». Et puis ça a été le mot de trop et je ne me souviens plus de rien. D'après les rapports des pompiers, j'ai tout cassé à la maison. Je suis tombée en détresse respiratoire. Les pompiers sont venus.* • *Le lendemain, je suis rentrée chez moi. J'étais allongée dans mon canapé dans le noir. Je suis restée une semaine comme ça.* • *Comme si mon cerveau n'arrivait plus à distinguer les couleurs, les formes, les choses euh…Les odeurs plus rien n'était… comme si mon cerveau ne fonctionnait plus.* • *J'ai été hospitalisée 1 semaine. Je suis rentrée chez moi et comme un instinct de survie j'ai le corps qui s'est remis en hyperactivité, malgré mon traitement de cheval»;* • *J'avais besoin de bouger sinon j'avais l'impression de mourir.* • *Je n'étais plus capable de lire, d'écrire, de m'exprimer.* • *De toute façon j'ai craqué le jeudi soir à la maison et je m'étais promis qu'à la prochaine brimade, réflexion, y'avait un bâtiment avec des douches où personne n'allait, j'avais un cutteur, un crayon indélébile, de me suicider dans le batiment…* • *Ce n'était pas pour souffrir moi mais pour les faire souffrir eux, leur montrer à quel point ils m'avaient détruite.*

③ MICHEL, *55 ans, chercheur dans l'industrie pharmaceutique*

plaisir intense au travail, acceptation des aspects négatifs du travail

① ENGAGEMENT
(satisfaction intense au travail : vigueur implication absorption)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
1977 à 1988 : Projets très motivants, management très soutenant, **Années 80 :** charge de travail très importante • Travail de coopération en petite équipe • Esprit d'équipe très solide • Dévouement et rigueur intellectuelle • *J'ai fait partie des pionniers d'une certaine technologie. Ce fut fantastique. Le rôle de pionnier dans une discipline est quelque chose d'historique : vous êtes obligé de tout découvrir. Mes collègues étaient de la recherche fondamentale, moi j'étais plus de la recherche appliquée, mais quand j'ai eu certains sujets à traiter, c'était feuille blanche.* • *Au tout début de cette nouvelle technologie nous avions un jeune patron top niveau. Aupravant, j'avais eu aussi un excellent patron, il a été dézingué, à tort. Ce fut pénible à vivre, pour lui et pour moi.* • *Avec d'autres, on s'est donc défoncés et on a fait de très belles choses, de très grands projets ensemble, en compétition mondiale.* • *En ce qui me concerne, j'ai eu une chance énorme, celle de choisir une équipe, une petite équipe avec qui j'ai mené un projet. J'ai appliqué des règles qui venaient de mes observations et choix de vie intérieure. Ce qu'on a fait c'était fantastique.* • *Pendant 8 ans nous avons eu un jeune patron formidable, un grand format.*	• Engagement intense • Absorption d'une forte charge de travail par un engagement important (en temps et en intensité) • *Je déplaçais les montagnes, j'y allais* (rires).	aucun

Persistance du plaisir au travail mais qui se nuance progressivement par l'apparition d'anxiété

② SURENGAGEMENT

(= envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail / augmentation proportionnelle de l'anxiété (augmentation du travail excessif)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **de 1988 à 2003 :** Nouveau hiérarchique et changement radical de mode de management • Manager «posant de graves problèmes » à beaucoup de collègues. • Conflit de valeurs : découverte de déformation de faits et mensonges en tous genres, dissimulation des erreurs, délation de ses subordonnés, intrigues de tout poil, absence de dialogue sincère, coupes budgétaires ciblées sur les personnes, arbitraire total. A noter que ces dérapages étaient intermittents, focalisés et malgré tout du travail pouvait être fait, et du bon travail. • Alerte à la ligne hiérarchique (DRH et Directeur scientifique) non prise en compte. • Absence de soutien de ce manager, il n'était pas avec sa troupe • **Note :** Depuis, le manager en question a été reconnu officiellement comme manager pathologique et a été écarté du management.	• Ne rien laisser paraître de ses difficultés ni vis-à-vis de la hiérarchie ni des collègues. • Même si *« [son] désarroi était perceptible par les autres et bien sûr par [sa] famille proche».* • Identification centrée presqu'exclusivement sur le travail. • Sphère familiale négligée. Manque de présence mentale, physiquement présent. • Non prise en compte de ses propres signaux. • Envahissement de la vie professionnelle, « c'est peu dire ». • *Je n'étalais pas tout, c'était surtout le travail qui comptait et voilà.* • *Car ce n'est pas le tout de le dire, mais quand on le vit et qu'on doit nourrir sa famille etcetera… on ne part pas.* • *J'ai de la chance d'être solide. Ce que je regrette c'est que ma famille en ait pati, ça c'est sûr.* • *La valeur travail c'est une chose qui m'a toujours poursuivi. Je viens d'une famille où la valeur travail est primordiale.* • ►*Il y a des gens qui disent «Moi je quitte le bureau, je ferme la porte et je suis dans un autre monde», mais ce n'est pas vrai. Quand vous êtes chercheur vous vous investissez personnellement énormément et le travail quand vous avez une idée dans la tête, eh bien vous travaillez dès que vous avez un petit moment. On travaille beaucoup ». Et il faut l'avouer avec passion.* • *C'était vraiment le moment de partir, ma vie aurait changé. J'avais l'opportunité de partir car je pouvais prendre un poste de professeur à l'étranger, je pouvais le faire mais malheureusement pour moi j'avais initié un projet auquel je croyais. (Qui d'ailleurs c'est bien passé). Comme déjà dit, mon épouse et moi-même avions donc réléchi à changer de pays et de métier, mais le piège s'est refermé suite à un beau projet en cours qui laissait espérer un avenir meilleur.*	• Douleurs lombaires • Fatigue permanente • Incapacité à se concentrer, à élaborer • *« Cœur au bord des lèvres avant d'arriver au travail »* • **Fin des années 90 :** première alerte grave : syncope vagale, un vendredi soir juste après le travail avec perte de connaissance de 15 mn. Expérience très désagréable, angoisse d'un long retour à l'état conscient, perte totale des repères d'identité, de temps, de sensations corporelles... => Arrêt de 15 jours, épuisement total, vidé. • Demande de changement de poste, supplication même, longue attente environ deux ans ! • MAIS soutien de la Direction d'établissement et du Directeur Recherche Amont. • À un moment je ne pouvais plus travailler • Pour moi c'était davantage un épuisement : vous êtes fatigué et c'est le corps qui lâche. • Ce fut aussi une démotivation par l'impossibilité de suivre sa personnalité profonde, de parler ouvertement, d'être soi même... En fait ce n'est pas mon travail qui a posé problème mais ma façon d'être. Je ne jouais pas le jeu, intérieurement je n'acceptais pas le jeu, ce jeu, comme beaucoup de collègues. Mais de quel jeu s'agit-il vraiment ? Pas de celui qui assure la pérennité d'une enteprise en tout cas.

③ RUPTURE

(acharnement frénétique, obstination sans plaisir ; niveaux de travail excessif et travail compulsif maximaux)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
2003 à 2008 : Nouveau manager, nouveau poste • Intensification du travail • Pas de prise en compte par le manager du volume de travail demandé ni du contenu du travail réel. Manque de temps pour le dialogue professionnel et même personnel. • **2005 :** À son retour d'arrêt maladie, reprise au même poste. • Prise de conscience de la hiérarchie sur ses difficultés : proposition d'une nouvelle organisation du travail, plus adaptée et plus intelligente. • Clivage entre les valeurs affichées par l'entreprise et les modes de gestion des ressources humaines (objectifs économiques) en contradiction avec les nécessités du métier. En clair une pression déstructurante, mal maîtrisée ou non maîtrisable.	• Stratégie du *« tenir debout coûte que coûte »* • Croyance d'invulnérabilité grâce au travail • Arrêt de travail pendant un mois complet	• Troubles de la concentration • Troubles de la mémoire • En 2005 : traité pour syndrome anxio dépressif (prozac et psychothérapie) par le médecin traitant.
• Charge de travail *« fabuleuse, énorme »* • **De 2003 à 2008 :** *J'ai eu un jeune patron avec qui on a eu des responsabilités dans un très grand groupe industriel et j'ai tenu bon…* • **Reconnaissance du travail réel par le management :** *Il n'était pas très spécialiste de la partie et de ce fait, il demandait des choses pas possibles et en plus il n'y avait pas d'interface humaine permettant de corriger le tir.* • **Conflit de cultures :** La culture managériale qui a cours dit *« Ce projet est bon parce qu'il a fait de l'argent et inversement ». C'est vrai d'un point de vue commercial mais quand vous êtes en amont, on ne peut pas dire ça. On parle scientifique et non argent. Il faut un équilibre [...] Quand vous travaillez en amont sur un médicament, vous ne pouvez pas dire si ça va être un succès ou pas ». D'autres n'ont pas cette retenue et poussent leurs canard boiteux devant ceux des autres.* • *Il est cependant impossible et malhonnête de nier que le Groupe depuis toujours s'est intéressé aux maladies tropicales, même dans les dernières années et que cela déchaîne la motivation des collègues chercheurs. La motivation professionnelle de servir reste chez les salariés le facteur n°1 d'investissement personnel.*	• *Je me suis toujours dit : « mon travail va me sauver » et bien pas du tout…* • *Quand on est éduqué on ne charge pas tout le monde avec ses misères.* • *Je ne vais pas larmoyer.* • *J'ai fait une grosse déprime, violente même, durant laquelle j'ai été absent 1 mois.* • *L'arrêt a été brutal mais relativement court. Il faut reconnaître une phase de souffrance initiale terrible. Je ne le souhaite pas à mon pire ennemi. La récupération est lente. Des années après je retrouve confiance en moi, créativité et joie de vivre. Et non plus le devoir de « tenir pour vivre ».*	

❹ ÉPUISEMENT
(effondrement intérieur, décompensation en mode aigu)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
2007 : • Conflit de valeurs entre les objectifs financiers de l'entreprise et la nature même de la recherche. • Charge de travail importante • Décalage entre le travail prescrit et le travail réel, inadéquation entre la charge de travail et les ressources disponibles en termes de charge individuelle supportable. • Manque de soutien du manager, absence d'échanges, écoute approfondie rarissime. • Un collègue lui fait part de son inquiétude, l'écoute, lui parle.	• Parvient à s'ouvrir de sa souffrance à un collègue juste avant le brun-out de 2005. • Arrêt de travail • Suivi psychothérapeutique après l'arrêt du traitement antidépresseur	• Isolement maximum, repli sur soi • Perte de mémoire surtout la mémoire immédiate • Dépression • Idées suicidaires • Prostration
• *Quand vous sortez un médicament, vous ne pouvez pas dire si ça va être un succès ou pas.* • *On parle scientifique et non argent. Il faut un équilibre mais vous ne pouvez pas dire à l'avance si une voie de recherche est bonne ou non.* • *Alors où est la morale ? Le bon sens ? La santé du patient là dedans ? Eh bien ça n'existe plus.* • *Le travail que l'on me demandait était quasiment impossible à faire. « Il y avait une demande qui n'était plus raisonnable » « pas réalisable, ni par moi, ni par un autre ».* • *[La hiérarchie] ...avait une mauvaise appréciation des faits, du travail à faire. Il n'avait jamais le temps d'écouter. Quelque part, cela incitait à se poser la question si cela n'avait pas un petit parfum de mépris. Ce que vous avez déjà fait, ce que vous savez faire n'est pas pris en compte.* • *Je travaillais sur un sujet pendant 6 mois, du matin au soir, ce qui est en soi un privilège rare à notre époque.* • *J'étais dans un campus où il y avait des centaines et des centaines de personnes, une seule a su déceler que je n'étais pas bien.*	• *Je ne leur [aux hiérarchiques] faisais pas tellement part de ma problématique [le décalage entre le travail réel et le travail prescrit].* • *Je me suis ouvert. J'ai parlé. [au collègue]* • *[Le psychothérapeute] Excellent, je suis resté longtemps avec, même après mon prozac, ça m'a beaucoup aidé.*	• *Je ne voulais pas avoir contact avec qui que ce soit car ce contact était pour moi un stress et je voulais couper ce stress.* • *Quand on est au bout du rouleau c'est horrible.* • *Le stade final pour moi ça a été une espèce de prostration, une volonté de prostration. Je voulais me recroqueviller sous mon bureau, fermer la porte à clef et attendre. C'était vraiment le besoin et le désir de me couper de tout.* • *Quand vous n'avez même plus envie de vivre… c'est énorme.*

④ CHARLES, 62 ans, cadre supérieur dans le secteur bancaire

plaisir intense au travail, acceptation des aspects négatifs du travail

❶ ENGAGEMENT
(satisfaction intense au travail : vigueur implication absorption)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
De 1979 à 2003 : évolution rapide et postes à fortes responsabilités jusqu'à devenir directeur dans le domaine de la gestion obligataire hors assurance. • changement de secteur d'activité en 2000 • **2003 :** accepte la proposition de poste de directeur des investissements, forte implication forte motivation, atteinte d'objectifs ambitieux • découverte de pratiques douteuses, alerte la hiérarchie, sans effet	• engagement enthousiaste, forte motivation, • demande de soutien et de clarification sur les pratiques auprès de la hiérarchie • engagement important	Aucune
• *J'ai eu toute la gestion obligataire de la banque, hors assurance, donc avec des équipes importantes, des clients un peu partout dans le monde, un truc passionnant.* • *En 2003, le directeur du département m'a proposé d'être directeur des investissements.* • *Il y avait beaucoup de choses à faire et j'avais quartier libre. J'ai toujours été responsable et aimé les responsabilités, découvrir, animer et stimuler les choses : c'était parfait.* • *En 2000, j'ai dit : « ça fait beaucoup de temps que je fais la même chose et même si j'ai beaucoup progressé dans cet univers, l'entreprise s'est développée à l'international et a changé, moi j'aimerais faire autre chose et je suis devenu directeur du marketing institutionnel.* • *Certes très exposé au niveau stress mais bon pour moi en tout cas car très stimulant intéressant, très entrepreneurial.* • *Assez rapidement, je me suis rendu compte que les dés étaient pipés.* • *On voulait me faire signer des opérations en se disant il vient d'arriver donc il ne va pas trop regarder. Or vu l'expérience que j'avais et mon tempérament/caractère, c'était impossible.* • *J'ai commencé à dire « moi telle chose si je n'ai pas assez d'infos c'est non »* • *J'ai argumenté et remonté à la direction mais il ne s'est pas passé grand-chose.* • *J'ai monté des trucs informatiques, les gens étaient très contents mais seulement les professionnels qui voulaient travailler proprement. Sauf qu'il n'y avait pas que ça…*	• *Je me suis inquiété. A un moment, ça faisait 3 ans, c'est arrivé à un point tel que j'ai demandé un bilan à mon patron.* • *J'ai dit que je n'étais pas d'accord avec un certain mode de fonctionnement, que j'étais content de venir mais qu'il y avait des modes de comportement et de décision avec lesquels je ne pouvais continuer.* • *Moi en ce qui concerne le boulot, j'ai toujours été… je ne sais pas si on peut dire hyperactif mais très actif en tout cas.* • *Moi ce qui me fait souffrir c'est les valeurs affichées par l'entreprise et ce qui s'y passe réellement. Il y a un grand écart.* • *Ce qui est curieux c'est que systématiquement on dit que c'est l'écart avec les nôtres. C'est une manipulation pour dédouaner l'entreprise.*	

Persistance du plaisir au travail mais qui se nuance progressivement par l'apparition d'anxiété

② SURENGAGEMENT

(= envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail / augmentation proportionnelle de l'anxiété (augmentation du travail excessif)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **2003 à 2005** : persistance des anomalies avec mises à l'écart sur certains sujets • **Fin 2005 :** demande de mutation • aucune réponse de la DRH • mise à l'écart délibérée par ses collègues et isolement croissant • management directif voire autocratique, infantilisant • consignes de pratiques malhonnêtes	• émergence d'anxiété du fait de conflits de valeurs • «s yndrome du travailleur sain » : demande à sortir du milieu pathogène • refus de coopérer et d'exécuter des actions malhonnêtes • Maintien de lien dans ses équipes, motivation et implication dans le respect de ses valeurs et des valeurs affichées par la direction de l'entreprise.	• anxiété
• *C'était des dysfonctionnements : commissions, opérations/coups tordus qui permettaient d'encaisser de l'argent. Je n'ai jamais été contre qu'on gagne de l'argent mais pour un service convenable. Je n'ai jamais considéré que le vol puisse faire partie des choses qu'on devait faire.* • *Il fallait trouver une solution sans faire d'incident sachant que j'étais candidat pour partir. Là les choses ont commencé à se gâter sensiblement…* • **Fin 2005.** *Je demande à voir le responsable des cadres et la DRH.* • *Rien ne s'est passé. J'ai relancé mais je suis resté sans nouvelle.*	• *Je lui ai dit [à son patron]: on a des contrats de service avec une rémunération, donc la rémunération est justifiée par le service que l'on rend ; si on ne regarde pas la prestation, ça ne va pas. En plus, le prix est fixé, je ne vais pas essayer de faire des magouilles pour que le prix fixé soit double ou triple de ce qui apparaît, même un centime de plus ce n'est pas correct.* • *Il fallait trouver une solution sans faire d'incident sachant que j'étais candidat pour partir.*	
• *Des gens, des jeunes, enfin des gérants parce que j'avais plusieurs équipes, sont venus me voir discrètement, dans un espace caché. Ils m'ont dit : « il ne faut surtout pas qu'on nous voie discuter avec toi, on a interdiction de te parler ».* • *En entretien, mon patron m'a donné les modes de fonctionnement. En gros on commençait toujours par : « Claude, tu n'as rien compris ».* • *L'idée c'était que je ne communiquais pas assez, au sens de raconter des âneries et avec suffisamment de foi et de conviction pour les faire avaler à chaque fois* • *Y'a une seule chose qu'on te demande « le matin, tu te poses la question du combien je vais piquer, et le soir tu fais le point sur combien j'ai piqué. Tout le reste on s'en fout.* • *[mon patron me disait] : Moi je te demande faire un truc tu le fais et si tu as 60 personnes en dessous, elles le feront et elles n'ont pas de question à poser. Si tu me dis dans telle équipe ils pensent que… ce n'est pas la question, ils n'ont pas à penser.*		

❸ RUPTURE

(acharnement frénétique, obstination sans plaisir ; niveaux de travail excessif et travail compulsif maximaux)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **2005 :** mise à l'écart progressive en parallèle de réorganisation du secteur avec réaménagement des locaux, exclusion des réunions et des flux d'infos, • exclu de l'organigramme, • apprend a posteriori et presque inopinément qu'il a un nouveau hiérarchique • aucun bureau ne lui est attribué pendant 4 mois,	• respect de ses valeurs, refus de collaborer • continue son activité • quelques mouvements de résistance • pas de sollicitation d'aide auprès d'IRP, ou médecin du travail ou syndicat • demande de rendez-vous à son DG et réitère sa demande de départ	• fatigue physique, anxiété • arrêt de l'activité sportive • céphalées en casques • pensées de souhait de tomber gravement malade • incapacité à maintenir le lien social • augmetation de la consommation d'alcool
• **fin 2008 :** • redemande de départ, refus du DG qui l'oriente vers la DRH • proposition de bilan de compétence • propos de la DRH avec menaces sous-jacentes • absence de proposition de poste malgré ses demandes • au retour d'arrêt maladie, pas de poste ni d'activité proposés, pas d'accueil organisé pour son retour, hiérachique non précisé	• soutien familial solide • **fin 2008 :** consulte le médecin du travail qui le suit et l'oriente vers médecin psychiatre en mars 2009 • mis sous traitement par médicaments antidépresseurs • **mars 2009 :** arrêts de travail pendant 15 mois, tentative de reprise en 2010 • **fin 2009 début 2010 :** reprise des activités de loisir, sociales, etc • se met en situation : *promenades à proximité du site de l'entreprise association, me repromener autour des locaux, pour faire tomber les peurs.*	
• *Après, on m'exclut de plus en plus d'un certain nombre de choses et de circuits.* • *Je disparais de l'organigramme.»mon bureau est attribué à quelqu'un d'autre.* • *Je reçois un mail d'un gars (...) mon patron me dit « J'ai dû oublier de te dire que ton patron maintenant c'est lui ».* • *[au bout de 4 mois] je finis par avoir quelque chose de provisoire. (un bureau).* • *Regarde , sur le plan on a trouvé un emplacement pour toi, tu as vraiment de la chance car on avait un stagiaire et finalement il ne vient pas pendant cette période. C'est là ! C'était l'endroit le plus sombre (…) en face d'un mur.* • **fin 2008 :** formation des cadres sup de l'entreprise à la gestion du stress	• *Je n'ai jamais été contre qu'on gagne de l'argent mais pour un service convenable. Je n'ai jamais considéré que le vol puisse faire partie des choses qu'on devait faire.* • *Ça a duré plusieurs mois, il a fallu batailler [pour avoir un bureau]… surtout qu'ils m'avaient fait plein de coups.* • *J'ai envoyé un peu promener tout le monde.* • *Je demande un rendez-vous [au DG] J'écris : « concrètement, moi j'ai des choses à vous dire là-dessus. Il y a des moments où l'entreprise doit se poser la question : si on détecte des problèmes de stress, il y a peut-être des problèmes dans l'entreprise. En tout cas, dans certains secteurs de l'entreprise.*	• *Ah si je pouvais me prendre un bon truc, une bonne maladie qui me foute par terre définitivement, ça serait une bonne chose.* • *J'avais vraiment envie de le faire car j'aime la musique mais j'y allais et j'avais peur d'être en contact avec des gens. C'était non raisonné.* • *[l'alcool] Donc c'est vrai qu'à un moment je me suis posé la question, et ma femme me l'a fait remarquer. La tentation est forte, moi c'était l'alcool.*
• *Il y a des dossiers très lourds, vraiment très lourds… je parle de choses très graves. Finalement, je monte des dossiers que je diffuse. Ça commence à chauffer et je finis par être interdit de faire ces travaux là et de les diffuser. En gros, interdiction de travail, si je pouvais ne pas mettre les pieds au bureau c'était même mieux. Plus convoqué aux réunions, etc* • *On est convoqué par le patron : voilà, on a un programme pour sensibiliser les cadres supérieurs, soit 2000 sur 30 000 personnes en général, sur ce qu'est le stress.* • *[le bilan de compétences] C'était n'importe quoi, j'ai refusé la méthode puis on arrive à faire un truc mais, le problème c'est ça ne change rien au problème.* • *[à la fin du bilan] Elle [la RRH] me dit « Mr M n'oubliez par une chose : il y a un proverbe qui dit que : chaque fois que vous évitez la mort vous vous renforcez » vous voyez ? Donc elle me dit, « eh bien, ne croyez pas ça ». En gros ça voulait dire : vous êtes en train de vous exposer à des problèmes, pour l'instant vous vous en sortez mais ne croyez pas que vous allez toujours vous en sortir. Pour de la RH…* • *[à son retour d'arrêt maladie] Je préviens le nouveau patron et le directeur du personnel de mon retour, pas de nouvelle.* • *Je ne savais pas très bien si j'avais un patron, personne n'était au courant de mon retour.*	• chorale	

❹ ÉPUISEMENT
(effondrement intérieur, décompensation en mode aigu)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
2010 : le secteur de la banque dont il dépend est racheté par un concurrent Reprise avec accord du médecin du travail en **juin 2010** : nouvelle organisation, nouvelle hiérarchie, pas d'accueil • 3 jours après son retour, convoqué par le directeur qui lui annonce qu'il n'a aucun poste à lui proposer en gestion, l'oriente vers la recherche de poste au commerce et lui sugère de partir avec le futur plan de départ volontaire • **en février 2010 :** reçoit un courrier de l'avocat de l'entreprise qui le met en cause • **septembre 2010 :** le RH lui propose finalement un entretien de définition de fonction • proposition de poste sans lien avec ses compétences • accepte le poste, effectue les tâches demandées, • **fin 2010 :** n'a plus accès à aucun de ses dossiers arrêt de son accès aux outils informatiques (sur instruction) • **en 2011 :** reprise du travail, toujours sans accès à ses anciens dossiers. Décide de travailler sur des nouveaux dossiers et remonte des « dysfonctionnements graves » au CA de l'entreprise • Réception d›une lettre de licenciement	• croyance en une reprise possible dans de bonnes conditions • accepte le poste d'ingénieur inadéquat avec ses compétences • effectue les tâches prescrites rapidement • plusieurs demandes de pouvoir réutiliser ses dossiers informatisés	• anxiété, angoisse,dépression, • pensées intrusives, troubles de la concentration • pas d'idées suicidaires mais souhait de tomber gravement malade • fatigue intense • dette de sommeil importante • douleurs musculaires, douleurs thoraciques, douleurs abdominales • peur sociale • sentiment d'inutilité
• absence de soutien des collègues par insécurité socio économique : peur de ne pas faire carrière, de ne pas être augmenté, d'être sanctionné (chantage au bonus)…	• Après réception de la lettre de l'avocat de son entreprise, s'adresse un avocat pour le défendre • Consulte le médecin du travail qui l'oriente vers le médecin traitant : 4 mois d'arrêt • Reprend le travail, travaille sur des dossiers et remonte des dysfonctionnements, • Persiste dans ses actions d'alertes sur les dysfonctionnements • Refuse de coopérer à des projets non conformes aux règles	
• *Je préviens le nouveau patron et le directeur du personnel de mon retour, pas de nouvelle.* • *Je ne savais pas très bien si j'avais un patron, personne n'était au courant de mon retour.* • *Je suis rentré en juin 2010 jusqu'en septembre 2010, je n'avais aucune indication sur ce qu'il y avait à faire. Un moment on m'a dit c'est moi qui suis responsable de toi et quand j'ai demandé ce qu'il y avait à faire on m'a répondu « rien ».* • *Trois mois après mon arrivée, je reçois un truc écrit par leur avocat de 10 pages, des choses atroces, affreuses.* • *Pas de place pour moi, il ne chercher personne en gestion.* • *On m'envoie un mail me demandant un rendez-vous pour définir mes tâches.* • *On me propose un poste d'ingénieur financier, je n'ai jamais été ingénieur financier et je le leur ai dit.* • *Je reviens 4 mois après. Je n'avais toujours pas d'outils pour continuer ce que j'avais développé.*	• *Je leur avais pourtant expliqué la situation et je leur ai dit que pour moi, ce qui c'était passé n'était pas à cause d'eux, que j'étais prêt à travailler dans de bonnes conditions.* • *A ma reprise (après 4 mois d'arrêt), comme je ne pouvais pas continuer ce que j'avais mis en place, je regarde les autres outils* • *L'été passe. J'ai fait 5 dossiers de dysfonctionnement assez lourds.* • *Je vois deux fois le nouveau directeur de la déontologie qui m'écoute mais ne dit rien.*	
• *Quand j'ai demandé ce qu'il y avait à faire, on m'a répondu rien alors que je savais bien qu'ils avaient des réunions et allaient à droite et à gauche.* • *En gros c'est du chantage : « tu ne signes pas, ton bonus 0, promo 0 et tu peux faire tes bagages ».* • *J'ai des collègues qui ont trouvé affreux ce qui m'arrivait mais m'ont répondu : « moi je suis jeune marié, je ferme ma gueule ».*	• *Le pire pour moi c'était ça : me couper les moyens de travailler. C'était pire que tout ce que j'avais vécu avant.*	

⑤ MARION, 58 ans, manager

❶ ENGAGEMENT
(satisfaction intense au travail : vigueur implication absorption)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **1975 : Embauche -> 2010 (35 ans)** : *«belle évolution de carrière : tout va bien, activité syndicale reconnue et non pénalisante»* • **2010/2011** (1 an): mutation régionale aceptée et management d'équipe MAIS reconnaissance manifeste de la direction • Accueil non préparée, poste non défini • Climat «de terreur» / management dévalorisant • Jalousie du N+1	• Active : • Investissement ++, Challenge • Désir de bien faire, de réinstaurer un climat de confiance • Tentative de rééquilibrage face à une direction «trop reconnaissante»	RAS
• *J'ai découvert une équipe internationale et je me rappelle qu'à ma présentation, ils ne savaient même pas que j'allais venir. J'ai mis en place en place, c'était un gros travail. Ça a duré 1 an et ça s'est tellement bien passé avec l'équipe. (...) L'équipe était cassée, brisée et finalement, ils étaient harcelés au quotidien. [le N+1] arrivait le matin, il leur disait : « vous êtes tous des nuls, je ne peux rien faire avec vous ». Ses méthodes de management… Je lui disais la première année qu'il ne pouvait pas parlé comme ça à son équipe, ils sont convaincus qu'ils sont nuls.* • *J'avais donc 120 personnes à manager et avec mon mode de management, je vais les protéger. Au moins je ferais tampon en cas de problème. Il m'a confié le centre. C'était un challenge pour moi. J'ai accepté et tout laissé derrière moi.* • *Le directeur était content j'avais réussi à mettre une équipe au travail. (...) Ils m'ont complimenté en disant : « de toute façon il n'y a qu'elle qui travaille ». Ça a créé un conflit ouvert, j'étais devenue une rivale pour tous les autres.*	• *La charge de travail était importante oui, mais ce n'était pas pour me déplaire. C'est quelque chose qui correspond à mes attentes. (...) Au contraire, c'est plutôt l'ennui qui me gênait. La gestion des difficulés me plait car c'est un beau challenge.* • *[la direction] était fière de son recrutement mais elle a cassé les autres en me mettant sur un piédestal. J'ai passé toute l'année suivante à essayer d'arrondir les angles car personne ne m'a fait de cadeau.* • *La direction qui me connaissait déjà, a eu la maladresse de rester vers moi. (...) Je suis montée au bureau de la secrétaire et il m'a dit que ça ne lui avait pas plu. J'ai compris que je lui avais pris la vedette et que ça ne passait pas.*	

❷ SURENGAGEMENT

(= envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail / augmentation proportionnelle de l'anxiété (augmentation du travail excessif)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **2011 (5 mois) :** réorganisation -> nouvel organigramme • Lourde charge de travail /manque de moyen • Exclue des prises de décision	• Résolution de problème: • ▶incompréhension, remise en question => Entêtement • ▶Solitude	• Emergence d'anxiété, rumination • Etat dysphorique et hypercontrôle des émotions
• *À partir de là, les choses sont compliquées... (...) Avant j'étais directement rattachée au directeur, ils venaient le matin avant que j'arrive et quand j'arrivais à 8h30.* • *Il est passe mon responsable et il ne me donnait plus aucune bille et ce durant 6 mois. J'ai senti que ça se dégradait. Un jour, je me suis retrouvée devant mon équipe et quand il me demandait où on en était sur un projet, je n'étais plus capable de leur répondre.*	• *En tant que manager, je n'allais pas leur [équipe de travail] dire que j'étais en difficulté mais c'était tellement évident que j'étais obligé de leur dire qu'il y a des choses qui se passent que je ne comprends pas. (...) Et que j'allais essayer d'en trouver les raisons.* • *J'ai continué à dire bonjour, à aller vers les autres même s'ils ne venaient pas chez moi. Quand je faisais quelque chose j'ai choisi de leur offrir. (...) Je leur en faisais profiter en me disant un jour, ils comprendront que je ne suis pas en concurrence avec eux.*	

③ RUPTURE

(acharnement frénétique, obstination sans plaisir ; niveaux de travail excessif et travail compulsif maximaux)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• Techniques de management pathogènes pervers de la direction : mise à l'écart, sabotage car impossibilité de travailler / aucune information, absence de feedback • Absence de soutien des collègues et de la direction	• Persistance dans le travail • Rupture: arrêt une semaine par médecin généraliste, prolongé 1 mois. • En contrepartie : Investissement dans un sport	• Sentiment d'impuissance, perte de contrôle • Angoisse diffuse pour se rendre au travail, pas de difficulté pour dormir • Explosion émotionnelle (crise de larmes) • Difficulté de concentration • Idéations suicidaires
• *Je ne pouvais pas imaginer qu'un directeur puisse ne pas etre content que ça aille mieux dans son entreprise. En fait, le problème c'est que ça allait mieux certes mais ce n'etait pas de son fait.* • *Je ne me suis pas toujours entendu avec mes directeurs mais on s'est toujours entendu sur le travail, sur un cap à tenir. Là il n'y avait plus de possibilité, plus de branche à saisir... Ca peut arriver qu'on ne s'entende pas avec quelqu'un, mais on est salarié, on est là pour le travail et on fait. Là je ne pouvais plus rien faire...* • *Je me suis rendue compte du sabotage quand on m'a demandé de parler d'un sujet, j'ai répondu qu'il n'était pas commencé et on m'a dit : «mais si Marion, il y a ça et ça qui est fait». Là j'ai compris et j'ai pleuré.* • *Il n'y a pas longtemps, j'ai appris que la personne qui m'a remplacée a eu toutes les infos que j'avais demandées et n'avais pas reçues. Elles existaient donc bien... J'ai vraiment compris à ce moment là.*	• *C'est la première fois de ma vie où je traversais le plateau et pour la première fois, je me suis mise à pleurer. (...)Troisième fois que je me suis mise à pleurer, j'ai compris que je ne pouvais pas continuer comme ça. Le médecin du travail m'avait conseillé de m'arrêter.* • *Je suis quelqu'un qui ne m'étais jamais arrêtée, même avec deux chevilles cassées. Le soir je travaillais jusqu'à 22h.* • *Pour moi, quand je ne réussis pas quelque chose, il faut que je réussisse autre chose en parallèle. Je me suis mise en golf. (...) Au lieu de me lamenter dans ma maison, je vais partir au golf, ça prend du temps, 5h par jour. Au bout d'un mois, je pleurais moins, je n'étais plus dans la boîte.* • *Quand j'ai été prolongé pour un mois, le médecin avait compris. Moi j'étais toujours : « petit soldat, ils n'arriveront pas à me démolir. Sauf que…*	• *J'ai toujours su trouver des branches pour maintenir ma ligne de conduite. Là, ils étaient arrivés qu'à un moment donné, je n'ai plus vu la branche…* • *3e fois que je me suis mise à pleurer, j'ai compris que je ne pouvais pas continuer comme ça. Le médecin du travail m'avait conseillé de m'arrêter. (...) J'ai compris lorsqu'à un moment je n'ai plus pu passer la porte de l'étage. Encore maintenant, volontairement, je n'ai plus jamais passé le plateau.* • *Ça a eu un impact sur ma santé, ça m'a complétement bloqué le dos, j'ai du mal à marcher, ça s'est aggravé. Même le raisonnement, la confiance en moi, plein de chose ne sont plus là, ça n'existe plus.* • *J'ai quand même réussi à monter sur les falaises et j'ai compris les gens que se suicidaient. J'ai beaucoup pleuré, c'est tres douloureux, encore aujourd'hui. J'ai compris comment les gens peuvent sauter le pas... On ne maitrise plus rien. Je me suis dit que ce n'était pas moi, je ne comprenais pas ce que je me disais (...) Il y a la falaise et là c'est fini, tu n'as plus à essayer de comprendre ...*

❹ ÉPUISEMENT
(effondrement intérieur, décompensation en mode aigu)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **Fin 2009 :** Situation alarmante de l'entreprise : démissions, tentatives de suicide • Appel à cabinet d'experts • Nombreux appels du siège pour comprendre	• Arrêt de travail prolongé, 4mois => Prise de recul • Reste en contact avec entreprise pour expliquer > Refus de reprendre le travail en présence du directeur => Réaction du siège après X mois d'arrêt > Prise de conscience / lecture d'un article sur « le pervers narcissique »	• Physiques : perte d'énergie, difficulté à la marche, maux de dos, douleurs musculaires et troubles gastriques • Emotionnelles : difficulté de concentration, troubles de l'humeur, perte d'optimisme, idéations suicidaires • Interpersonnelles : repli sur soi, méfiance • Attitudinales & comportementales : hyperactivité avec phases dépressives, Investissement sphère sportive (golf)
• *On était 5 managers à l'état-major, j'étais donc arrêté depuis 2 mois. Un deuxième a fait une tentative de suicide, un autre s'est mis en arrêt durant 3 mois et l'autre à voulu à se battre. Il ne restait plus que ses trois fidèles…* • *On se parlait beaucoup au téléphone. [la direction au siège] a compris qu'ils n'avaient jamais regardé ce qu'il se passait à Valence. Ils croyaient que ça se passait bien car le directeur ne remontait que les infos qu'ils voulaient bien remonter. (...) lui ai dit la réalité et il n'avait effectivement pas le reporting sur le plan organisationnel et sur le plan du management. C'est aussi parce qu'on me connaissait bien car je venais de Paris, que les infos ont fini par être prises au sérieux. Ça, renforcé par l'absence des trois autres managers, des rapports RPS ça a fini par être entendu.* • *Au siège, il ne voyait pas ce qu'il se passait mais quand le cabinet d'expertise a fait son travail, avec les nombreuses absences et les constats de la médecine du travail, il était obligé de voir et d'agir.*	• *Le cabinet des RPS avait rendu un rapport, la médecine du travail à Valence était intervenue, tout le monde s'en était mêlé et je leur ai dit : « dans ces conditions, tant que vous n'avez pas pris les décisions qu'il faut, je ne reprends pas.* • *J'ai un des managers qui était sorti, qui était allé voir un psy et il est venu me voir. Il m'a donné un article à lire sur le pervers narcissique. J'ai pris un papier et un crayon, j'ai mis pervers narcissique et victime de l'autre et je me retrouvais complètement là-dedans.*	• *J'étais incapable de lire un article, quel qu'il soit... J'allais au cinéma, je m'endormais. Intellectuellement, je ne pouvais pas* • *Je faisais 5H de golf mais je n'étais pourtant pas capable de lire. Je n'arrivais pas à mémoriser une phrase que je lisais. Mes comptes en banque, c'était une catastrophe, j'ai tout laissé filer. J'ai payé mes parcours de golf, voiturette, restau, je me suis dit tu vis ! Mes comptes en banque ont filé mais ça m'a sauvée.* • *Quand j'étais en arrêt de travail, ma mère ne le savait pas, je voulais me débrouiller seule. Ça ne me traversait pas la tête de demander de l'aide... Je ne voyais rien. Et on m'aurait dit : «tu vis des choses compliquées au travail mais ne te plains pas, tu as un travail... tant qu'on ne passe pas entre les mains de ces gens-là [pervers], on ne peut pas comprendre. Moi-même je ne pensais pas.* • *Au bout d'un mois, je pleurais moins, je n'étais plus dans la boîte. Je m'étais rendue compte que j'avais absorbé beaucoup de choses…*

⑥ ANNE, 31 ans, chef de réception et attachée commerciale

❶ ENGAGEMENT
(satisfaction intense au travail : vigueur implication absorption)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• **1999 : embauche -> 2011 (12 ans) :** embauchée après un stage, évolue rapidement vers poste de chef de réception / attachée commerciale d'un hôtel : *« j'ai presque grandi là-bas »* • Patron « relativement extraordinaire » et « équipe avec de l'ancienneté », attachée à l'hôtel • **Septembre 2011 :** Contexte de changement : Départ du patron / rachat de l'hôtel : dernière mission confiée : *« vous allez être leur soutien, leur pilier »* • Absence DA, responsabilité ++ car seule référente • Réorganisation du travail (primes, obligation de noter ses heures etc.)	• Implication, souhait de soutenir, de guider les nouveaux patrons	RAS
• *J'ai presque grandi là puisque j'ai 32 ans. Je suis sortie du bac et je suis rentrée là-bas.* • *Je suis rentrée là-bas j'avais 19 ans. C'est mon premier employeur, mon premier emploi. C'est quelqu'un qui m'a fait confiance, j'ai gravi les échelons de stagiaire payé 10 € par jour à chef de réception et attaché commercial.* • *Le patron est parti à la retraite en 2011, il a vendu l'hôtel à des personnes qui n'étaient pas du métier et il m'a dit : « il faut que vous les aidiez, ils n'y connaissent pas grand-chose, vous allez être leur soutien, leur pilier ». Chose que j'ai pris vraiment à cœur : apprendre à mes nouveaux patrons le métier.* • *Notre attaché de direction, le directeur adjoint est tombé malade, donc je me suis retrouvée la seule avec les patrons. J'étais leur seul référent.*	• *Il a fallu que je les aide et j'ai pris ça très à cœur, de les aider, de leur apprendre mon métier. J'ai noté mes heures car pour eux c'était une obligation, même si avec mon ancien patron je ne les notais pas car on reprenait quand on voulait.*	

❷ SURENGAGEMENT

(= envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail / augmentation proportionnelle de l'anxiété (augmentation du travail excessif)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Octobre à mi-janvier (3,5 mois) : • Restriction budgétaire et réorganisation totale du travail avec réattribution des tâches => perte de contrôle (prime, reporting horaire, obligation d'être toujours joignable) et de sens. / Absence de confiance => prise d'activités, dénaturation du travail • Aggravation des conditions de travail, travail inadapté => plaintes salariés • Climat social détérioré : conflit avec le personnel pour maintenir la cadence, clivage direction/personnel, absence de reconnaissance et de soutien, reproches => isolement des managers • Surcharge de travail : heures sup : *« une 100e en 4 mois »* • Démission DA / cause dépression	**Résolution de problème :** • Sentiment d'oppression, conflits avec les équipes et dans sa vie privée, stress • Difficultés à gérer vie privée (fille en garde alternée) • MAIS, intériorisation des conflits, prise sur soi pour aider nouveaux patrons = honorer mission confiée • Omniprésence du travail : rumination ++	• Emergence du stress, anxiété : sentiment d'impuissance => tabac ++ • Sous tension, irritabilité • Hyperactivité cognitive : pensées intrusives, inefficacité, ruminations • Culpabilité ++ / équipe, mouvements agressifs • Insomnies : prise de cachets
• *Avant le matin, on avait droit à un petit déjeuner, le directeur achetait 1 à 2 baguette(s) pour qu'on le mange avec de la confiture, et bien c'est une des premières économies qu'ils ont faites, deux baguettes. (...) Par contre, ils nous ont imposé des tenues.* • *A partir du mois d'octobre, on avait 22 min de pause, avant on s'arrêtait quand on voulait, là c'était imposé.* • *Ce que j'aimais faire, ils me le prenaient, c'était eux qui le faisait et ils me donnaient des choses à faire, que je n'avais pas plus envie que ça. Ce n'était pas mon travail avant mais mon travail maintenant.* • *En décembre, quasiment tout l'établissement était contre eux. Moi je continuais encore un peu à les défendre avec mon binôme. On expliquait à l'équipe qu'ils étaient dans une position difficile, que ça allait s'arranger. Le truc c'est que rien ne s'est arrangé...* • *Mon responsable... ils ont réussi à le faire partir au bout d'un mois pour dépression.* • *La direction voulait lui changer ses horaires, le passer au soir. J'ai réussi à lui laisser son poste, je me suis vraiment battue pour lui, jusqu'au jour au jour où il a pété les plombs. J'ai fini par lâcher en disant aux patrons de le « laisser dans sa merde, qu'il n'en vaut pas la peine car il ne fait que de vous salir, que ça ne sert à rien ». Je me suis mis mon responsable à dos alors que c'était un ami…*	• *Comme je voulais les aider, j'ai continué de subir puisque quand je leur expliquais mes désaccords ils répétaient : « vous vous rendez compte, vous vous avez un salaire, nous non. (...) J'ai quand même fait une centaine d'heures supplémentaires en 4 mois. (...) Dire non ce n'était pas possible, je n'y arrivais pas… J'avais tellement envie que ça se passe bien que voilà… [l'équipe] était limite des sources de conflit... des fois vous avez envie de dire « va voir ailleurs… tu ne veux pas m'écouter et bien je m'en fous, va te débrouiller avec eux ».* • *J'ai commencé à avoir un téléphone 24h/24 à côté de mon oreiller pour répondre, même pendant les congés mais c'était sans aucune gloire… même pire. C'était même pire car si je ne répondais que 2H après, je me faisais engueuler. Même si j'étais en congé, dans ma piscine, il fallait que je réponde tout de suite. (...) Moi, je leur exprimais mon avis, que les personnes ne se foutent pas, on avait tous minimum 10 ans d'ancienneté dans l'hôtel, il n'y avait pas de turnover, c'était des gens plutôt attachés à l'établissement. Pour eux non, ce n'était pas ça.* • *J'avais négocié des horaires car j'avais ma fille en garde alternée, eux ils n'en ont plus voulu. (...) Je suis un peu rentré en conflit avec ma famille et mon conjoint parce que je ne faisais que penser au boulot. Je rentrais je bossais encore parce que ce que je n'avais pas eu le temps de faire, je le faisais à la maison. Je ne pensais qu'à ça, le boulot c'était 95% de mes pensées.*	• *Mon cerveau marchait tout le temps, il ne s'arrêtait jamais. Il n'y a pas très longtemps, il a commencé car je prenais des cachets pour m'endormir car ce n'était plus possible.* • *J'ai tout fait pour les aider et à chaque fois ils se plaignaient que l'hôtel allait mal, qu'il y avait trop de personnel et qu'il fallait le restreindre.*

❸ RUPTURE

(acharnement frénétique, obstination sans plaisir ; niveaux de travail excessif et travail compulsif maximaux)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Mi-janvier à mars 2012 (2,5 mois) : • Sentiment d'injustice < injonctions paradoxales • Faute sur la direction : *"l'établissement est tenu par des incapables"* • Travail weekends (hors contrat) refuse MAIS obligée d'accepter : explosion émotionnelle, colère, extériorisation < manque reconnaissance • Suspicion de manipulation	**Renoncement :** • Mode automatique avec tics agressifs et prises de médicaments • Résignation • Ne pense pas à chercher du travail ailleurs car son attention est focalisée sur "sa mission" • Angoisses et difficultés pour venir travailler	• Prise de conscience / début problèmes de santé • Manifestations physiques : insomnies, migraines, conjonctivites et cystites à répétition, névralgie cervico-radiale due à la tension, perte de poids • Sentiment d'impuissance : non prise en compte plaintes des équipes • Solitude, dévalorisations, idéations suicidaires (facteur protecteur : "ma fille")
• *Un ex. de tâche, une de mes collègues était chargée de répertorier des fournisseurs pour trouver la tenue adéquate. Elle a fait ça pendant 3 mois et donnait l'état des lieux à madame. Un jour un monsieur est arrivé avec des tenues alors que ma collègue n'avait rien demandé.* • *Je pensais faire le maximum d'effort et elle venait m'attaquer sur le seul truc que je voulais garder. Elle a poussé le bouchon un peu trop loin. (...) Je me suis énervée et lui ai dit « qu'une solution, c'était une solution légale car sur mon contrat, ce n'était pas marqué ». Elle m'a ressorti qu'en tant que cadre je pouvais faire des efforts et là j'ai vraiment pété un plomb. (...) J'ai tout balancé.* • *On avait une alternante qui aurait dû téléphoner pour avoir son planning mais ne l'a pas fait. Je me demande si ce n'était pas calculé car elle devait venir travailler le weekend et n'est pas venue. Comme c'était marqué dans mon contrat qu'en cas d'absence de salarié je devais le remplacer, il a fallu que je vienne travailler tout le week-end.*	• *En janvier, je me suis rendue compte que je me battais contre un moulin à vent. Pourtant je continuais de me battre (...) Je venais quand même travailler (...) Je ne pensais qu'à ça. Je n'avais plus aucune vie sociale.* • *Je suis rentrée chez moi, j'avais tellement vidé mon sac que j'ai failli avoir un accident de voiture. Je ne sais plus comment je suis passée d'un point à un autre.* • *J'y allais tellement à reculons [au travail] que je n'arrivais pas à me retirer de l'esprit d'aller me mettre dans un caillou, en face. Je ne voyais pas comment me débarrasser de cette pression, de tout ça… à part en ailleurs un accident…*	• *Je me suis fait réduire la vessie par deux car j'ai tellement travaillé que vous n'allez pas aux toilettes, vous ne bougez pas. J'ai fait des cystites à répétition au point d'avoir 3 mois de traitement.* • *J'ai commencé ensuite à avoir des conjonctivites à répétition car je ne lâchais pas mon ordinateur dès 7h30 jusqu'à 15h30 voire 19h<.* • *Je continuais de me battre car je me levais tous les matins avec des migraines qui ne passaient pas, je prenais ma journée à prendre des médicaments. (...) Même avec un des plus forts médicaments ça ne passait pas. Je venais quand même travailler.* • *Il y a personne qui n'est là pour vous comprendre, vous assister et comment réussir vous-même à assumer le fait que vous êtes nulle... Ce n'était tellement pas possible que la seule solution c'était de partir en laissant penser aux autres que vous avez eu un accident de voiture.*

❹ ÉPUISEMENT
(effondrement intérieur, décompensation en mode aigu)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
6 mars (1jour) : journée de travail ordinaire MAIS incapacité physique à travailler	**Rupture :** • Manifestations physiques, sentiment croissant de frustration : prise de rdv médical => Arrêt de 15 jours • Déni de la souffrance éprouvée au travail	• Incapacité physique : névralgie cervico-bracchiale • Explosion corporelle: *"tout a lâché"* • Insuffisance surrénale, cystite, troubles d'anxiété généralisée, perte de poids • Forte culpabilité, mésestime de soi
	• *Je suis allée voir mon médecin généraliste mais j'ai quand même fini ma journée de travail et évité de me plaindre... de toute façon, il n'y avait qu'elle qui avait le droit de se plaindre.* • *Je lui ai longtemps caché [au médecin] que c'était à cause du travail, donc on a fait des recherches sur les névralgies cervicales radicales sévères. (...) Je ne pouvais pas lui dire à mon toubib que c'était à cause du boulot. Ce n'était pas possible.*	• *J'ai commencé à faire des névralgies cervico-bracchiales dues à la tension qu'il y avait, jusqu'au jour où je me suis arrêtée car je ne pouvais plus à du tout bouger le petit doigt, les deux mains… Je n'avais plus aucune tension dans les mains, je n'arrivais plus à taper, à rien faire.* • *Je me suis fait réduire la vessie par deux car j'ai tellement travaillé que vous n'allez pas aux toilettes, vous ne bougez pas. J'ai fait des cystites à répétition au point d'avoir 3 mois de traitement. Après mon arrêt j'ai tout qui a lâché. Ça partait dans tous les sens, j'ai fait une insuffisante surrénale, des cystites à répétition, vous savez ce que c'est les infections urinaires et bien moi j'urinais du sang. J'avais une semaine d'antibiotiques et au bout de 5 jours, ça revenait. Ca pendant trois mois. Je suis tombée à 41 kilos alors que je mesure 1m68. Avant je pesais 49 kilos.* • *Pour moi ce n'était pas le travail, pour moi c'était tellement moi qui était nulle, qui n'avait pas réussi à assumer ce qu'on me demandait de faire, la pression, qui n'avais pas réussi… il y avait tellement que moi... (...) Pour moi j'étais malade et c'était mon corps qui lâchait, juste parce que je n'avais pas assumé la pression.*

⑦ COLETTE, 46 ans, assistante commerciale

❶ ENGAGEMENT
(satisfaction intense au travail : vigueur implication absorption)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• Assistante commerciale • Service commercial puis mutation : niveau Agent de Maîtrise ► • Reconnaissance N+1, travail en confiance • Service en expansion, charge de travail élevée (physique: déplacments, port de colis; émotionnelle: sollicitations++, gestion du stress des managers, etc.) • Solitude : seule pour 9 managers	**Actives :** • Se sent redevable et travaille beaucoup	RAS
• *Je travaillais bien parce que j'étais très en confiance avec mon patron, je m'entendais très bien avec lui.* • *J'étais très sollicitée aussi beaucoup de charge mentale avec le stress que ça peut générer de la part des commerciaux mais aussi par moi. ►J'étais la seule assistante pour tout un service de … je dirais 9 managers et il y avait surcharge je dirais autant mentale que physique. Mine de rien je portais souvent des petits colis, j'avais beaucoup à me déplacer dans l'entreprise et voilà…*	• *C'était une vraie reconnaissance pour moi, j'en étais très satisfaite, ça me paraissait normal de donner beaucoup, inconsciemment* • *Je me dépensais sans compter pour mon boulot car j'avais un patron extra. Des fois on est malheureux au travail parce qu'on a de mauvais patrons, moi non… Je mettais beaucoup d'affectif dans mon travail.*	

❷ SURENGAGEMENT

(= envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail / augmentation proportionnelle de l'anxiété (augmentation du travail excessif)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
1998 à (DATE) : • Promotion : Responsable du service paye, toujours au niveau AM • Changement de service: service paye • Charge physique et mentale nouvelle • Travaille seule	**Actives:** • Hyperactivité • Sous tension • Empiétement vie prof -> vie privée, absence de loisirs • (travaille W-E + absence de vacances)	**Physiques :** • insomnies, dette de sommeil, troubles gastrique **Emotionnels :** • sous tension, stress, avec pensées intrusives, cerveau en constante ébulition
• *Comme je travaillais bien, il m'a fait avoir une promotion mais dans un autre service. Je suis passée du statut d'assistante commerciale à un celui de responsable, toujours niveau d'agent de maîtrise. Responsable d'un service paye. Et là, ça a pété.*	• *Je prenais, je ne me rendais pas compte* • *J'étais seule à l'époque… je n'avais pas de vie perso en fait, c'était tout pour le boulot, tout tournait autour du travail.* • *Je n'étais pas armée… je travaillais chez moi… ça faisait beaucoup de points… en plus économiquement ce n'était pas la fête. J'ai pas un niveau… (...) Je ne prenais plus de vacances, c'était vraiment, du travail sur du temps court, sans pouvoir me poser, je ne comptais pas le week-end.*	• *Ça s'est traduit par 3 jours sans dormir et puis physiquement, je n'arrivais plus du tout à avancer. C'est physique, je me suis arrêtée net.* • *Après, vous avez une tension qui est tellement forte que vous n'arrivez plus à vous décharger. (…) Oui c'est de l'hyperactivité oui, tout à fait. C'est lié à de l'engagement mais… Après vous êtes hyperactif, vous ne pouvez plus vous arrêter.* • *Vous ne vous arrêtez plus, le cerveau ne s'arrête plus. Moi j'étais incapable de poser ma cervelle, au contraire elle se mettait en route. C'est vraiment le stress qui fait ça.*

❸ RUPTURE

(acharnement frénétique, obstination sans plaisir ; niveaux de travail excessif et travail compulsif maximaux)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
• Maintien de la charge de travail	**Repli sur soi :** • Impossibilité de bouger, état léthargique • Isolement (ne mange plus à la cantine)	• Insomnies, sentiment d'être vidée « plus d'énergie » • Hyperactivité cognitive, ruminations, idées noires • Incompréhension, inefficacité professionnelle
	• *Il faut s'arrêter, vous ne pouvez plus rien faire. Et puis quand vous êtes chez vous, vous ne pouvez plus sortir, vous ne pouvez plus rien faire, vous êtes out, brûlé.* • *Je n'ai pas eu de comportement agressif. J'étais plutôt dans un comportement d'isolement. On s'isole… Moi je me rappelle, je ne mangeais plus à la cantine. (...) Aujourd'hui c'est des comportements qu'on sait identifier. Quelqu'un qui ne va pas manger avec les autres. Moi quand il y avait des pots, des trucs, je n'y allais jamais, je m'isolais. On s'isole, on y arrive pas et on ne se rend pas compte, en fait.*	• *J'avais l'impression que tout mon tube digestif était cramé, brûlé. Plus de jus, plus d'énergie, plus rien.* • *J'étais en situation complètement… vous ne vous arrêtez plus… d'un côté vous avez le mental qui est complètement à fond, dans une ébullition totale et le corps physique qui est anéanti. Il y a un paradoxe par le fait d'avoir un mental hyperactif et un corps qui ne répond plus.* • *Il y'a un brouillard qui se met en route, vous êtes anéanti. Déjà vous ne comprenez pas ce qui vous arrive… Enfin moi à l'époque je ne comprenais pas ce qui m'arrivait. vous ne pouvez plus bosser.(...) C'est un arrêt brutal, physique qui se produit. Vous ne pouvez plus avancer.*

❹ ÉPUISEMENT
(effondrement intérieur, décompensation en mode aigu)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
▶Incapacité physique à aller travailler	• Médecin généraliste => Arrêt de 3 mois : charge «trop forte» . Reprise du travail en **Mars 1998** • Stratégies actives : nombreuses visites médicales (MG,Psychologue, Homéopathe	• **Physiques :** Dette de sommeil, perte de poids • **Emotionnels :** angoisses, problèmes de concentration, problème thyroïde, asthme, idéations suicidaires • **Attitudutinale :** forte tension, perte de contrôle/ incompréhension, état léthargie avec incapacité à retourner au travail => Antidépresseurs
	• *Pour moi il se passait quelque chose de terrible, pourquoi tout d'un coup… ?*	• *Impossible de dormir c'est fulgurant ! C'est comme une flamme qui brûle tout, tout d'un coup la mèche s'allume et ça part dans tous les sens.*

⑧ OSCAR, 44 ans, contrôleur de programmes

plaisir intense au travail, acceptation des aspects négatifs du travail

❶ ENGAGEMENT

(satisfaction intense au travail : vigueur implication absorption)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Années antérieures : parcours classique en finance d'entreprise - Contrôleur de gestion - Responsable financier de filiale - Directeur financier de groupe… … mais remplacement de la direction générale, recherche de travail	**Année N-6 :** changement de secteur, prise de poste dans l'industrie • Contrôleur financier des contrats, poste sur 2 ans car jugé «fatiguant» • Charge de travail : 3 contrôleurs pour une centaine de contrats **Année N-6, N-5 :** stables • Implication	RAS
Je travaille dans la finance d'entreprise. *J'ai fait une grande école de commerce, puis un parcours classique en finance d'entreprise : contrôleur de gestion, responsable financier de filiale, directeur financier de groupe…*	• *J'ai retrouvé du travail dans l'industrie automobile comme contrôleur financier de contrats. (...) Quand j'ai été recruté on m'a dit : « vous ferez ça pendant deux ans car c'est assez fatiguant ». Quatre ans après on ne voulait pas me lâcher.* • *Les deux premières années, c'était une ambiance de PME, avec des circuits de décision courts. C'était plutôt agréable. En outre, il y avait un directeur général étranger.*	

❷ SURENGAGEMENT

(= envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail / augmentation proportionnelle de l'anxiété (augmentation du travail excessif)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Année N-4 : multiples réorganisations, changements hiérarchiques / absence de reconnaissance, déménagement des locaux • Toujours en poste malgré le changement promis. • Démission d'un collègue, non remplacé, augmentation de la charge de travail, déjà importante. • Conditions de travail dégradées : entassement du personnel (bureaux ind => Open-space), manque d'ergonomie des postes. • Organisation du travail isolante : délais de réclamation longs ; turnover important (formation de personnel sans suite), ordres de différents hiérarchiques sans concertation au préalable. **Année N-3 :** nouvelle organisation au bout de 2 mois alors qu'il faut 6 mois pour la différer • Rupture et accélération du rythme de travail	• Forte implication / responsabilité liée au poste, empiètement du travail sur sphère privée • Décalage perçu entre efforts/récompenses • Alerte à la direction de l'état de fatigue et de l'incapacité à travailler. • Incapacité à travailler car manque de temps, absence de perspectives / réorganisation => Perte de sens, climat de tensions.	• Accumulation d'une fatigue: mal aux yeux, N-4: troubles visuels, fatigue par le bruit; En N-3: «fatigue extrême», dos bloqué • **N-4 :** Difficulté de concentration, hyperactivité cognitive, amnésies passagères • Perte de sens dans le travail, frustrations, sentiment d'impuissance => extériorisation de l'agressivité, irritabilité, • Emergence de l'anxiété / Incapacité à travailler, objectifs inaténiables : rumination, difficulté d'endormissement
Année N-4 : • *Quand je suis arrivé j'étais seul dans mon bureau. Ensuite, il y a eu un déménagement, nous étions 3. Ensuite 10 ! Et 10 avec des équipes qui n'étaient pas sur le même rythme. Déjà, cette fatigue physique, matérielle. (...) Il y a de la place mais 100/150 personnes sur un plateau… Pour vous concentrer, même si les gens ne parlent pas fort, il y a les ordinateurs qui font du bruit, les téléphones qui sonnent, des va et vient.* • *Quand ce n'était pas mon chef qui me disait quoi faire c'était un autre directeur.* • *Nous étions 3 pour une centaine de dossiers et puis il y en a un qui a démissionné. En l'espace de 18 mois, j'ai dû former 5 personnes dont 3 ont démissionné. Il fallait évidemment continuer à fournir le même travail (...) L'autre étant en Allemagne, aussi en partance… J'avais donc 100 dossiers à suivre.* • *J'ai demandé des cloisons ça a pris 6 mois, c'est remonté à un DG qui ne comprenait pas qu'on ne puisse pas travailler sans cloisons. Même chose pour les écrans, j'en avais un cathodique, le médecin du travail a dit qu'il me faudrait un écran plat et il a fallu 1 an. Ça commence par ça, par cette fatigue-là.*	• *Quand moi je faisais un chiffrage, d'abord je travaillais avec les usines et puis quand on me disait : « prouvez-moi que l'on peut fermer cette usine », moi je n'étais pas là pour falsifier mais pour chiffrer, c'est mon métier, ma réputation. (...) Il [le travail] était partout… il y avait une telle charge, une telle pression que mon cerveau continuait à tourner en fait c'est ça... Il continuait à tourner… Et comme au bureau je ne pouvais pas travailler parce que j'avais mes collègues à former et toute la gestion…* • *Un jour j'ai dit que je ne pouvais pas faire le reporting et qu'il n'en aurait pas ce mois-ci. Une semaine après il y avait quelqu'un pour faire le reporting mais je leur ai dit « c'est bien gentil mais le temps que je forme s'il reste 1 mois… il sera formé quand il partira ».* • *Je leur disais : vous m'aviez recruté pour 2 ans et la ça fait 4 ans que j'y suis, je suis épuisé et vous ne voulez pas me laisser partir. Il y a même un RH du siège qui est venu pour éditer mon poste et il s'est rendu compte que je faisais beaucoup plus que l'organisme du dessous.* • *Non, je n'ai pas eu de prime… rien, rien… aucune reconnaissance…* • *On commence à bien travailler pendant deux mois et puis hop ça recommence. Je leur ai dit : vous savez bien qu'une organisation faut 6 mois pour la différer. Mais non… il n'y avait pas le temps, il fallait aller vite.* • *Donc en fait c'est des réorganisations permanentes et le grand jeu entre collègues c'était le « who is next ? » : qui sera le prochain à être éliminé.*	• *C'était très progressif et moi je me disais : « je suis fatigué et comme j'avais des congés, je prenais plus d'une semaine par mois ». (...) J'ai développé une très grande fatigue, mal aux yeux, fatigué par le bruit. (…) C'est la surcharge, ces nouvelles organisations, ces formations de personnes, aucune reconnaissance… tout ceci s'est accumulé, accumulé…* • *Début d'anxiété, un jour je suis arrivé au bureau et j'avais oublié mon badge, on m'a demandé dans quel service je travaillais et je ne savais plus…* • *J'ai retrouvé des dossiers que j'avais en trois exemplaires ; j'étais extrêmement irritable.*

② SURENGAGEMENT (SUITE)

(= envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail / augmentation proportionnelle de l'anxiété (augmentation du travail excessif)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Année N-3 : ▶Tout a commencé quand le DG au-dessus de moi a été viré. S'en est suivi d'autres licenciements de directeurs. Moi j'avais 3 couches au-dessus et ça changeait tout le temps. Chacun arrivait avec ses manies, *«si le précédent avait été viré c'est parce qu'il était mauvais et si vous êtes un bon professionnel vous auriez déjà fait ce que moi je vais vous demander».*		
Début année N-2 : changement de poste demandé et accepté = contrôleur programme (soutien RH) • Réunions tardives (22h) => Arrêt de travail • Tentative de reprise d'activité : bref aménagement de poste (calme, heures de disponibilité) et changement de hiérarchie • MAIS nouvelle réorganisation: nouveau changement de poste, reprise d'une charge de travail intense (dossiers lourds) + manque de place et bureaux non attribués => nouvel arrêt de travail + congés **Année N-2** • Inquiétude du groupe => proposition de poste fonctionnel => responsabilité de projet, pendant 9 mois **Année N-1** : rendu du rapport • ▶Critique du travail en public	• **Arrêt N-2 :** résolution de problème centrée sur les symptômes, retombée de la fatigue • Consultation médecin généraliste et prolongation par Médecin conseil CPAM + Médecin du travail • Psychiatre : antidépresseurs et anxiolytiques • incapacité physique et mentale à travailler, retrait, début du désinvestissement, présentéisme • responsable de projet dans une organisation claire • Projet: remobilise ses compétences, plaisir au travail	• Persistance des insomnies • Blocage cognitif / inquiétudes, angoisses ▶ nouveau poste, retombée de la fatigue => Epuisement généralisé, état léthargique «plus de force» • Forte irritabilité • Désengagement (signe de protection) • Perte de sens, conflit de rôles

❸ RUPTURE

(acharnement frénétique, obstination sans plaisir ; niveaux de travail excessif et travail compulsif maximaux)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Début année N-2 : changement de poste demandé et accepté = contrôleur programme (soutien RH) • Réunions tardives (22h) => Arrêt de travail • Tentative de reprise d'activité : bref aménagement de poste (calme, heures de disponibilité) et changement de hiérarchie • MAIS nouvelle réorganisation: nouveau changement de poste, reprise d'une charge de travail intense (dossiers lourds) + manque de place et bureaux non attribués => nouvel arrêt de travail + congés **Année N-2** • Inquiétude du groupe => proposition de poste fonctionnel => responsabilité de projet, pendant 9 mois	• Arrêt N-2: résolution de problème centrée sur les symptômes, retombée de la fatigue • Consultation médecin généraliste et prolongation par Médecin conseil CPAM + Médecin du travail • Psychiatre : antidépresseurs et anxiolytiques • incapacité physique et mentale à travailler, retrait, début du désinvestissement, présentéisme • responsable de projet dans une organisation claire • Projet: remobilise ses compétences, plaisir au travail	• Persistance des insomnies • Blocage cognitif / inquiétudes, angoisses ▶nouveau poste, retombée de la fatigue => Epuisement généralisé, état léthargique «plus de force» • Forte irritabilité • Désengagement (signe de protection) • Perte de sens, conflit de rôles
Année N-1 : rendu du rapport • Critique du travail en public • A l'occasion de ce changement de poste, c'était assez bien mais toute la fatigue était accumulée et est tombée totalement. En fait ça s'est passé à une réunion très tard le soir, à 22H30 et je reprenais à 9H le lendemain, avec une autre réunion. Et, entre 22H30 et 9h, je n'ai pas dormi. Je suis allé voir mon médecin, je lui ai dit que ça n'allait pas. • *J'ai repris une première fois à un poste aménagé, un peu près trois heures de disponibilité par journée et j'étais dans un bureau calme. Et puis on remplace mon responsable hiérarchique… Le nouveau n'était évidemment au courant de rien.* • *A cause de la nouvelle organisation, il [le N+1] est mis ailleurs. On me change de poste, on me donne un nouveau poste mais bon il faut repartir de zéro. (...) On me parachute sur des dossiers.* **Année N-1 Nouveau poste :** • *Ça c'est très bien passé pendant 9 mois, le temps du projet. J'ai rendu mon rapport qui ne convenait pas…* • *J'ai rendu mon rapport qui ne convenait pas aux responsables intermédiaires… mais il a été accepté par la Direction générale.… Il y a eu des ingénieurs payés à 6000 euros/jour qui sont venus me voir et puis non… le directeur de l'informatique a quand même validé mes conclusions. Moi j'ai fait mon travail. (...) Il y a eu des choses, des critiques publiques de mon travail sur un rapport financier, une agression publique sur une question concernant ce rapport…*	• *Je me souviens qu'on m'envoie à une réunion où c'était forcément urgent car le contrat perdait de l'argent, un dossier épouvantable et on me dit ce qu'il y a à faire.* • *Au bout d'un moment, ils me disent que je ne les ai pas écoutés et effectivement, j'écoutais mais je n'entendais pas. Je m'en moquais mais complètement alors que je suis plutôt de nature consciencieuse. Je savais que c'était impossible et il n'était pas question de faire l'impossible.* • *Je suis rentré et je suis allé voir mon médecin qui m'a encore arrêté jusqu'aux congés, que j'ai pris ensuite.*	• *Les dimanches, j'étais angoissé dès 15H car il y avait le lundi matin…* • *J'écoutais mais je n'entendais pas. (…) Je ne pouvais plus rien faire, mon cerveau était bloqué.* • *On peut vite devenir fou… mais je leur ai dit que ce n'était pas cohérent.*

❹ ÉPUISEMENT
(effondrement intérieur, décompensation en mode aigu)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Début année N • Manque de place et de moyens, perte de contrôle, conflit de rôles : fiche hebdo «fait»/»à faire» • Exclusion des prises de décision, organisation virtuelle avec hiérarchie directive, imposant des activités lors de réunions publiques • Annonce de déclassement => Arrêt de travail // demande d'enquête sur ses activités (6 chefs, 6 postes virtuels) • Les responsables hiérarchiques envoient des mails demandant de travailler malgré l'arrêt • C'était donc au siège, un « plateau » qui nous était réservé et il n'y avait pas assez de place pour tout le monde. Déjà, le parking était sous-dimensionné donc il ne fallait pas arriver trop tard mais même si vous aviez garé votre voiture, vous n'étiez pas sûr d'avoir une place assise avec un bureau car ils n'étaient pas attribués. • Ça commençait à devenir très désagréable, il y a eu ces réunions d'organisation où j'apprenais au cours de ce rdv public, réunissant tous les services, que j'étais affecté à telle chose (...) En fin d'année, on me propose 2 postes et puis finalement on me colle les 2. (...) Il y en a eu trois réunions comme ça, avec une annonce générale me concernant. • **Année N :** Il y a eu des annonces de déclassement. Là j'étais complètement perdu et évidemment (...) Je me souviens d'une réunion… c'est là… sur un site où un consultant expliquait comment faire paramétrer et puis celui à qui je devais succéder n'y comprenais rien et un autre chef m'interpellait, je suis devenu livide… bref ça n'allait plus… => Rdv médecin généraliste • *Il y a eu une enquête sur ce que je faisais pendant mon arrêt et puis, ils se sont rendu compte que j'avais 6 postes. Mais c'était des postes virtuels, c'est-à-dire que j'avais 6 responsables qui me donnaient des ordres. Et ordre qualifié, c'est-à-dire que j'avais des messages qui me disaient : « vous devez faire ça et ça etc. », donc le lien de subordination est constaté.* • *J'ai reçu deux demandes de travail pendant mon arrêt : « est-ce que vous pouvez vous connecter ? » ; « quand vous reviendrez lundi, il faudra aller sur tel site ».*	• Impossibilité à travailler, présentéisme • Envoi de mails pour rendre compte des demandes paradoxales • Tentative de rébellion < inaction du syndicat • **Année N :** Renoncement, arrêt de travail, initial de 1 semaine puis prolongé • *Impossible de travailler… Au début ça vous agace et puis après… tant pis ! Pas assez de place pour tout le monde. (…) A un moment vous vous dites, entre conscience tout court et conscience professionnelle… tant pis, on capitule pour survivre…* • *J'envoyais la liste de tous ce qu'ils me demandaient de faire et je leur disais de se mettre d'accord. (...) Je me suis retrouvé avec 6 chefs : D. financier, D. du projet, D. du livrable, resp. hiérarchique fonctionnel et 2 de mes collègues où, du jour au lendemain, j'étais devenu sous leur ordre. Guerre des chefs et comme je dois être à trois endroits en même temps, je dis à mes chefs de se mettre d'accord.* • *J'ai saisi les CHSCT et comme par hasard, il y a les comptes rendus des CHSCT où l'on trait non pas de mon cas seul mais de toute l'équipe.* • **Début année N :** *C'est un peu comme une soupape… peu importe. Stop, je vais voir mon médecin, je me retire et on arrête. Ça c'est ma note d'autoprotection, complétement perdu... Voilà !*	• Isolement, perte de repères => anxiété généralisée • Anxiété *«entre deux réunions, aux temps morts»* • Colère manifeste • Peur « *de recommencer comme en année N-2* » • Amplification de la colère, fort ressentiment envers l'entreprise • *Là je recommence à avoir des crises d'anxiété mais auparavant c'était chez moi et là c'était au bureau : entre deux réunions, temps mort.* • *A ceci s'ajoutait la peur de recommencer comme en 2007* • *Mon médecin généraliste m'a conseillé de prendre rendez-vous avec le médecin du travail, moi j'étais en telle détestation, j'en étais incapable.*

⑨ RAPHAËL, 57 ans, ingénieur aéronautique puis en pétrochimie

❶ ENGAGEMENT
(satisfaction intense au travail : vigueur implication absorption)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Projet 1980-1989 (9 ans) : Carrière «à la pointe» dans l'aéronautique **90-97 (8 ans) :** restructuration => changement secteur et voyage Site pétrochimie Suite à 2 plans sociaux : projet départ en famille en bateau => congé de 3 ans ac prime de départ	• Actives, investissement +: • Motivation/poste compense l'absence de sens • Attrait pour la nouveauté • 2000 : Exprime son mécontentement • cherche d'autres possibilité de carrière en interne • Frustration, demande de bilan de compétence • 2004: Enthousiasme, fort investissement // défi => Demande de promotion	RAS
• *J'ai fait 10 ans dans l'aéronautique, une carrière bien même en pointe. Au bout de 10 ans, il y a une restructuration dans le groupe et je change totalement de secteur.* • *Je continue une carrière mais un peu différentes puisque j'étais ingénieur de terrain, plutôt maintenance dans un grand groupe de pétrochimie.(...) Carrière pas fantastique mais bien, voire TB* • *Il y a un plan social et ils sont finalement très contents que je parte avec un congé de 2 ans qui se transforme en congé de 3 ans.*		
1998 à 1999 : reprise du travail, motivation • ▶Retour de voyage difficile MAIS bon accueil, poste intéressant • ▶Mondialisation : méthodes et systèmes inadaptés • ▶Soutien et reconnaissance du chef **2000 à début 2003 :** nouveau patron • ▶3 Réorganisations + nouveau patron • ▶Election CE **Début 2004 :** restructuration => Ouverture de poste = défi source de motivation • Prise de poste avec responsabilité (expert info + gestion d'équipe + «gros projet»), => Promesse de promotion si résultat		
• *1998, Je dirais que je reprends un peu difficilement car j'ai vécu sur un voilier etc., un peu déconnecté de toute la vie qu'on connait. Tout le monde est très sympa avec moi, ils me donnent un poste super intéressant qui n'existe pas et que je taille à ma mesure.* • *Début de la mondialisation avec des choses qui nous paraissent un peu bizarre au niveau de la France. Donc on ne comprend pas trop ce qui se passe, on nous impose des systèmes et des méthodes qui sont pas les meilleurs pour notre entreprise.* • *2000-2003: Ensuite, il y a plusieurs réorganisations et je ne suis pas impacté. Par contre, mon chef se fait dégagé et le courant ne passe pas avec mon nouveau chef. Je veux m'investir dans l'entreprise, lui est en fin de carrière et ne veut pas d'ennui.* • *2004 : Avant j'étais expert informatique, là je garde mon côté expert mais j'ajoute une responsabilité d'un service de 10 personnes + un gros projet informatique qui s'ajoute ensuite*	• *Je ne réagis pas, je rue dans les brancards.* • *J'essaye d'aller voir un peu ailleurs dans le groupe notamment au Canada mais ce n'est pas mieux. Le poste ne me plaît pas vraiment donc je reste en France. Et puis vu que tout ça ne me plaît pas, je postule à un poste de représentant au comité d'entreprise.(...) Je suis un peu le vilain canard quand j'essaye de faire des choses un peu nouvelles et que j'exprime mon mécontentement.* • *En acceptant ce poste, je fais clairement savoir que je veux une promotion. On me répond, alors oui mais pas tout de suite dans 6 mois, 1 an... quand vous aurez fait vos preuves*	

❷ SURENGAGEMENT

(= envahissement de la sphère privée avec diminution du plaisir au travail / augmentation proportionnelle de l'anxiété (augmentation du travail excessif)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Mai 2004 : • Poste avec prise de responsabilités, charge de travail importante => Expert info + gestion d'équipe (10 pers) + «gros projet» • Promesse de promotion si résultat **2004 - 2005 :** • Société vendue à un autre groupe • Réorganisation du service maintenance et pétrochimie	**Actives :** • Travail vécu comme potentielle source d'émancipation, investissement massif	• Installation fatigue, troubles du sommeil • Stress • Troubles cognitifs déniés
• *Je bosse bien, je récupère un mec qui se sentais pas bien dans son boulot, je réorganise le service maintenance soit une centaine de personnes et puis je gère toujours mon service qui est sur la touche. En même temps il y a le gros projet informatique de transfert de système informatique parce que la société est vendue à un autre groupe. Je bosse pas mal, je me rends pas compte mais je bosse beaucoup parce que je fais le chef de service et le projet informatique qui est un boulot à mi-temps voir 2/3 de temps.*	• *Je mettais beaucoup d'importance à réussir dans mon travail*, mais j'avais quand même une activité qui m'intéressait à mon aéro-club. Je n'ai pas consciemment fait passer mon travail avant ma famille (mais probablement oui sans le vouloir vraiment...).* ** c'était pour moi à cette époque impératif pour «réussir sa vie» (ce ne l'est plus maintenant)*	• *J'ai généré tellement de stress ...* • *Un point qui a été déclencheur mais je me suis rendu compte après, j'ai une activité autre, je suis pilote privé de petit avion et en juillet 2008, juste avant d'envoyer ma lettre à la RH j'ai fait deux énormes erreurs sur un seul vol : j'ai décollé en surcharge, je suis entré dans un nuage avec des passagers enfin n'importe quoi. Bien après j'ai compris que j'étais tellement en stress que je raisonnais comme une casserole.*

❸ RUPTURE

(acharnement frénétique, obstination sans plaisir ; niveaux de travail excessif et travail compulsif maximaux)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
Fin 2005 : Evaluation individuelle avec annonce soudaine d'«incapacité à conduire une réunion» • Absence de reconnaissance et de soutien / Bons résultats, bonne entente intra/inter service(s) **Juin 2006 :** nouveau «gros projet» => Mise en poste automatique : prise de responsabilité sans concertation au préalable. • Absence de latitude décisionnelle **Fin 2006** : signes d'alerte • Mise à l'écrit des difficultés dans une lettre au RH / sans réponse • déni de la situation et manque de souien de la part du hiérarchique • Embauche d'un remplaçant sur sa propre initiative / aucune réaction • Alerte de la secrétaire, qui prend un rendez-vous pour lui avec son hiérarchique. Celui ci évoque le burn out et le conduit vers le médecin du travail=> 15 jours d'arrêt	Basculement => Rupture et repli sur soi : • Professionnel et privée : blessure narcissique, désinvestissent, extériorisation de l'agressivité • / nouveau poste : renoncement, résignation acquise • Fait des d'alertes explicites au DRH, au directeur général : absence de réponse => Arrêt de travail : incompréhension mais content, départ en vacances • Reprise d'activité : abattement => retour vers le médecin, 2ème arrêt (5 semaines) • Recherche d'information : achat d'un livre sur le BO.	• Ruminations, pensées intrusives dévalorisantes «t'es un mauvais» • Anxiété : incompréhension, impuissance (perte de contrôle) • Baisse de l'estime, désespoir / intériorisation de l'échec • Extériorisation de la colère : intolérance à la frustration, mouvements agressifs et inopportuns dans vie pro et privée • Douleurs musculaires: maux de dos, focalisation de la douleur sur un bras qui se bloque • Troubles gastriques (pas pendant l'arrêt de travail) • Hyperactivité avec moments de creux : sensation d'être vidé, absence d'envie et de perspective
• *Au bout d'un an je vais demander une promotion et on me fait faire une évaluation qui est pourrie. On me dit que je ne sais pas conduire une réunion. Bref, à l'époque j'ai 50 ans et je sais comment ça se passe.* • *Tout se passait bien, le transfert de système informatique s'était bien passé, mon service se portait bien, les services transverses m'aimait bien* • *Il y a un nouveau gros projet qui se lance sans mon avis et on me nomme coordinateur maintenance. En fait on m'a collé une responsabilité de plus sur le dos, sans me demander mon avis et ça a été la goutte de trop qui a fait déborder le vase qui de toutes façons était plein* • *En juillet je vais voir le DRH, je lui dis de me mettre dans n'importe quel service sur la touche, à mi-temps, je lui dis «ce que vous voulez mais je veux plus faire ce que je fais. Je considère que je tiens 2 postes 1/2, je n'y arrive pas et puis je n'ai pas de reconnaissance».* • *J'embauche un mec pour me remplacer, je dis que je l'embauche car je veux plus travailler... Personne ne me dit rien.* • *Mon patron prend peur et m'emmène voir le médecin. Je discute et il me dit «monsieur vous êtes en dépression, ça ne peut pas continuer comme ça. (...)Il appel mon médecin traitant pour qu'il me fasse un arrêt de travail, ça commence comme ça. Alors j'étais un peu surpris mais comme j'en avais marre, je me suis dit pourquoi pas...* • *Je rentre de vacances et je dis au DRH, qu'est-ce qu'on fait au niveau du boulot ? Il me répond : vous étiez fatigué, vous avez pris des jours de congés, tout va bien, on continue comme avant. Je ne me rappelle plus exactement ce qu'il m'a dit mais je suis sorti de l'entretien complétement abattu !... rien ne s'était passé quoi…*	• *Je le prends mal limite je le crois et ça me fait mal. (...) Je me suis dit, c'est eux qui ont raison, je suis nul, je n'arrive pas à obtenir ce truc* • *J'étais présent mais je n'écoutais pas (...) J'étais invivable avec tout le monde depuis 2 ou 3 mois y compris chez moi. (...) Qd on ne se sent pas bien, on n'a pas envie de se confronter aux autres.* • *Après tout faite ce que vous voulez moi je m'en fou. Au fil des jours et des semaines, je leur fait savoir que ça ne m'intéresse plus. Et puis je suis toujours coordinateur maintenance et chef de service donc j'ai l'impression de le dire mais que personne l'entend.* • *Je suis dans un tel état que j'écris ça.(...) Cétait mon appel et puis il est parti en vacances... (...) Je ne me rends pas compte mais je suis en pleine dépression.* • *Je reviens apporter mon arrêt de travail et je demande à voir mon directeur de site car ce n'est pas tout à fait normal tout ça. Il me reçoit en me disant : « c'est vrai que vous avez fait une demande de temps partiel mais mon DRH ne peut pas vous l'accorder donc je ne peux passer outre. Vous faîtes un burn out mais bon, c'est la vie ! »* • *Je me prends un bouquin pour savoir ce que c'est qu'un burn out*	• *J'avais du mal à dormir. Je me réveillais à 1h du matin et je ressassais mes problèmes : « t'es un mauvais, t'as pas réussi… » Et ça jusqu'à 5 ou 6h du matin.* • *Tout le monde me disait d'aller voir le médecin mais moi je ne me sentais pas malade... je me sentais rebel et en colère»* • *Très fatigué : je me rappelle avoir fait des siestes de 3 ou 4h, on peut dire que pendant 6 mois j'ai fait une cure de sommeil. Par exemple je me réveillais à 9h et puis je me recouchais 2h après et pendant 3h.* • *J'ai un bras qui se bloque. Des symptômes physiques quoi. Un bras qui se bloque pendant un mois et on sait pas pourquoi et avec une douleur atroce. Je fais des examens, échographie, etc. rien.*

❹ ÉPUISEMENT
(effondrement intérieur, décompensation en mode aigu)

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL	STRATÉGIE(S) DE FAIRE FACE	MANIFESTATIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES
2007 : reprise du travail Déchargé des missions, diminution considérable de la charge de travail (4h/semaine environ), pas de consignes, ni d'objectif d'activité • Regard des collègues difficile (soutien mais stigmatisation) => Arrêt 5 semaines	• Prise de conscience de l'état de santé / activités => fatigue musculaire et incapacité à raisonner • Repli sur soi • Nombreux arrêts de travail par médecin traitant • Recherche de sens / livre sur BO => se mobilise, recherche de l'aide	• Angoisse: avant reprise du travail, vomissement • Etat léthargique avec nausées => perte de l'identité • Dettes de sommeil, envie de se reposer • Etat dépressif : solitude, sentiment d'abandon, absence de désir, état léthargique, déni du corps • Idéations suicidaires compensées par hobbies (l'avion)
• *Je n'avais plus de mission car on m'avait déchargé de toutes mes missions, les gens me parlaient très gentiment mais j'étais un peu comme un ombre…* • *90% de mes collègues me regardent comme un pestiféré car c'est une maladie honteuse. Heureusement, quelques uns m'appellent spontanément en me disant :»je suis passé par là». Des gens que je ne savais pas qui étaient passés par là et qui me donnent des encouragements.*	• *J'ai entendu qu'il fallait faire du sport alors j'ai fait 100 mètres de course à pied et puis je tombe par terre. Alors physiquement malade pendant une semaine, je me demandais ce qu'il m'arrivait. (...)* • *J'allais dans mon bureau, je ne disais bonjour à personne, enfin ça n'avait aucun sens.* • *[Mon médecin] m'a dit que c'était exclu que je retourne au travail* • *J'avais pris mon livre de burn out qui le décrit, j'ai compris que j'étais plus victime que coupable. (...) Pour s'en sortir, j'ai vu qu'il fallait prendre un coach, un psychologue… J'avais très peur des métiers psy mais je suis allé chercher de l'aide.*	• *Les 5 semaines passent et puis quand je vais pour reprendre le boulot, je me sens pas bien, je vomis, bref malade, pas bien du tout physiquement.* • *Je n'étais pas sous calmant mais j'étais lessivé dans ma tête. (...) Je laissais passer le temps et quand on me demandait ce qui me plairait je ne voyais rien. J'avais juste envie de me reposer, de ne rien faire. A mon boulot on me proposait, je disais oui mais je n'avais pas trop envie, je mesure quelques indicateurs, des choses qui m'occupaient 4h par semaine, le reste du temps j'étais là… je ne sais pas ce que je faisais… Je n'ai pas trop de souvenir de cette période, le temps s'écoulait.* • *Je me rappelle avoir voulu refaire ma terrasse en une après-midi quand j'étais en congés en me disant aller je vais bouger 5 tonnes de sable en une demi-heure et puis finalement se dire que c'est pas possible et puis se dire que j'étais une merde et puis repartir me coucher dans la foulée. Donc instable. J'avais voulu refaire ma terrasse et je pensais que j'en avais pour un ou deux jours mais j'avais très mal évalué le truc. Je l'ai finalement fait et ça a pris une dizaine de journées à deux personnes.* • *Je ne m'en rends pas bien compte mais je suis en pleine dépression.* • *M'ouvrir les veines à mon bureau»,»je n'avais pas envie de me suicider mais de marquer le coup.»;»je ne l'ai pas fait car si je m'étais loupé, je serai interdit de vol.*

NOUS CONTACTER
contact@technologia.fr
www.technologia.fr
@TechnologiaCab

Technologia