



HAL
open science

Le genre de la santé mentale au travail. Analyse et intervention

Clément Brochot, Frédéric Brugeilles, François-Xavier Devetter, Laure Hélène Eb, Mathilde Icard, Caroline Régner, Dominique Lhuilier

► **To cite this version:**

Clément Brochot, Frédéric Brugeilles, François-Xavier Devetter, Laure Hélène Eb, Mathilde Icard, et al.. Le genre de la santé mentale au travail. Analyse et intervention. La Revue des Conditions de Travail, 2023, 13. hal-04053204

HAL Id: hal-04053204

<https://cnam.hal.science/hal-04053204>

Submitted on 31 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

LE GENRE DE LA SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL : ANALYSE ET INTERVENTION

Brochot, C. (Cnam), **Brugeilles, F.** (Cnam), **Devetter, F.X.** (Université de Lille), **Eb, L.H.** (CdG 59), **Icard, M.** (CdG 59), **Regnier, C.** (CdG 59) et **Lhuillier, D.** (Cnam)

Les troubles relevant de la santé mentale se classent au troisième rang des affections les plus récurrentes, après les cancers et les problèmes cardio-vasculaires : une personne sur quatre en moyenne y sera confrontée au cours de sa vie, la pandémie de covid 19 aggravant ce pronostic (OMS, 2001 ; 2021). Les éléments statistiques issus du dispositif d'enquête Risques Psycho-sociaux (Dares, 2016), mettent en évidence une dimension fortement genrée de l'état de santé mentale. Les salariées déclarent sensiblement plus de problèmes en ce domaine que leurs collègues masculins : elles sont ainsi deux fois plus touchées par des épisodes dépressifs majeurs ou des troubles de l'anxiété (4,5% des hommes versus 8,5% des femmes dans les deux cas). Ce constat se retrouve également lorsque l'on interroge les salariés sur les troubles du sommeil : alors que 61,5% des hommes déclarent n'avoir aucune difficulté à s'endormir, ce n'est le cas que de 47% des femmes. L'effet du sexe demeure très significatif dans les analyses économétriques, y compris lorsque l'on intègre des variables de contrôle liées aux fonctions occupées ou au statut de l'employeur, par exemple. Les travaux sur genre et santé mentale mettent en évidence une tendance à l'invisibilisation des liens entre le sexe du travail et le sexe de la santé mentale au profit d'une lecture au prisme des rôles sociaux genrés. Et le poids des stéréotypes sur la « fragilité des femmes » (« le genre est porteur d'une logique selon laquelle les hommes sont reconnus comme des hommes par ce qu'ils font, tandis que les femmes sont reconnues comme des femmes pour ce qu'elles sont », Molinier, 2004) contribue aussi à l'effacement de la division genrée du travail, y compris du travail syndical. Dans le prolongement des travaux engagés sur l'axe « Genre, santé et conditions de travail » de l'Anact (Chappert, Théry, 2016), nous proposons ici, à partir d'une recherche-action réalisée dans la fonction publique territoriale, d'explorer à la fois les freins à la reconnaissance des liens entre activités genrées, rapports sociaux de genre et fragilisation de la santé mentale, et les conditions et modalités d'une intervention visant à développer la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) des troubles de santé mentale, intégrant la question du genre et la levée de son invisibilisation.

Mots-clés : genre, santé mentale, santé somatique, inégalités, rapports sociaux de genre, invisibilisation, segmentation, la dispersion, intensification du travail, RPS, addictions.

— 1. UNE RECHERCHE-ACTION¹ : TERRAIN ET CONSTAT INITIAUX

La présente étude s'inscrit dans un dispositif de recherche-action déployé durant 3 ans². Elle a été menée au sein d'une usine de production appartenant à une grande entreprise aéronautique française qui expérimente, depuis près de cinq ans, une démarche de « responsabilisation » des salariés ayant pour vocation d'articuler bien-être et performance. Cette usine emploie environ 3300 salariés et, au moment de l'étude, une trentaine d'équipes sur le site fonctionnaient en mode « responsabilisées ». Les managers de proximité de ces unités, dits « empowering leaders », ont en effet fait évoluer leur rôle de gestionnaire vers un rôle de coach/facilitateur agissant en support plutôt qu'en superviseur, se traduisant par un haut niveau de confiance envers l'atteinte des objectifs, par un renforcement du sens donné au travail, par le soutien à l'autonomie et par l'implication des membres de l'équipe dans la prise de décision ; ce qui renvoie aux 4 dimensions du « leadership habilitant » selon Ahearne et al. (2005). Dans certaines unités dites « pionnières » de la démarche, les responsables de ligne en production ont été co-optés par les opérateurs via un processus participatif de décision collective (méthode des cercles), et un niveau hiérarchique de la ligne managériale a été supprimé dans le but d'aplanir la structure organisationnelle et de gagner en « agilité ». Également, certaines équipes d'opérateurs et de techniciens se gèrent de façon autonome, sous forme de « mini-usines », avec, par exemple, la gestion de leur propre budget et compte de résultats.

Le Centre de gestion (CdG) de la fonction publique territoriale du Nord suit la carrière et la santé de plus de 25 000 agents travaillant dans les 950 collectivités territoriales du Nord, en communes pour la grande majorité, sur des fonctions d'exécution (catégorie C) pour près de 70% (dont 62% de femmes) et exposés à de nombreux risques professionnels. Créés en 1984, les CdG interviennent à toutes les étapes de la carrière des agents publics. Plateforme RH des collectivités, ces établissements publics ont pour source principale de financement les cotisations obligatoires versées par les collectivités. Du fait de ses compétences obligatoires mais aussi de ses engagements, le CdG du Nord a investi fortement le champ de la prévention. Il pilote notamment les instances paritaires (dont le CHSCT pour 650 collectivités de moins de 50 agents), propose des contrats aux collectivités pour s'assurer contre le risque dit statutaire², dispose d'un pôle de santé au travail avec une équipe pluridisciplinaire qui suit plus de 25 000 personnels de 521 communes et organise les instances médicales pour l'ensemble des agents des collectivités (dont l'avis est requis en cas de demande de longue maladie par un agent, maladie professionnelle ou reclassement, principalement).

La recherche-action entre le CdG et le CNAM avec l'appui de l'Université de Lille et de l'Établissement public de santé mentale de la métropole avait pour motif initial un constat formulé par le centre de gestion : les données disponibles montrent que les pathologies psychiques constituent une part importante de l'activité du conseil médical, (plus du tiers de l'activité globale, les trois-quarts des dossiers instruits dans le cadre d'un congé de longue durée). Sur les 5 000 situations analysées, 40% des demandes d'arrêt pour longue maladie sont liés à des pathologies psychiques, 50% pendant la période de crise sanitaire, dont 71% de femmes³.

L'objectif était le suivant : créer les conditions du dialogue entre les différents acteurs en lien avec la santé mentale, c'est-à-dire les agents en arrêt, les employeurs, professionnels de santé, les organisations syndicales et les collectivités pour en faire un sujet collectif et construire des dispositifs per-

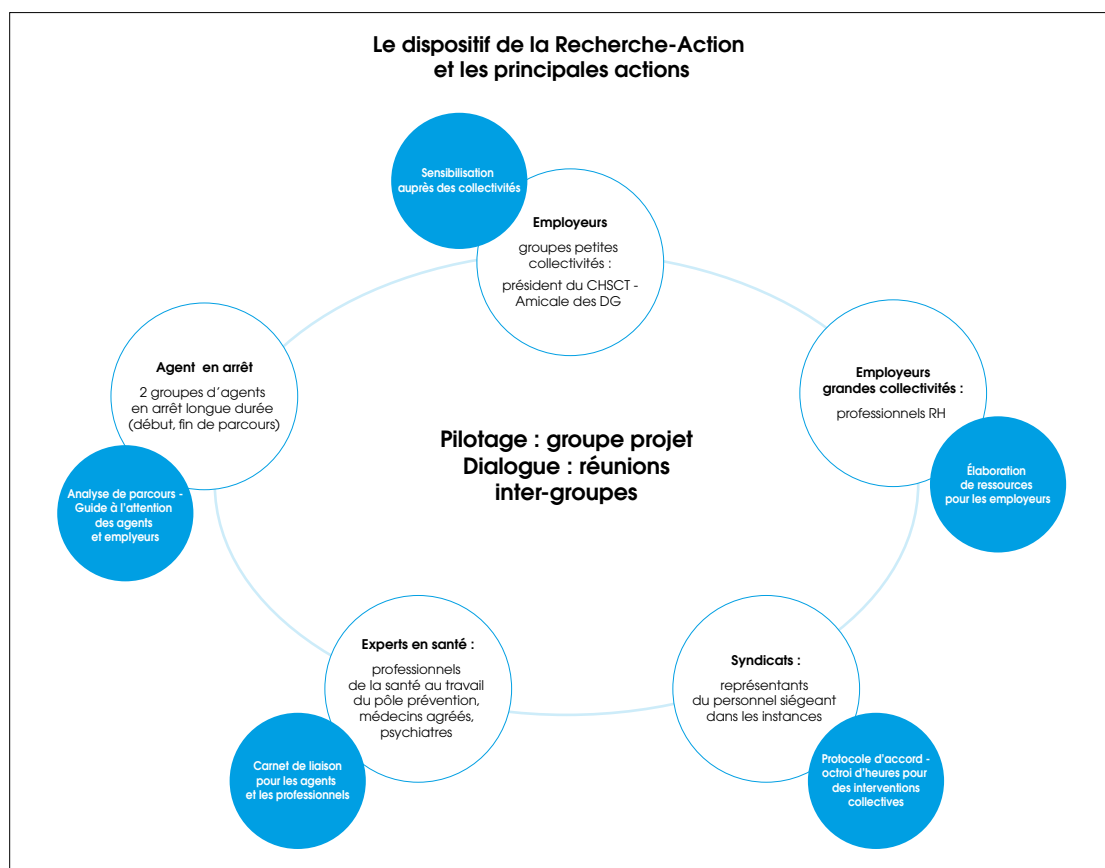
¹ L'équipe de la recherche-action est constituée de Dominique Lhuillier, Clément Brochot et Frédéric Brugeilles pour le CNAM et, pour le Centre de gestion du Nord d'Alexandre Catrysse, Alain Delobelle, Laure-Hélène Eb, Mathilde Icard, Cindy Mortreux, Caroline Regnier, Myriam Vanrast, avec la contribution de Murielle Vaneuil et, pour l'Université de Lille, de François-Xavier Devetter (laboratoire Clerse).

² Prise en charge des rémunérations par un assureur en cas d'absence des agents.

³ Entre le 1^{er} mars 2020 et le 3 mai 2021, fin du troisième confinement.

mettant de prévenir la désinsertion professionnelle. En 2020, les débuts des travaux ont été percutés par la crise sanitaire. Les enjeux relatifs à la santé mentale sont devenus plus audibles à compter de 2021 avec une série d'évènements organisés à l'attention des collectivités dans le cadre de cette démarche. Comprendre, décortiquer la spirale de l'isolement, de l'altération de la santé mentale, construire des outils pour prévenir ces phénomènes et responsabiliser chaque acteur.

Le dispositif d'intervention comprend l'installation de quatre groupes de travail co-animés par des membres du CNAM et les membres du centre de gestion :



Les réunions intergroupes ont été sollicitées à plusieurs étapes de la démarche sur des thématiques spécifiques. Et d'emblée, on doit souligner une sur-représentation des femmes dans le groupe des agents composé de 16 femmes sur 20 alors qu'elles représentent 64,3% des effectifs des collectivités du Nord⁴.

— 2. HISTOIRES GENRÉES DE TRAVAIL ET DE SANTÉ

Pour explorer les processus genrés de la vie au travail et du rapport à la santé mentale, nous nous sommes appuyés sur les parcours des personnes recueillis lors d'entretiens individuels conduits dans une phase exploratoire ou lors de l'accompagnement des agents en arrêts longs par la psychologue du CdG dans le cadre de sa mission de maintien dans l'emploi. Nous présentons succinctement quatre histoires croisées de travail et de santé retenues ici car prototypiques de beaucoup d'autres rencontrées. Ces histoires illustrent nombre de processus genrés qui sont pourtant bien souvent peu perçus, voire occultés, y compris par les intéressés eux-mêmes.

⁴ Source : synthèse des rapports sociaux uniques, observatoire régional de l'emploi public et des données sociales.

Martine a 51 ans et travaille depuis ses 15 ans : apprentissage en cuisine, hôtesse de caisse dans une grande surface pendant 8 ans. Des horaires peu compatibles avec ses trois enfants et une dégradation des relations conjugales la conduisent « à faire une demande en mairie, n'importe quel poste ». Soulignons ici combien les contraintes de la vie familiale pèsent sur l'orientation professionnelle des femmes. Depuis 23 ans elle est femme de ménage dans les écoles, métier qui est fortement genré. « Un bras fatigué, je m'implique beaucoup, des douleurs... ». Sa fille insiste pour qu'elle se soigne, son médecin lui fait régulièrement des infiltrations. Jusqu'au moment où il impose l'arrêt maladie et prescrit une opération. Complications, rééducation, ré-opération... reprise en mi-temps thérapeutique dans le même poste. Martine ne demande rien, subit la violence conjugale, la douleur, les tensions et la surcharge au travail, les décisions médicales, RH, les procédures au titre de la maladie professionnelle... « Une reconversion professionnelle, ce serait une bonne chose, j'ai peur de perdre mon épaule. Mais j'ai toujours fait ça, alors comment savoir ce qu'on peut faire d'autre ? ». Cette soumission à la domination dans l'espace domestique et professionnel, à ce qui est perçu comme une destinée de classe et de genre, conjugée à l'absence de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (23 ans sans aucune formation) fabrique des TMS et un fond dépressif. Deux pathologies fortement représentées chez les femmes au travail.

Sophie a 49 ans. Elle a choisi son métier, sa formation a été « une révélation » : les valeurs professionnelles coïncident avec ses valeurs personnelles. Pendant 10 ans, elle exerce son métier d'éducatrice auprès de jeunes enfants, métier de femmes par excellence, dans différentes structures. Tout se passe bien. Une structure faisant la promotion d'une qualité de service exemplaire, elle est recrutée mais déçante rapidement. Cependant, elle décide d'y rester car sa vie personnelle évolue (elle devient mère). Ici encore s'illustre le fait que les choix professionnels des femmes sont dictés par des situations familiales. Pendant 15 ans, elle est confrontée au quotidien à des conflits de valeur et tente auprès de sa hiérarchie de faire changer les choses. En réponses, convocations et avertissements. Elle tient malgré tout, s'appuie sur son équipe : ensemble, elles font du « bon boulot ». Épuisée par cette maltraitance institutionnelle et malgré plusieurs signaux d'alerte physiques, elle se maintient dans son activité professionnelle. Jusqu'au jour où... elle s'effondre, vidée, aucune énergie. En arrêt, elle se replie chez elle, se sent comme un zombie. Ses journées sont rythmées par les horaires de l'école de ses enfants. On observe un déplacement de son investissement sur le travail domestique (« ça doit être nickel puisque je suis à la maison »), et familial (retire ses enfants de la cantine...) beaucoup plus rarement perceptible chez les hommes, et qui prolonge l'épuisement. Son médecin traitant ne voyant pas d'amélioration après quelques mois d'arrêt, lui propose une hospitalisation qu'elle refuse. « Comment ça se passera à la maison ? Quel regard va-t-on porter sur moi ? ». Le poids des prescriptions sociales en matière de travail domestique et familial, des modèles genrés des rôles masculins et féminins dans cette sphère de vie, est manifeste. Une alternative lui est proposée : une hospitalisation en hôpital de jour spécialisé en souffrance au travail. À ce jour, elle débute ce programme. La double charge de travail (qui, faut-il le rappeler, incombe le plus souvent aux femmes) épuise et si le travail professionnel est suspendu par l'arrêt, l'autre activité est maintenue avec un déplacement du sur-engagement. Ce métier du care, comme tous les métiers du care qui sont le plus souvent attribués aux femmes, expose à de fortes résonances entre le personnel et le professionnel, ce qui accroît le niveau d'exigences à l'égard de la qualité du travail à réaliser dans les deux sphères d'activité. On peut voir là une piste pour l'analyse de la prévalence du burn-out au féminin.

Jean a 46 ans. Après un bac commercial, il tente un emploi de vendeur, et le quitte (« je n'aime pas ce métier »). Chômage. Il travaille à la Poste, tente un concours : échec. Suivent 5 ans en emploi jeune comme aide-éducateur. Il obtient deux brevets d'État : éducateur sportif et animateur. Il candidate alors dans une collectivité. Contractuel, puis stagiaire, il est titularisé. « Des inspections, les rapports étaient bons ». Le maire recrute une nouvelle DG : « Elle m'a pris en grippe tout de suite ; elle voulait que je fasse de la culture, moi c'était le sport ; pour elle c'était jamais bien ». Déclassement en 2015 : de directeur de centre à éducateur (perte de 400 euros). Mise en échec par accumulation de nouvelles tâches sans formation (tâches administratives, dossiers financiers, gestion des huit associations de la ville en plus de son travail d'éducateur sportif). « Acharnement » de la DGS : « Un bras de fer pour me faire partir ». « Bras de fer » souvent rencontrés dans les histoires conflictuelles entre des agents et leur encadrement, beaucoup plus rares dans les récits des agentes. En 2015, premier arrêt pour burnout. En 2016, il crée une section syndicale. Le recours aux syndicats sous la forme d'une création de section syndicale est une voie exclusivement masculine parmi toutes les histoires rencontrées et analysées. Et « là ça a été encore plus l'enfer avec le maire, c'était la guerre ». « La guerre » et le vocabulaire associé pour mettre en scène la conflictualité sont des productions masculines le plus souvent. En 2017, il fait un AVC : « J'ai craqué, c'est dû au harcèlement ». Les décompensations somatiques sont plus fréquentes chez les hommes, les femmes faisant état plutôt de troubles psychiques, plus souvent diagnostiqués et pris en charge. Jean est en arrêt depuis : nombreuses séquelles, rééducation, recours à l'alcool, suivi en CMP (dépression, épilepsie, idées suicidaires) : « Je ne suis plus comme avant ». Le maire « fait traîner les choses ». Il vit avec 650 euros par mois. En 2019, un deuxième AVC : « L'ancien maire qui mettait des bâtons dans les roues pour la commission de réforme ». Les pertes s'accumulent : aggravation de son état de santé, de sa situation financière, « plus de nouvelles de personne », « j'ai perdu pas mal d'amis », « j'ai du mal à élever mon enfant, j'ai du mal à me contrôler ». La fragilisation de la santé des hommes, l'arrêt maladie long, menacent les rôles genrés dans la sphère familiale : un homme à la maison et une réduction de sa place de pourvoyeur des ressources du foyer sont autant de traits disqualifiants qui contribuent à des formes d'isolement social. Jean clame l'injustice et la maltraitance :

« Je n'ai rien fait de mal, je me suis investi à 100% ... Je suis passé par des temps de galère et quand j'ai trouvé un poste fixe, j'étais heureux. L'amour du travail, une famille de bosseurs. Je n'avais aucun problème, j'étais réputé très patient avec des enfants très durs pourtant ».

L'histoire d'un bras de fer avec la hiérarchie, sans médiation possible, le recours syndical aggravant les hostilités... La décompensation somatique majeure barre tout avenir professionnel. Autant de traits masculins d'histoires de maltraitances.

Diego a 45 ans. Titulaire d'une maîtrise, il est chargé de mission contractuel dans la fonction publique, et en parallèle réussit plusieurs concours (cadre territorial). Il obtient un poste de directeur général adjoint puis un poste de directeur de services techniques dans une autre collectivité. Là, rapidement, il rencontre des difficultés entre la gestion de ses équipes et les demandes de la hiérarchie. Il se heurte aux décisions du maire. Des grèves dans la collectivité, la création d'une section syndicale, un recours au tribunal administratif, actions dans lesquelles s'engagent plus souvent les hommes rencontrés, enveniment la situation. Il finit par s'effondrer et est mis en arrêt maladie par son médecin traitant. Les rapports avec son employeur compliquent toutes les étapes du traitement de son dossier et il doit multiplier les recours. « Au début d'un arrêt long, on n'imagine pas toujours qu'il pourra durer des années. Puis les mois passent, les liens sociaux s'étiolent et on est dans le noir ». En mal-être,

il finit par accepter d'entreprendre un travail thérapeutique. La résistance au travail thérapeutique est prévalente chez les hommes, ce qui peut contribuer à expliquer les décompensations somatiques sous des formes aggravées (AVC, infarctus), et les sous-déclarations en matière de dépressions. Un syndrome dépressif réactionnel est alors diagnostiqué. Il étudie toutes les possibilités de ne pas revenir dans sa collectivité et présente plusieurs candidatures. Il est à chaque fois refusé et soupçonne le maire de contribuer à ces empêchements par la diffusion de rumeurs négatives. Après un échange avec la DG, il revient à temps partiel thérapeutique sur de nouvelles missions. Il se sent placardisé : sa production ne fait l'objet d'aucune réaction, commentaire, décision. Diego tente à nouveau des candidatures hors collectivité... toujours les mêmes freins opposés... L'emprise installée par le maire prend la forme ici d'une sorte d'incarcération d'un agent considéré comme toxique car résistant à la domination. Et nous savons que ces formes de résistance sont massivement genrées.

Ainsi, ces cas témoignent de nombreuses différences genrées : la division genrée des métiers et des places dans la ligne hiérarchique, les résonances entre rôles sociaux féminins et métiers genrés sources de conflits éthiques, la double charge de travail des femmes qui ne fait pas de l'arrêt de travail un temps de repos, le bras de fer avec l'encadrement/l'employeur et le recours des hommes à des ressources collectives (syndicats) et/ou institutionnelles (justice, tribunal administratif). Encore faut-il rendre ces différences visibles pour pouvoir les prévenir et les traiter. Sur cette voie, les difficultés sont nombreuses. Y compris lors de la relecture de ces quatre cas : il a nous été demandé plusieurs fois de rendre ces différences « plus visibles ». Chausser les lunettes du genre ne semble pas simple.

— 3. LES FREINS À LA RECONNAISSANCE DES LIENS ENTRE ACTIVITÉS, RAPPORTS SOCIAUX DE GENRE ET FRAGILISATION DE LA SANTÉ MENTALE

La première observation, fondamentale dans la démarche, est la puissance des processus d'invisibilisation et de résistance, qui concernent l'ensemble des acteurs y compris les chercheurs, pour penser le lien entre genre et santé mentale au travail. En effet, nous avons travaillé pendant presque deux ans sans vraiment nous interroger sur la place du genre dans la recherche-action, alors même que nous avons constaté la sous-représentation des hommes dans le groupe des agents. Pour engager un travail sur ces processus dans l'ensemble du dispositif installé, il était donc nécessaire de les explorer d'abord au sein du comité de pilotage de la recherche et ce à l'occasion de réunions portant sur les indicateurs disponibles ou manquants, sur les pratiques professionnelles et les effets de filtres des représentations associées au genre. Nous avons ensuite questionné les différents groupes et organisé un échange intergroupe sur le sujet. L'invisibilisation de cette problématique est alors devenue apparente, son étude a permis de prendre conscience de la force des différences genrées dans les problèmes de santé mentale (et notamment les différents facteurs contribuant à la sur-représentation des femmes dans le nombre d'arrêts liés à un problème de santé mentale). Comment expliquer ces résistances ? Comment les différents acteurs de la prévention (agents, syndicats, encadrants, R.H., professionnels de santé) participent-ils de cette invisibilisation ? Avec quelle incidence sur la prise en charge des personnes fragilisées par le travail ?

3.1 Les représentations genrées de la santé mentale au travail

La mise en discussion des différences genrées de la santé au travail dans les groupes fait apparaître aussitôt les stéréotypes qui traversent les milieux de travail. Par exemple, les femmes seraient « plus facilement manipulables », « émotionnellement plus atteignables », « se laissant envahir par les difficultés des autres », « bonnes poires », etc. Les hommes, de leur côté, apparaissent moins enclins à parler de leurs faiblesses, leurs émotions (« un homme, ça ne pleure pas »). Ces clichés sont opérants : ils peuvent jouer dans la façon dont chaque catégorie d'acteurs impliqués dans la démarche (agents en arrêt, professionnels de santé, représentants du personnel et DGS et élus) analyse une situation, agit et accompagne les personnes fragilisées. Des stéréotypes féminins sont relayés par les femmes elles-mêmes, et y compris dans le groupe des agents en arrêt maladie. Notamment l'idée qu'il y aurait plus de « chamailleries », de « cancans », de tensions durables dans les services majoritairement féminins, et que cela expliquerait la dégradation de certaines situations. Ces représentations, qui renvoient au syllogisme paradoxal de la constitution du sujet féminin⁵ (Kergoat, 2001) font écran à une analyse plus complexe des liens entre genre, conditions de travail et santé mentale, au profit de « conduites constantes d'auto-dévalorisation » (p. 110).

Pour les acteurs de la prévention, il apparaît dans les échanges que les femmes « acceptent plus aisément de reconnaître la fragilisation de leur santé psychique », « anticipent plus, font plus de prévention » et se tournent vers les professionnels de santé, alors que les hommes « viennent moins souvent en visite de prévention que les femmes », « attendent souvent le dernier moment pour consulter » et sont davantage tournés vers l'action syndicale, engagent un bras de fer avec l'autorité territoriale, ou vers les tribunaux administratifs, mais ne demandent pas d'aide. Les histoires présentées plus haut illustrent bien ces logiques d'action genrées.

Au stéréotype de la « fragilité des femmes » s'observent en miroir l'embarras des hommes face à la vulnérabilité psychologique, la difficulté de s'admettre en difficulté, d'exprimer leurs émotions. Par exemple, dans le groupe composé d'employeurs de petites collectivités, la situation d'un agent chef de service, régulièrement en arrêt a été relatée par son DGS. L'agent lui a exprimé sa honte, selon lui, d'avoir dévoilé aux autres agents sa vulnérabilité (« ils ont vu que j'étais faible ») et sa culpabilité à l'égard de « son » DGS (« je t'ai déçu »). Ce dernier est lui-même affecté par le mal-être de son collègue. Le groupe a alors souligné le fait que les deux protagonistes soient des hommes participe d'une difficulté à penser et parler de la situation et à trouver des voies de dégageant.

Cet exemple illustre également la possible influence du genre dans le travail d'accompagnement des personnes fragilisées : analyse-t-on et agit-on de la même façon selon que l'accompagné et l'accompagnant est un homme ou une femme ? Des agentes en arrêt ont évoqué des formes d'assignation de genre (renvoyant parfois à des agissement sexiste) dans leur prise en charge managériale, médicale ou syndicale. Ainsi, l'expression, lors d'une commission paritaire essentiellement masculine, qu'une femme victime d'une agression sexuelle (« un pince-fesse dans un ascenseur ») « ne demande que ça ». Ou encore, à propos d'une consultation par un médecin expert homme d'une agente, de formes d'euphémisation, voire de discrédit, de la réalité de sa souffrance psychique : « Je vais la faire votre psychothérapie : vous allez guérir rapidement - je ne suis pas sûr que ce médecin aurait tenu ces propos si j'étais un homme ». Des exemples qui concourent à l'idée que les hommes

⁵ 1/Toutes les femmes sont "jalouses" 2/"Moi je ne suis pas jalouse" donc la conclusion devrait être "je ne suis pas une femme", ce qui n'est ni dicible ni même pensable, et par conséquent empêche la création d'un collectif féminin.

sont moins disposés à prendre en compte les situations de souffrance au travail (« il n’y a que les femmes qui comprennent »).

Les professionnels de santé soulignent cette tendance des hommes à consulter le médecin de prévention pour « des choses concrètes, palpables, en lien avec l’organisation du travail », « plutôt pour des problèmes d’ordre somatique, physique » (cf. le parcours de Jean). Observations qui rejoignent les données de la littérature : on sait que les hommes apparaissent sous-diagnostiqués pour la dépression et davantage enclins à se tourner vers l’alcool ou le suicide (Salle & Vidal, 2017). Mais ce sont aussi des stéréotypes qui influencent les pratiques des acteurs de la prévention. Ainsi, des médecins de prévention ont évoqué une tendance à orienter leurs diagnostics « masculins » vers des pathologies physiques pour ne pas stigmatiser les agents, contribuant par là au processus d’invisibilisation. À l’inverse, des DGS ont pu évoquer un accompagnement particulier pour qu’un homme puisse « sortir du déni » et accepte de reconnaître sa souffrance psychique.

3.2 Des activités professionnelles et des natures d’emploi genrées.

Derrière ces représentations communes s’inscrit une division genrée du travail qui n’est pas rendue visible a priori et qui génère des différences genrées de santé au travail. Se joue également une conception de la santé psychique, bien différente de la santé somatique. Ainsi s’exprime l’idée que les « métiers masculins », associés à la filière technique, seraient plus physiques et moins exposés aux RPS que les « métiers féminins », assimilés à la filière administrative, et qui seraient davantage relationnels : « Les hommes sont sur des fonctions techniques, et ont plutôt des problèmes de dos ».

Ces représentations sociales – largement véhiculées dans nos groupes – associant les métiers masculins à la pénibilité physique et les métiers féminins aux risques psychosociaux sont contredites par la littérature : les femmes ont tendanciellement des activités professionnelles plus astreignantes (Messing et al. 2004), et avec des exigences psychologiques plus fortes. Elles sont exposées à des risques organisationnels, mais aussi à des risques physiques, et souffrent plus fréquemment de TMS (cf. le parcours de Martine). Les carrières professionnelles féminines ont aussi des caractéristiques qui participent à la dégradation de la santé : interruptions nombreuses, plus de périodes de chômage, des trajectoires descendantes, des emplois moins qualifiés - ce qui génère des désavantages en termes de troubles dépressifs et une plus grande précarité économique (Cambois, 2017). Autant de caractéristiques le plus souvent peu prises en compte dans les analyses partagées lors des échanges dans les groupes. Ce qui, en termes d’action, suggère la pertinence d’une transmission d’informations sur ces données quantitatives et qualitatives disponibles dans la littérature scientifique. Mais aussi d’une analyse statistique locale à produire.

3.3 Une invisibilisation de conditions de travail spécifiques des femmes

L’invisibilisation des conditions de travail des femmes est renforcée par la non-prise en compte, dans les collectivités, des incidences de la division genrée du travail domestique sur le travail professionnel. La vie hors travail des femmes et en particulier le travail domestique se traduit par de la fatigue (Lada, 2009), des contraintes liées à la garde des enfants... Il faut noter néanmoins des tendances distinctes selon la taille des collectivités territoriales. Dans les grandes collectivités, il semblerait que l’on cherche à éviter l’intrusion de la vie privée dans l’organisation du travail - par souci aussi d’égalité entre les hommes et les femmes, et afin de ne pas stigmatiser les femmes. Dans les petites collectivités, la prise en compte de la vie privée s’impose de part à la fois l’identité du lieu de travail et de

vie (« tout le monde se connaît, se croise dans la rue, devant l'école, dans les commerces »), et par nécessité du fait du manque de ressources pour pallier d'éventuelles absences ; la naturalisation de cette division genrée renforce la construction des représentations des femmes plus vulnérables que les hommes.

Il existe un paradoxe autour de la prise en compte des situations personnelles de vie des agents dans le travail. Considérer les effets de la sphère privée et en particulier des activités domestiques sur le travail et les conditions de travail, peut conduire à favoriser des aménagements dans l'organisation du travail ; ce qui peut contribuer encore aux inégalités genrées dans la vie professionnelle et valider la conception du travail des femmes comme secondaire sur fond transhistorique de cette assignation prioritaire des hommes au travail productif et des femmes au travail reproductif. Introduire une réflexion sur la vie hors travail, en prévenant le risque d'édulcorer les liens entre la santé et l'organisation du travail, suppose une approche globale de la division genrée du travail, dans l'espace domestique et professionnel. Et donc de lever le voile sur les interdépendances en cause dans la fabrique sociale des liens santé-travail chez les hommes et chez les femmes.

3.4 Une invisibilisation des rapports sociaux de domination

La prévalence des RPS et des TPS associés a été au cœur des discussions et analyses, celles-ci conduisant à interroger des formes de maltraitance, voire de violences managériales. Ce sujet sensible, quand les résistances à l'aborder peuvent être dépassées, met en lumière des formes contrastées de révélation : les hommes en témoignent sur le registre de l'affrontement à soutenir, les femmes sous la forme d'arrêts de travail et de demandes de soins. À partir d'exemples concrets, d'histoires de tensions, pressions, les analyses ont porté sur les caractéristiques de la division du travail de direction dans la fonction publique territoriale. Légitimité démocratique de l' élu et légitimité technique du DGS peuvent assurer une traduction des engagements électoraux dans le respect de la santé des personnels. Mais en l'absence de clarification de la place et du rôle de chacun, le risque d'un défaut de régulation entre ces deux sphères se traduit par un défaut de médiation en cas de tensions et dégradation de la santé des agents. Défaut prolongé par l'absence d'inspection du travail dans la fonction publique et par la dépendance des CdG à l'adhésion des collectivités. Dans de tels contextes, les RPS et TPS, mais aussi les TMS, peuvent se multiplier. Et on sait que les femmes y sont particulièrement exposées.

Des situations travaillées au sein des groupes illustrent ainsi des rapports de domination d'élus sur des agentes fragilisées (injonction à avoir une « bonne attitude », de ne pas trop parler) renvoyées à une condition féminine de nécessaire discrétion, et sans intervention et régulation de la part d'acteurs de la collectivité (collègues, DGS, etc.). Mais l'intégration dans les échanges et réflexions des rapports sociaux de domination au travail et de la division genrée du travail et leurs effets sur la santé fut sans doute le plus difficile à réaliser tant ces questions sont sensibles.

— 4. LE DISPOSITIF D'INTERVENTION

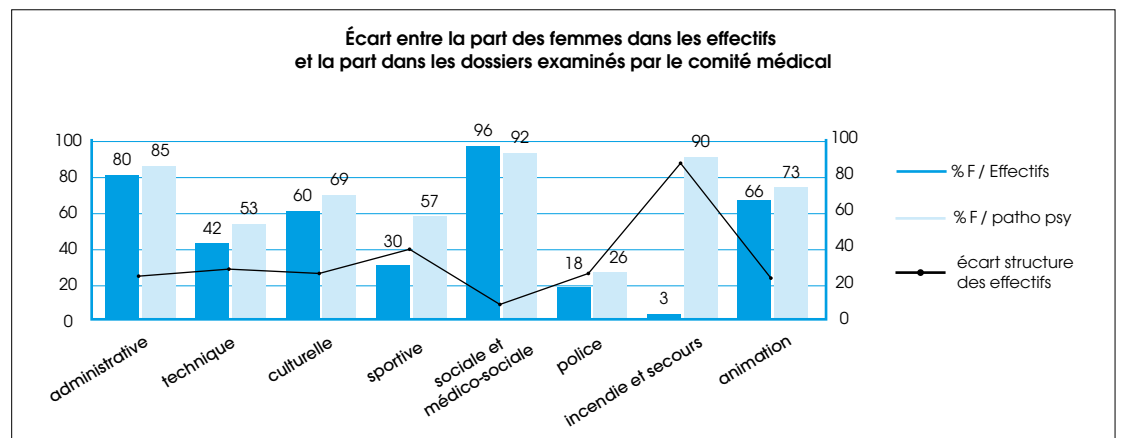
4.1 Les voies de la transformation

Le CDG est engagé de longue date en matière d'égalité femme/homme. La charte européenne pour l'égalité professionnelle a été signée le 8 juin 2017 avec un plan d'action défini pour trois ans, soit jusque juin 2020, un nouveau plan pluriannuel a été adopté en 2020 dans la continuité. Parmi les outils du CDG à l'attention des collectivités, on peut citer l'aide à l'élaboration du rapport de situa-

tion comparée puis du rapport social unique qui intègre une dimension femmes-hommes. Pourtant, c'est bien à l'occasion de la révélation (lors d'une réunion du groupe Projet en charge du pilotage de la recherche-action) d'un faible usage de données disponibles concernant les comparaisons hommes-femmes, qu'un travail d'exploration approfondie des données statistiques a été réalisé. Et ce à partir de nouvelles questions : l'altération de la santé mentale a-t-elle un genre ? Les femmes et les hommes sont-ils égaux face à l'altération de la santé mentale (ou plutôt la communauté genrée minoritaire est-elle égale à la communauté majoritaire - voir les statistiques sur la filière médico-sociale et la filière incendie), tout comme la question de la division genrée du travail au sein des professionnels de santé : la médecine agréée/contrôle pour les hommes, la médecine de prévention pour les femmes.

Il apparaît alors que les données statistiques exploitées confirment les données nationales issues du dispositif d'enquête Risques psychosociaux (Dares, 2016). Au niveau du territoire suivi par le CdG du Nord, l'analyse effectuée sur un panel d'agents dont les collectivités sont assurées via les contrats du CdG contre le risque statutaire illustre ces tendances : 68% des arrêts en maladie ordinaire⁷ concernent les femmes en 2017, 66% en 2021, un accroissement de la durée moyenne d'arrêt supérieur pour les femmes (de 23 jours en 2017 à 43 en 2021 pour les femmes contre 21 en 2017 pour les hommes à 31 jours en 2021) et une part de la place des femmes en longue maladie qui n'a cessé d'augmenter : elles représentaient 57% en 2017 et 70% en 2021 ainsi qu'une diminution corrélative de la place des hommes (de 43% en 2017 à 30% en 2021), tendance similaire pour la durée moyenne des arrêts (291 jours d'arrêt long en moyenne pour une femme en 2020, 257 pour un homme en 2020).

La dimension genrée se confirme également au regard de l'analyse des dossiers examinés par le comité médical : les demandes de longue maladie en lien avec une pathologie dite psychiatrique formulées par des femmes sont toujours supérieures à la part des femmes dans les effectifs des collectivités (+11% en moyenne d'écart, avec des décrochages importants sur certaines filières plutôt identifiées comme masculines : +11% pour la technique, +28% pour la sportive, +87% pour la filière incendie et secours et inversement -3% pour la filière médico-sociale dite féminine). Autrement dit, plus la filière est identifiée comme masculine, plus la part des femmes en arrêt long pour cause psychiatrique est importante.



Source effectifs : données SIASP 31/12/2019.

⁶ Source : Sofaxis, Absentéisme pour maladie par genre, exercice 2017 à 2021, sur 2006 agents en 2007 à 2120 en 2021.

⁷ Maladie dite sans gravité dont les 3 premiers mois sont rémunérés à plein traitement, les 9 mois suivant à demi-traitement.

Conseil médical : données analysées par l'instance sur la période 2021.

Pourcentage de femmes ou d'hommes au regard de la structure des effectifs des collectivités du Nord (fonctionnaires) transmises via les bilans sociaux des collectivités.

Écart en pourcentage entre la part des femmes ou hommes dans la structure des effectifs et la part des situations examinées par le conseil médical.

La mise au travail sur le genre fait évoluer la réflexion sur la prise en compte de la santé mentale dans les politiques RH et de prévention. Et des statistiques genrées pour toute démarche seront imposées à l'avenir.

Le dispositif présenté plus haut et comprenant quatre groupes de travail et des réunions intergroupes a mis en lumière lui aussi des disparités genrées, et centralement, une sur la représentation des femmes dans le groupe agent.e.s. Ce qui nous a conduits à explorer à la fois la surexposition des femmes à des formes de contraintes de travail déniées ou banalisées, et les freins à la reconnaissance de troubles psychiques en lien avec le travail chez les hommes, comme développé précédemment.

Pour lever ces freins, et en appui sur les travaux de Kurt Lewin et ses analyses des processus de changement (Autissier, et al. 2018), nous privilégions les échanges en groupe favorisant la levée des résistances qui tiennent à des facteurs collectifs et affectifs afin de déconstruire les stéréotypes genrés inscrits dans les normes collectives. La dé cristallisation des normes de groupe passe par le déclenchement de mécanismes d'inconfort, d'insécurité psychologique suscités par l'usage de l'émotion et ses résonances. En effet, la transformation des représentations (sur la santé mentale et sur le genre au travail) étant peu opérante par la seule voie de la délivrance d'informations et de connaissances, nous expérimentons ici des voies complémentaires.

Le dispositif institutionnel d'intervention ou DI (Mendel, Prades, 2002) repose sur la constitution de groupes homogènes de métier dont l'objet est la discussion et la réflexion sur leurs activités de travail, une communication indirecte (par écrit) verticale et horizontale entre les groupes. Nous avons retenu ce type de dispositif avec des aménagements : aux groupes « métier » (employeurs, syndicats, experts en santé). Nous avons ajouté un groupe d'agents en arrêts longs - qui sont reconnus ici comme des experts de la problématique santé-travail -, une communication directe entre les groupes des travaux réalisés au sein de chacun d'eux, le repérage des angles morts produits par la division technique et hiérarchique du travail qui est aussi une division genrée. Le dimensionnement du DI sur l'ensemble de l'organisation est une condition de l'action psychosociologique pour contrer les effets de ces divisions. Et le maillage entre les différents groupes, aux différents niveaux de l'organisation, favorise la représentation des interdépendances et des complémentarités comme l'identification des défauts de coopération entre ces niveaux.

Les analyses de parcours et situations d'agents en arrêt long (les quatre parcours évoqués précédemment en sont des exemples) réalisées dans les différents groupes révèlent à la fois toute la complexité du sujet et les pistes pour l'action de transformation : segmentation des interventions des différents acteurs impliqués (professionnels de santé, RH, managers, comité médical, commission de réforme, syndicats...) ; défaut général d'information sur les procédures attachées aux différents types d'arrêts, à la reconnaissance de pathologies professionnelles, sur les conditions de reprise du travail, sur le temps de l'arrêt comme temps actif au service de l'avenir professionnel ; poids des représen-

tations stéréotypées de la santé mentale associée à la folie, d'une naturalisation des différences genrées repérées du côté de soi-disant « prédispositions » et des formes d'expression de la souffrance des hommes et des femmes, d'une individualisation des problématiques qui rabat l'origine des troubles du côté de caractéristiques personnelles (personnalité, vie extra-professionnelle édulcorant la division genrée du travail domestique), du soupçon qui vise ces arrêts de travail pour raison de « santé mentale » peu objectivables (pas de signes visibles, de traces dans des examens biologiques, radiologiques), ou renvoyés à la « vulnérabilité » des femmes et leur appétence pour la plainte. Ces représentations négatives sont favorisées par l'invisibilisation des agents en arrêt renvoyés à la sphère domestique et par l'absence de maintien du lien pendant la durée de l'arrêt. Recenser collectivement ces freins ou résistances multiples est sans doute une étape obligée dans une démarche de changement. Et pour réduire les processus de naturalisation de « l'être féminin » ou masculin, un ancrage sur le travail s'impose.

Aussi, nous avons privilégié l'analyse du travail réel des différents acteurs impliqués dans le dispositif, tant sur le plan de la prévention primaire que tertiaire, en prenant appui sur l'analyse partagée de parcours professionnels de désinsertion et des stratégies développées par chacun (elles sont bien genrées comme le montrent les quatre cas évoqués) pour préserver sa santé. C'est cette analyse qui dévoile les segmentations invisibles ou occultées entre catégories d'acteurs (dédale dans lequel se perdent les agents) et les pistes d'action envisagées pour les réduire ; les traitements différentiels faits aux femmes et aux hommes au motif de leur « nature » différentes et les voies correctives rendues possibles parce que la transformation collective des représentations décrystallise les normes de genre.

Une voie d'accès essentielle à la levée des résistances passe par l'accès à la parole publique d'agent.e.s en arrêt et la rupture d'avec l'invisibilisation. Une parole essentiellement de femmes, majoritaires dans le groupe des agents. Car « c'est bien l'effacement de la voix du sujet social vulnérabilisé qui est la condition de production de la scène de l'invisibilité » (Le Blanc, 2009). Les réunions intergroupes ont permis d'entendre l'expérience de la relégation et de l'invisibilité sociale, de réaliser les liens étroits entre division genrée du travail, souffrance au travail et troubles psychiques parce qu'ici « incarnés » dans des récits devenus enfin audibles, de mesurer l'impact de pratiques managériales toxiques et le défaut de médiation dans des contextes d'exercice d'un pouvoir sans régulation, de se déprendre de l'individualisation des analyses tant les processus qui conduisent à la désinsertion sont communs aux histoires partagées, de rompre avec les mécanismes de clivage et de projection qui fondent la distinction entre « sain » et « fous », de pouvoir alors, par la résonance émotionnelle vectorisée par les voix et leurs affects, s'identifier à ces vies fragilisées. « La clinique sociale de la précarité et de l'exclusion doit ainsi intégrer des dispositifs auditifs pour faire que les sujets non pas retrouvent la voix (ils ne l'ont jamais perdue) mais la confiance dans leur voix grâce à la certitude qu'ils sont ou seront à nouveau entendus » (Le Blanc, 2017).

4.2 Les actions retenues

Pour amplifier les transformations des représentations dans l'ensemble des organisations (CdG et collectivités associées), une capsule audiovisuelle a été réalisée, combinant photos d'agents en arrêt à leur domicile et extraits d'entretien. Cet outil, intitulé « D'un coup le silence »⁸, sert à introduire les réunions de prévention de la désinsertion professionnelle et à contrer les « prêts à penser » et discours associés par le recours à l'affect, aux émotions partagées. De nombreuses actions ont été engagées : la réalisation d'un guide de l'agent en arrêt et d'un autre guide en cours de finalisation

⁸ <https://youtu.be/0BWq15y08v0>

pour les services et acteurs RH des collectivités, l'installation d'une commission Santé mentale et travail au sein du CHSCT sensibilisée à la question du genre au travail, une fiche de liaison entre les différents médecins impliqués dans le suivi d'un agent « en maladie » (pour contrecarrer les segmentations et errances), le recensement de ressources locales pour les soins psychiques, une cartographie des offres de services du CdG à destination des collectivités en matière de prévention primaire, secondaire et tertiaire, des actions de sensibilisation qui devraient à l'avenir intégrer les analyses des effets de genre sur le travail et la santé... Et l'institutionnalisation de groupes d'agents en arrêt a été décidée. Au-delà du maintien du lien qui évite sentiment d'abandon et ressentiment, la portée des dispositifs collectifs d'accompagnement (Lhuillier et al., 2014) expérimentée lors de cette recherche-action a été reconnue. Ces dispositifs permettent un travail de restauration de la santé mentale et de la capacité de travail par la reconstruction du sens et du lien au travail. Les participants à ces groupes ont en partage des expériences communes : une santé fragilisée et une vie exposée à la solitude, confinée dans l'espace domestique. Le commun n'est pas la pathologie mais la fragilisation éprouvée, à la fois vitale (morbidity) et sociale (désinsertion). Ces dispositifs s'appuient sur les enseignements de la pair-aidance, sur la valorisation et le partage des acquis de l'expérience et favorisent la transmission, la rupture avec l'isolement.

Les prolongements de cette recherche-action sont en cours : il conviendra de lever les résistances de certains agents en arrêt à participer à de tels dispositifs – la majorité de femmes en leur sein étant toujours observée. Pour ce faire, une autre capsule audio a été réalisée à partir de l'enregistrement d'échanges entre participant.e.s à ces groupes. Elle a été diffusée lors de journées de sensibilisation et pourrait être accessible sur Youtube pour développer son usage. La question des addictions – sujet prioritaire pour le pôle prévention santé au travail en 2023 – aura aussi à intégrer les différences entre hommes et femmes concernant les consommations de SPA. La mise en place d'un dispositif de recueil des signalements des faits de violences sexistes et sexuelles, harcèlements et discriminations permet à chaque agent ou témoin qui s'estime être victime de déposer un signalement à la cellule du centre de gestion qui garantit l'anonymat et fait le lien avec l'employeur, si c'est le souhait de la personne, pour mettre en place les actions nécessaires. La question du genre y est évidemment intégrée, comme elle devrait l'être à terme dans tous les dispositifs proposés. Dans le champ des concours, et grâce à plusieurs président.e.s de jury, des sensibilisations sur les biais et les stéréotypes dans les concours sont entamées. Une action de communication autour de la « fonction publique territoriale, pour une égalité réelle à 100% - ensemble luttons contre les stéréotypes », avec des vidéos de sensibilisation sur la non-discrimination à l'attention des employeurs, et la construction d'une charte des égalités, la collaboration avec des associations LGBTQIA+, pourraient contribuer à déconstruire les stéréotypes et à réduire les inégalités. Le genre, faut-il le rappeler, n'est pas synonyme des conditions faites aux femmes : il intègre plus largement le poids des constructions sociales relatives aux rôles, aux comportements, aux expressions et aux identités prescrites pour les hommes, les femmes, les filles, les garçons et personnes de divers sexes et de genre. Ces prescriptions marquent leurs effets sur le travail et la santé.

— CONCLUSION

Le chantier ainsi ouvert est immense et se pose ici, comme toujours, la question de l'entretien dans la durée des processus engagés lors de cette RA. L'axe de la prévention primaire est poursuivi. Les RPS peuvent être aggravés par la durée des arrêts de travail et les modes de traitement de ces arrêts. La complexité et la longueur des procédures administratives, conjuguées à l'isolement, aux senti-

ments d'abandon, d'inutilité sociale, contribue à une fragilisation psychique accrue qui va compliquer le retour au travail. De plus, les actions des différents acteurs de la prévention (agents, syndicats, encadrants, R.H., professionnels de santé) peuvent être entravées par la segmentation, la dispersion, et par voie de conséquence une intensification du travail. Le développement de la gestion par projet multiplie les « chantiers » de travail (par exemple, une dissociation santé somatique, santé psychique, RPS, addictions, cancer et travail) au risque de faire perdre de vue la transversalité des problématiques traitées et le sens de l'action ; au risque encore de l'épuisement professionnel. Les enseignements de cette recherche-action peuvent contribuer à éclairer des problématiques de plus en plus vives dans l'ensemble de la fonction publique.

— BIBLIOGRAPHIE

- Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I. & Vas, A. (2018), « Kurt Lewin », in D. Autissier, I. Vandangeon-Derumez & A. Vas (Dir), *Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs* (p. 147-155), Paris, Dunod.
- DARES (2016), *Conditions de travail et risques psychosociaux*, CT-RPS 2016
- Cambois, E., Garrouste, C., & Pailhé, A. (2017), « Gender career divide and women's disadvantage in depressive symptoms and physical limitations in France », in *Population Health*, 3, p. 81-88.
- Chappert, F., Théry, L. (2016), « Égalité entre les femmes et les hommes et santé au travail », in *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, Pistes, 18-2, <https://doi.org/10.4000/pistes.4882>
- Chiron, E., Roquelaure, Y., Ha, C., Touranchet, A., Chotard, A., Bidron, P. & Ledenvic, B. (2008), « Les TMS et le maintien en emploi des salariés de 50 ans et plus : un défi pour la santé au travail et la santé publique », in *Santé Publique*, 20, p. 19-28.
- Kergoat, D. (2001), « Le syllogisme de la constitution du sujet sexué féminin : Le cas des ouvrières spécialisées », in *Travailler*, 6, p. 105-114.
- Lada, E. (2009), « Divisions du travail et précarisation de la santé dans le secteur hôtelier en France : de l'action des rapports sociaux de sexe et autres rapports de pouvoir », in *Travailler*, 22, p. 9-26.
- Le Blanc, G. (2017), « Le parlement des inaudibles », in *Études*, p. 55-64.
- Le Blanc, G. (2009), *L'invisibilité sociale*, Presses Universitaires de France.
- Lhuillier, D., Waser, A.M., Mezza, J., Hermand, C. (2014), « Restauration de la puissance d'agir par un travail en groupe : retour sur les fonctions et transformations des « clubs Maladies Chroniques et Activité », in *Pratiques Psychologiques*, V. 20, Issue 4, p. 249-263,
- Mendel, G. et Prades, J.-L. (2002), *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*, Paris, La Découverte.
- Messing, K. & Chatigny, C. (2004), « Travail et genre », in Pierre Falzon, *Ergonomie*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 301-316
- Molinier, P. (2004), « Déconstruire la crise de la masculinité », in *Mouvements*, 31, p. 24-29.
- Organisation mondiale de la Santé (2022), *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble*, Genève, Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001), *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Organisation mondiale de la Santé.
- Salle, M. et Vidal, C. (2017), *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?* Belin, Coll. « Égale à égal », 77 p.

Directeur de la publication : Richard Abadie

Directeur technique et scientifique : Matthieu Pavageau

Rédacteur en chef : Thierry Rousseau

Comité éditorial

Amandine Brugière (Anact), Florence Chappert (Anact),
Marion Gilles (Anact), Sophie Le Corre (Aract Auvergne - Rhône-Alpes),
Christian Mahoukou (Anact), Michel Parlier (expert conditions de travail),
Matthieu Pavageau (Anact), Thierry Rousseau (Anact), Clément Ruffier (Anact),
Béatrice Sarazin (Anact)

Comité scientifique et technique

Marie Benedetto (Dares)
Paul Bouffartigue (Lest)
Cédric Dalmasso (École des Mines-Paris)
Mathieu Detchessahar (Lemna)
Pierre-Yves Gomez (EM Lyon)
Karen Messing (Uqam/Cinbiose)
Agnès Parent-Thirion (Eurofound)
Christian Thuderoz (Sociologue)
Pascal Ughetto (Latts)

Recherche documentaire : Patricia Therry et Christine Veinhard - Mission Veille et Management de l'Information (VMI) de l'Anact

Réalisation des entretiens : Béatrice Sarazin (département CDC de l'Anact)
et Thierry Rousseau (Direction scientifique et technique de l'Anact)

Gestion éditoriale : Christian Mahoukou (département CDC de l'Anact)

Réalisation : In medias res

© *La Revue des conditions de travail* est une marque déposée

Numéro national d'enregistrement INPI: 14/4119665



La
Revue
des conditions
de travail

ANACT

192, avenue Thiers / CS 800 31 / 69457 LYON CEDEX 06

Tél. : 04 72 56 13 13

anact.fr

anact