

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1707

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Margot LOUIS

le 4 Décembre 2020

**Evaluation des facteurs de risques psychosociaux du personnel
de recherche et d'enseignement supérieur de la Fonction
Publique : approche qualitative auprès des agents CNRS / Inserm
/ INP / UFT de Toulouse**

Directrice de thèse : Dr Naïma HOFFMANN

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Président

Monsieur le Docteur Fabrice HERIN

Assesseur

Madame le Docteur Yolande ESQUIROL

Assesseur

Madame le Docteur Naïma HOFFMANN

Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOG Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRACON Anne

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUDA Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Blophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. COURBON Frédéric	Blophysique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Marta-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie		
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique		
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév.	P.U. Médecine générale	
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie		
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. BOYER Pierre	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	M. STILLMUNKES André	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Poi Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safuane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme GORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Soïène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Lella
Dr. BOUSSIER Nathalie

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS AU JURY

A mon Maître et président de thèse :

Monsieur le Professeur SOULAT

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Merci de votre implication dans l'enseignement de notre spécialité. Veuillez accepter ma respectueuse reconnaissance et le témoignage de mon profond respect.

A mon jury de thèse :

Monsieur le Docteur F. HERIN

Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Madame la Docteur Y. ESQUIROL

Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Madame la Docteur N. HOFFMANN

Médecin Coordonnateur, Service de Médecine de Prévention Mutualisé

Médecin du Travail

Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail en me faisant l'honneur de siéger à ce jury. Je tenais à vous exprimer ma gratitude et mon profond respect.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A mes parents. Long est le chemin pour devenir médecin, très long ! Je ne serai probablement pas allée jusqu'au bout sans votre soutien indéfectible. Vous avez été là pour m'épauler tout au long de mon parcours, particulièrement durant mes périodes de doute et de questionnement. Les mots ne sauraient exprimer ma gratitude. A travers ce travail recevez l'expression de toute ma reconnaissance.

A mon frère. Merci de m'avoir supportée tout du long, de m'avoir changé les idées quand j'en avais besoin, de m'avoir éclairée dans mes périodes de doute ... Et merci d'avoir amené **Jeita** dans nos vies, une réelle source de bonheur au quotidien !

A ma grand-mère. Même si la distance ne nous permet pas de nous voir aussi régulièrement que je le voudrais, tu as été un soutien indéfectible tout le long du trajet. Mille mercis.

A Jean-Noël et Guylaine, Sandra, Abdel, Ines et Neil, Nadège et Olivier. Merci à tous pour tous ces bons moments passés en famille et ces folles parties de jeux de société !

Au Docteur N. HOFFMANN. Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, en plus de ton activité de médecin coordonnateur déjà bien remplie ! Merci de ton investissement et de ton soutien, et de toutes ces heures passées à relire et peaufiner ce travail ! Tes conseils et retours ont été précieux pour l'aboutissement de celui-ci. Reçois l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

Aux Docteurs F. GALATRY-BOUJU et A-F. AUTER, merci de votre soutien et de votre implication dans ce travail. Ce fut un réel plaisir de pouvoir échanger sur le plan professionnel et humain avec vous. A travers ce travail, recevez l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

A toutes celles rencontrées via le Service de Médecine de Prévention mutualisé, **Stéphanie, Stéphanie, Marjorie, Christelle, Inès, Florine, Sylvia, Cyrille, Catherine, Régine, Sophie**. Votre bonne humeur et votre gentillesse resteront gravées dans ma mémoire. Avec tous mes remerciements.

Un remerciement tout particulier à **Benoit**. Le hasard aura fait croiser nos routes au meilleur moment pour nos travaux respectifs. Ce travail n'aurait probablement jamais vu le jour sous sa forme actuelle sans toi ! Merci mille fois pour ton implication, ton soutien et ta jovialité.

A tous ceux croisés en Médecine du sport à l'hôpital Larrey. Merci pour ce beau semestre riche en enseignement !

A tous ceux croisés au SRAS : **Roland, Jean-Philippe, Julie, Josiane, Didier, Matthieu, Jean-François, Bassam** ... et tous ceux que j'oublie. Vous m'avez fait découvrir la médecine du travail et transmis votre amour pour ce secteur si particulier qu'est le BTP. A tous un grand merci !

A tous ceux croisés en psychiatrie de liaison : à **Guilhem** pour ta pédagogie et ta patience malgré mon inexpérience totale en psychiatrie, à **Elise, Cécile, Marion, Marion, Marie, Tina, Romain, Lucien, Caroline, Lucie** ... et tous ceux que j'oublie. Vous m'aurez fait découvrir et aimer une spécialité dont j'ignorais la richesse. Merci pour tous ces moments passés en votre compagnie.

A tous les potes d'épidémio : **Anaïs, Valentin, Carla, Antoine, Aurélie**. Vous aurez fait de ce stage un excellent souvenir après des débuts laborieux ... Mille mercis et ... à quand la prochaine pizza ?

A toutes les personnes croisées à la Médecine du Travail du Personnel Hospitalier, en Pathologie Professionnelle et au Centre de Dépistage du personnel du CHU. Merci pour votre bonne humeur et votre soutien qui auront su rendre l'expérience en période covid19 si enrichissante.

A Elise. Mon pilier depuis plus de 13 ans maintenant. Bien qu'étant chacune partie dans deux secteurs d'activité bien différents, nous terminerons ensemble nos études sur Toulouse. Merci de ton soutien et de ton amitié sans faille tout au long de ces années.

A tous les ami.e.s du lycée : **Célia, Hugo, Nolan, Nolan, Alice, Gaëlle, Laurence** ... et ceux que j'oublie. Bien que nos chemins de vie nous aient tous éparpillés durant nos études nous avons su garder contact. Merci de votre amitié tout au long de ces années.

A Emeline. Cela fait bien 20 ans que tu me supportes. Si nous n'avons jamais été en classe ensemble, notre passion commune pour les chevaux nous aura permis de garder contact tout du long. Merci de ton amitié sans faille tout au long de ces années.

A Mariette et Félix. Nous nous connaissons depuis notre plus tendre enfance grâce à nos parents, vivement les retrouvailles !

A Florian, Etienne et Xavier. Quelle belle rencontre liée au badminton ! Merci pour tous ces fous rires et ces bons moments passés en votre compagnie.

A tous mes cointernes de Médecine du Travail : **Charlène, Mélisande, Paul** ... et tous les autres. Merci pour ces magnifiques moments passés en votre compagnie, et tous ceux à venir !

A Alex enfin. Ma dernière belle rencontre en date. Merci de tes conseils, de ton soutien, et de tous ces fous rires au téléphone !

Enfin, à tous ceux qui manquent dans ces lignes, rappelez-vous qu'elles sont insuffisantes pour exprimer ce que je ressens aujourd'hui. Merci, mille fois merci.

TABLE DES MATIERES

I. Abréviations	15
II. Introduction	18
III. Contexte et données de la littérature	20
III.1. Recherche et enseignement dans la fonction publique	20
III.1.1. Les différents établissements	20
III.1.1.1. Le CNRS	20
III.1.1.2. L'Inserm	22
III.1.1.3. L'INP de Toulouse	23
III.1.1.4. L'UFTMiP	23
III.1.2. Organisation du travail dans la recherche	24
III.1.2.1. Organisation générale	24
III.1.2.2. Laboratoire de recherche et label	25
III.1.2.3. Organisation du travail dans l'enseignement supérieur	26
III.2. Service partagé de médecine de prévention	26
III.3. Les facteurs de risques psychosociaux	27
III.3.1. Définition	27
III.3.2. Evaluation	30
III.3.2.1. Modèle de Karasek	30
III.3.2.2. Modèle de Siegrist	32
III.3.2.3. Modèle de justice organisationnelle	33
III.3.2.4. Qualité du leadership	34
III.3.2.5. Autres outils	34
III.3.3. Conséquences du stress professionnel	35
III.3.3.1. Conséquences sanitaires	35
III.3.3.1.1. Psychosomatiques	35
III.3.3.1.2. Maladies professionnelles	36
III.3.3.1.3. Accidentologie	37
III.3.3.2. Conséquences sociales	37
III.3.3.3. Conséquences économiques	38
III.4. Etat des lieux dans le milieu de la recherche et de l'enseignement supérieur	39
III.4.1. Données de la littérature	39
III.4.2. Quelques actions mises en place par les différents établissements	42
III.4.2.1. Le CNRS	43

III.4.2.2. L'Inserm	43
III.4.2.3. L'INP de Toulouse	44
III.4.2.4. L'UFTMiP	45
III.4.3. Actions mises en place par le service de médecine de prévention	45
IV. Problématique et objectif	47
V. Matériel et méthodes	48
V.1. Type d'étude	48
V.2. Population étudiée	49
V.3. Mode de recrutement	49
V.4. Questionnaire et verbalisation	50
V.5. Analyse des entretiens	51
VI. Résultats	52
VI.1. Caractéristiques de l'échantillon	52
VI.1.1 Age	52
VI.1.2. Genre	53
VI.1.3. Statut	54
VI.1.4. Corps	54
VI.1.5. Etablissement	56
VI.1.6. Caractérisation des variables par genre	57
VI.1.6.1. Age	57
VI.1.6.2. Statut	58
VI.1.6.3. Corps	59
VI.1.6.4. Etablissement	60
VI.2. Facteurs de risques psychosociaux : analyse des questionnaires	61
VI.2.1. Réponse aux différentes questions	61
VI.2.2. Demande psychologique	62
VI.2.3. Latitude décisionnelle	64
VI.2.4. Soutien social	66
VI.2.5. Représentation graphique des scores	67
VI.2.6. Agents en Job Strain	70
VI.3. Facteurs de risques psychosociaux : verbalisation	72
VI.3.1. Satisfaction	72
VI.3.2. Demande psychologique	73
VI.3.2.1. Charge de travail intense	73
VI.3.2.2. Travail dans l'urgence	73

VI.3.2.3. Organisation	74
VI.3.2.4. Lourdeur administrative	74
VI.3.3. Latitude décisionnelle	75
VI.3.3.1. Manque d'autonomie et de responsabilités	75
VI.3.3.2. Exigence des utilisateurs	75
VI.3.4. Soutien social	76
VI.3.4.1. Management descendant	76
VI.3.4.2. Isolement	77
VI.3.4.3. Compétitivité dans le milieu	77
VI.3.5. Non-reconnaissance	78
VI.3.5.1. Du métier	78
VI.3.5.2. Financière	78
VI.3.6. Manque de moyens	79
VI.3.6.1. Humains	79
VI.3.6.2. Financiers	79
VI.3.7. Projection dans l'avenir	80
VI.3.7.1. Avenir de la profession	80
VI.3.7.2. Difficulté d'obtention de poste pérenne	80
VI.3.8. Impact sur la personne	81
VI.3.8.1. Envahissement de la sphère privée	81
VI.3.8.2. Perte de sens du travail	81
VI.3.8.3. Regrets et désillusions.....	82
VI.3.9. Propres à l'enseignement	82
VI.3.9.1. Emploi du temps hebdomadaire	82
VI.3.9.2. Effectifs grandissants d'étudiants	83
VI.3.9.3. Administratif dans l'enseignement	83
VII. Discussions	84
VII.1. L'étude	84
VII.1.1. Choix de la méthode	84
VII.1.2. Questionnaire quantitatif	84
VII.1.3. Entretien semi directif	85
VII.1.4. Recrutement	85
VII.1.5. Recueil de données (lieu, enregistrement)	86
VII.1.6. Analyse	86
VII.1.7. Biais	87
VII.1.7.1. Biais d'induction	87

VII.1.7.2. Biais d'intervention	87
VII.1.7.3. Biais de courtoisie	87
VII.2. Résultats	88
VII.2.1. Caractéristiques de l'échantillon	88
VII.2.2. Questionnaire de Karasek	88
VII.2.3. Verbalisations	89
VII.3. Perspectives	91
VII.3.1. D'autres données à analyser	91
VII.3.2. Actions conjointes médecine du travail / employeur	91
VIII. Conclusion	93
IX. Liste des figures	95
X. Liste des tableaux	97
XI. Bibliographie	98
XII. Annexe 1	105
XIII. Annexe 2	107
XIV. Serment d'Hippocrate	108

I. ABREVIATIONS

AI	Assistant Ingénieur
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ASTI	Association de Santé au Travail Interservices
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CEA	Commissariat à l'Energie Atomique
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CMSP	Comité médico-socio-professionnel
CNAMTS - DRP	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - Direction des Risques Professionnels
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
COMUE	COMmunauté d'Universités et Etablissements
COPSOQ	COpenhagen PsychoSOcial Questionnaire
CR	Chargé de Recherche
CRRMP	Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DFVE	Département Formation et Vie Etudiante
DOCTO	Doctorant
DP	Demande Psychologique
DR	Directeur de Recherche
DRDV	Département Recherche, Doctorat et Valorisation
DREI	Département Relations Européennes et Internationales
DRSU	Département Réseau des Sites Universitaires
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DU	Directeur/trice d'Unité
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EA	Equipe d'Accueil
Echelle HAD	Hospital Anxiety and Depression scale
ENIT	Ecole Nationale d'Ingénieur de Tarbes

ENM	Ecole Nationale de Météorologie
ENSAT	Ecole Nationale Supérieure Agronomique de Toulouse
ENSEEIH	Ecole Nationale Supérieure d'Electrotechnique, d'Electronique, d'Informatique, d'Hydraulique et des Télécommunications
ENSIACET	Ecole Nationale Supérieure des Ingénieurs en Arts Chimiques et Technologiques
EPCSCP	Etablissement Public à Caractère Scientifique, Culturel et Professionnel
EPST	Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique
ERI	Effort-Reward Balance
ERIQ	Effort-Reward Balance Questionnaire
ERT	Equipe de Recherche Technologique
FCR	Fiche Collective des Risques
HCERES	Haut Conseil de l'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
HSE	Health and Safety Executive
IC	Intervalle de Confiance à 95%
IE	Ingénieur d'Etudes
INH	Institut National d'Hygiène
INP	Institut National Polytechnique
INSA	Institut National des Sciences Appliquées
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
Inserm	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IR	Ingénieur de Recherche
IRPS	Ingénieur Régional de Prévention et Sécurité
ISAE-SUPAERO	Institut Supérieur de l'Aéronautique et de l'Espace
IT	Ingénieur, Technicien
ITA	Ingénieur, Technicien, Administratif
JCQ	Job Content Questionnaire
LD	Latitude Décisionnelle
MDC	Maître de conférences
MGEN	Mutuelle Générale de l'Education Nationale
QVT	Qualité de Vie au travail
POST DOCTO	Post-doctorant
PR	Professeur

RPS	Risques PsychoSociaux
RRH	Responsable des Ressources Humaines
SPMP	Service Partagé de Médecine de Prévention
SS	Soutien Social
SUMER	Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels
TECH	Technicien
TMS	Troubles Musculosquelettiques
UFTMiP	Université Fédérale de Toulouse Midi-Pyrénées
UMR	Unité Mixte de Recherche
UPR	Unité Propre de Recherche
UPS	Université Paul Sabatier
WOCCQ	WOorking Conditions and Control Questionnaire

II. INTRODUCTION

Evoqués dès les années 1970 sous le terme de stress au travail, les risques psychosociaux (RPS) ont véritablement émergé dans la recherche scientifique au cours des années 2000 (Légeron P., 2001) (1). Puis, à partir de 2015, le terme est peu à peu remplacé dans les médias par le concept de qualité de vie au travail (QVT). (2)

Les RPS n'ont pas de réelle définition scientifique ou juridique. On retiendra ici la définition donnée par le collège d'expertise sur le suivi des RPS, formé fin 2008 par l'INSEE à la demande du Ministère du Travail (3), conformément aux recommandations du rapport Nasse-Légeron (2008) : « les RPS seront définis comme des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ». L'étude des RPS au travail qui en découle cherche donc à identifier les facteurs de stress en lien avec l'organisation et la charge de travail.

Si les RPS pour les salariés du secteur privé ont beaucoup été analysés, notamment au travers des enquêtes SUMER menées par la DARES (2003, 2010, 2017) et des enquêtes européennes sur les conditions de travail menées par Eurofound (7ème campagne en 2020), ainsi que des enquêtes menées auprès des enseignants du primaire et secondaire ou des agents de la fonction publique hospitalière, les études sur les RPS chez les chercheurs et enseignants-chercheurs de la Fonction Publique d'Etat demeurent rares.

La complexité des situations de RPS observées par le Service de Médecine de Prévention mutualisé entre CNRS - Inserm - INSA - INP - UFTMiP de Toulouse a rapidement incité les médecins de prévention à s'interroger sur leurs causes. C'est la raison pour laquelle le questionnaire de Karasek est proposé à chaque visite périodique ou à la demande de l'agent, outil de référence dans le dépistage des RPS, et ce depuis début 2018. Les résultats sont ensuite analysés de manière individuelle avec l'agent lors de la visite médicale, puis de manière collective et anonyme auprès des directeurs d'unité des laboratoires au sein des fiches collectives des risques (FCR).

Nous décrivons d'abord l'organisation du travail dans le milieu de la recherche et de l'enseignement supérieur puis nous établirons un état des lieux des RPS dans ce secteur afin de déterminer le cadre de cette étude. Nous aborderons ensuite la méthode utilisée puis les résultats issus de cette étude qualitative. La dernière partie s'attachera à émettre une critique des résultats obtenus et à proposer des axes d'améliorations futures de ce sujet dans l'environnement de la recherche et l'enseignement supérieur de la fonction publique.

III. CONTEXTE ET DONNEES DE LA LITTERATURE

III. 1. RECHERCHE ET ENSEIGNEMENT DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Le secteur public de la recherche et de l'enseignement supérieur public peut sembler complexe à appréhender dans son organisation. Ces différents organismes spécialisés viennent opérer sous la tutelle du Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Ainsi, côté recherche, le CNRS et l'Inserm cogèrent et cofinancent différentes unités de recherche, les plus souvent mixtes, au sein desquelles exercent les chercheurs (directeurs de recherche, chargés de recherche) et toutes les fonctions supports à la recherche (techniciens, ingénieurs et administratifs). Du côté de l'enseignement supérieur, de grandes écoles et universités conjuguent, dans leurs différents départements, l'enseignement et la recherche, grâce aux enseignants-chercheurs (professeurs universitaires et maîtres de conférences). Les unités de recherche représentent donc un « joyeux mélange » d'agents de ces différents établissements.

III.1.1. Les différents établissements

III.1.1.1. Le CNRS

Le Centre National de la Recherche Scientifique, plus connu sous son sigle CNRS, est le plus grand organisme public français de recherche scientifique (4).

Il est né en 1939 de la fusion entre la Caisse nationale de la recherche scientifique et du Centre national de la recherche scientifique appliquée grâce au décret-loi du 19 octobre 1939 (5) destiné à « coordonner l'activité des laboratoires en vue de tirer un rendement plus élevé de la recherche scientifique ». Ce n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale que la structure est réorganisée pour s'orienter vers la recherche fondamentale c'est-à-dire vers les « travaux expérimentaux ou théoriques entrepris en vue d'acquérir de nouvelles connaissances sur les fondements des phénomènes et des faits observables, sans envisager une application ou une utilisation particulière » (6).

Son président-directeur général est, depuis le 24 janvier 2018, Monsieur Antoine Petit, professeur universitaire et chercheur, agrégé de mathématiques, docteur en sciences, spécialiste des méthodes formelles.

C'est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST) placé sous la tutelle administrative du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Il est régi par les articles L. 321-1 à L. 321-6 du code de la recherche (7) et par le décret n° 82-993 du 24 novembre 1982, modifié en dernier lieu par le décret n° 2015-1151 du 16 septembre 2015 (8).

S'intéressant à la quasi-totalité des domaines de recherche (biologie, chimie, écologie et environnement, homme et société, ingénierie et systèmes, mathématiques, nucléaires et particules, physique, sciences de l'information, Terre et univers), le CNRS emploie plus de 32000 agents sur tout le territoire (15 000 chercheurs et 16 000 ingénieurs et techniciens) pour un budget annuel de 3,4 milliards d'euros, émanant dans 77% des cas de la subvention pour charges de service public, et dans 23% des cas, de ressources propres diverses (contrats de recherche, subventions d'appels à projets, prestations de services). Il finance ainsi 1170 laboratoires (dont 98 unités propres et 1072 unités mixtes de recherche) ; nous reviendrons sur ces termes au III.1.2. Les agents CNRS peuvent exercer au sein des laboratoires du CNRS ou dans ceux des autres établissements. Il finance également des projets de recherche spécifiques, tout établissement confondu.

Le CNRS est composé de 18 délégations régionales qui assurent des missions de représentation au sein des diverses instances locales impliquées dans la recherche et l'enseignement supérieur, de gestion de proximité des laboratoires et du personnel et d'accompagnement des projets scientifiques locaux. Nous nous intéresserons aux agents de la délégation Occitanie Ouest, ce qui correspond environ à 2686 agents en 2018.

III.1.1.2. L'Inserm

L'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale, plus connu sous son sigle Inserm, est le seul organisme public français entièrement dédié à la recherche médicale (9). Il a pour objectif « d'améliorer la santé de tous par le progrès des connaissances sur le vivant et sur les maladies, l'innovation dans les traitements et la recherche en santé publique ».

Il a été créé en 1964 par Raymond Marcellin, ministre de la Santé, via le décret 64-627 du 18 juillet 1964. Il résulte de la fusion de l'Institut national d'hygiène (INH), créé en 1941 sous le gouvernement Vichy, et de seize centres de recherche impulsés par l'Association Claude-Bernard.

Son président-directeur général est, depuis le 2 janvier 2019, Monsieur Gilles Bloch, polytechnicien, docteur en médecine et docteur en biophysique moléculaire, spécialiste du métabolisme musculaire et cérébral.

C'est un EPST français spécialisé dans la recherche médicale, placé sous la double tutelle du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et du ministère des Solidarités et de la Santé. Il est régi par les mêmes articles de loi que le CNRS.

Spécialisé dans la recherche médicale (neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie, cancer, microbiologie et maladies infectieuses, circulation, métabolisme, nutrition, immunologie, hématologie, pneumologie, santé publique, technologies pour la santé, bases moléculaires et structurales du vivant, biologie cellulaire, développement et évolution, génétique, génomique et bioinformatique), l'Inserm emploie plus de 8 000 personnes (3700 chercheurs et 4000 ingénieurs et techniciens (10)). Son budget annuel en 2019 est de 913 millions d'euros, provenant à 69% de subventions de l'état et à 31 % de ressources externes (associations, industries ...). Il finance ainsi 261 unités de recherche, 36 unités de service et 34 centres d'investigation clinique.

Il est divisé en 12 Délégations Régionales qui assurent les mêmes missions que celles du CRNS. Nous nous intéresserons aux agents de la Délégation Occitanie-Pyrénées, soit environ 546 personnes en 2018.

III.1.1.3. L'INP de Toulouse

L'Institut National Polytechnique de Toulouse, aussi connu sous son sigle INPT, est un établissement d'enseignement supérieur assimilé à des universités (11). C'est un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPCSCP) créé en 1969 suite à la loi Faure de 1968 sur la nouvelle organisation des universités françaises, puis intégré au "groupe INP" le 5 novembre 2014 (qui regroupe les INP de Grenoble, Lorraine, Toulouse et Bordeaux). Sa présidente depuis le 29 juin 2020 est Madame Catherine Xuereb, directrice de recherche au laboratoire de génie chimique du CNRS.

Il a 2 missions principales : l'enseignement et la recherche. L'enseignement est réalisé par la prépa INP et ses 6 écoles d'ingénieurs (l'école nationale supérieure agronomique de Toulouse ENSAT, l'école nationale supérieure d'électrotechnique, d'électronique, d'informatique, d'hydraulique et des télécommunications ENSEEIHT, l'école nationale supérieure des ingénieurs en arts chimiques et technologiques ENSIACET, l'école nationale d'ingénieurs de Tarbes ENIT, l'école nationale de météorologie ENM, l'école d'ingénieurs de Purpan). La partie recherche est effectuée dans 17 laboratoires, majoritairement associés au CNRS ou à l'Université Toulouse III-Paul Sabatier (UPS).

Il regroupe environ 983 agents en 2018.

III.1.1.4. L'UFTMiP

L'Université Fédérale de Toulouse Midi-Pyrénées est une communauté d'universités et établissements (abrégée COMUE) créée en 2007 suite à la loi de programmation pour la recherche du 8 juillet 2006. C'est un établissement public de coopération scientifique fondé par les 3 Universités de Toulouse (Capitole, Jean-Jaurès, Paul Sabatier), l'INP Toulouse, l'INSA Toulouse (institut national des sciences appliquées), l'ISAE-SUPAERO (institut supérieur de l'aéronautique et de l'espace), et le CNRS. Petit à petit, la quasi-totalité des écoles d'enseignement supérieur et des organismes de recherche de Toulouse se sont associés à l'UFTMiP (12).

Son président, depuis juillet 2016, est Monsieur Philippe Raimbault, Professeur en Droit Public.

L'UFTMiP exerce 4 missions principales pour tous les établissements associés grâce à 4 départements (13) :

- le Département Recherche, Doctorat et Valorisation (DRDV) qui vise à soutenir et promouvoir la Recherche ;
- le Département Formation et Vie Etudiante (DFVE) qui a pour mission de coordonner les formations et d'améliorer la vie étudiante ;
- le Département Relations Européennes et Internationales (DREI) qui assure la promotion et le rayonnement des différents associés à l'International ;
- le Département Réseau des Sites Universitaires (DRSU) qui déploie différentes actions communes sur les sites des différents établissements associés.

L'UFTMiP compte environ 143 agents propres en 2018, mais pilote près de 17 000 personnes réparties dans 31 établissements d'enseignement supérieur et de recherche, 15 écoles doctorales et 143 laboratoires de recherche à travers les 8 départements de l'ancienne région Midi-Pyrénées.

III.1.2. Organisation du travail dans la recherche

III.1.2.1. Organisation générale

Des organismes de recherche tels que le CNRS ou l'Inserm présentent un mode de fonctionnement vertical.

La politique générale d'un établissement est étatique, et décidée au sein du siège à Paris. Elle est ensuite appliquée au niveau régional par les différentes délégations.

La délégation régionale constitue le pôle des services communs généraux des différents laboratoires qui y sont rattachés. Elle regroupe le délégué régional ainsi que les différents services : ressources humaines, partenariat et valorisation, achats-finances-comptabilité, systèmes d'informations, patrimoine, prévention-sécurité (ingénieur régional de prévention et sécurité IRPS) et médecine de prévention.

Les laboratoires de recherche rattachés ou unités de recherche possèdent chacun leur équipe de direction avec Directeur/trice d'Unité (DU), directeur/trice adjoint, secrétaire ... Chaque structure est composée d'un nombre plus ou moins important d'équipes de recherche (regroupant directeurs de recherche, chargés de

recherche, doctorants, post-doctorants, techniciens et ingénieurs travaillant sur une même thématique de recherche), de plateaux techniques (techniciens et ingénieurs spécialisés dans certaines expérimentations ou manipulations, à la disposition des équipes de recherche), et en services communs (gestion administrative, informatique, laverie, communication ...).

III.1.2.2. Laboratoire de recherche et label

Les laboratoires reçoivent un label qui permet de les répertorier au sein des bases de données des établissements et des tutelles. Fréquemment modifiés, ces labels répondent actuellement à cette nomenclature (14, 15) :

- Unité propre de l'enseignement supérieur et de recherche - Equipe d'accueil (EA) : unités de recherche non liées à des organismes qui ont vocation à évoluer vers des Unités Mixtes de Recherche ou des Unités Propres de Recherche via une accréditation après évaluation quinquennale par l'HCERES du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ;
- Unité Mixte de Recherche (UMR) : souvent qualifiée de « laboratoire associé », une UMR est une équipe de recherche reconnue par un (ou plusieurs) organisme(s) de recherche. Elle est multi-établissement dans ses effectifs mais rattachée à un seul établissement. Dans le cadre d'une contractualisation, chaque établissement apporte des moyens humains et financiers à l'unité. La grande majorité des laboratoires de recherche sont des UMR ;
- Unité Propre de Recherche (UPR) : laboratoire géré entièrement par un seul organisme de recherche, mais lié à une université par convention ;
- Equipe de Recherche Technologique (ERT) : équipe de recherche ayant un partenariat avec des industriels et menant des recherches sur le court terme dans le cadre de projets précis.

III.1.2.3. Organisation du travail dans l'enseignement supérieur

Des instituts tels que l'INP de Toulouse combinent enseignement supérieur et recherche. L'organisation est sensiblement la même que celle présentée précédemment (15). La direction de l'école, associée aux ressources humaines et autres services patrimoine, informatique, prévention ... sont les services communs à toute la structure. Celle-ci est ensuite divisée en différents départements d'enseignement au sein desquels exercent les enseignants-chercheurs et les techniciens et ingénieurs ; ainsi qu'en laboratoires de recherche, bien souvent cogérés et cofinancés avec les autres établissements (CNRS, UPS ...).

III.2. SERVICE PARTAGE DE MEDECINE DE PREVENTION

Pendant de la médecine du travail du secteur privé, la médecine de prévention de la fonction publique est régulée par le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, modifié par le Décret n°2020-647 du 27 mai 2020. Ce dernier décret précise : « le service de médecine de prévention a pour rôle de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail. Il conduit les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel. Afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, paramédicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, le service de médecin de prévention fait appel, en tant que de besoin, aux cotés du médecin du travail et des infirmiers en santé au travail, à des professionnels de la santé au travail ou à des organismes possédant des compétences dans ces domaines » (16).

Constitué en mars 2019 à l'initiative de la Délégation Occitanie Ouest du CNRS, le Service Partagé de Médecine de Prévention (SPMP) est une mutualisation conventionnée de plusieurs établissements de recherche et d'enseignement supérieur de la région toulousaine : le CNRS, l'INSERM, l'INP Toulouse, l'INSA Toulouse, l'UFTMiP. En 2018, il assurait le suivi d'environ 5000 agents répartis dans 92 laboratoires : 2686 agents CNRS ; 983 agents INP ; 660 agents INSA ; 546 agents Inserm ; 140 agents UFTMiP. Tous les établissements

du service mutualisé sont sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, et de l'Innovation.

La création de ce nouveau service répond à la baisse démographique des médecins du travail et au besoin d'une surveillance de la santé et des conditions de travail des agents travaillant dans les unités mixtes de recherche et autres structures.

Son équipe pluridisciplinaire est constituée de 3 médecins de prévention à temps-plein, 2 assistantes médicales, 2 infirmières de santé au travail. Il accueille régulièrement un interne en Médecine du Travail depuis Novembre 2018. Par ailleurs, l'équipe collabore avec 2 assistantes-sociales, rattachées au service des ressources humaines du CNRS, et œuvrant pour les agents du CNRS et de l'Inserm.

Elle peut également s'appuyer sur les conseillers et ingénieurs de prévention des différents établissements, ainsi que sur les assistants de prévention des unités de recherche, le plus souvent mixtes, pour toute action en milieu de travail (étude de poste, visite de laboratoire, sensibilisation ...).

III.3. LES FACTEURS DE RISQUES PSYCHOCIAUX

III.3.1. Définition

Si les termes de risque psychosocial et de qualité de vie au travail sont relativement récents, la notion de stress au travail était déjà décrite au milieu du XX^{ème} siècle (2). Un élément stressor (le facteur causal) vient menacer l'« homéostasie » de l'organisme, c'est-à-dire l'équilibre interne. Les fonctions adaptatives du corps interviennent alors pour tenter de rétablir l'équilibre. Si cet élément stressor persiste dans le temps, les capacités de réponse au stress provoqué sur l'organisme finissent par être dépassées, ce qui est alors source de diverses pathologies aussi bien physiques que mentales.

Les pouvoirs publics français se sont emparés du sujet au début du XXI^{ème} siècle : conférence sur les conditions de travail en octobre 2007 ; rapport Nasse et Légeron de 2008 sur la façon d'identifier, de quantifier et de suivre ces risques ; session du Conseil d'orientation des conditions de travail de 2009 sur ce sujet ; rapport Lachman de 2010 sur le bien-être au travail... jusqu'au rapport Gollac de 2011 sur la « mesure des facteurs de risques psychosociaux de risque

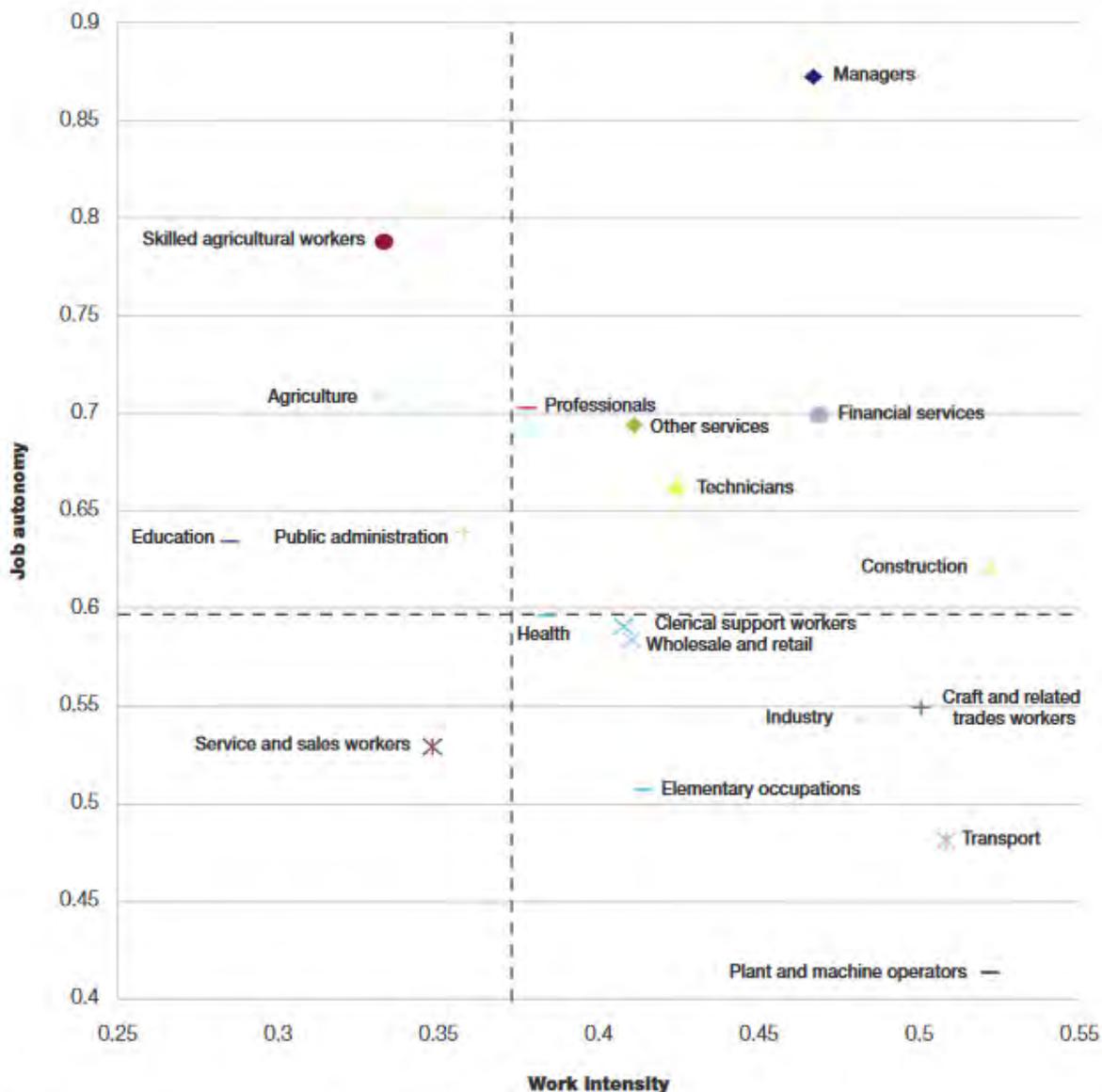
au travail pour les maîtriser ». Les risques psychosociaux ont ensuite été mieux évalués dans les enquêtes sur les conditions de travail du Ministère du Travail à partir de 2013. Les résultats de la dernière campagne de 2019 sont toujours en attente.

En l'absence de consensus dans le monde scientifique quant à la façon de concevoir et de traiter les risques psychosociaux au travail, le rapport définissait ainsi les risques psychosociaux comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».

Les évolutions récentes du monde du travail (depuis les années 1980), avec intensification de la charge de travail, course à la performance, modifications organisationnelles (apparition du télétravail et des entreprises dématérialisées, utilisation accrue des nouvelles technologies de l'information et de la communication), flexibilité des emplois, fusions d'entreprises (unités de recherche dans notre cas) ... sont sources de stress au travail et donc de risque psychosocial (17,18). Les diverses enquêtes européennes sur les conditions de travail affirment ainsi la place de plus en plus importante du risque psychosocial, 33% des travailleurs présentant un travail « sous pression » ou « de piètre qualité » (alliant charge de travail importante, faible autonomie et faible soutien social) en 2015 contre 22% en 2005 (19,20).

La figure suivante présente les scores moyens dans divers secteurs d'activité en termes de charge de travail et d'autonomie (les lignes en pointillés correspondants aux médianes européennes sur ces deux dimensions) d'après les résultats de la cinquième enquête européenne sur les conditions de travail de 2010 (21). On pourra noter l'absence des chercheurs et enseignants-chercheurs sur le graphe.

Figure 1 : Scores moyens de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle de différents corps de métiers, 5ème enquête européenne sur les conditions de travail, 2010



Note: The dashed lines indicate the EU27 median levels of work intensity (vertical) and job autonomy (horizontal). Both indices range between 0 and 1 and are constructed by calculating the average of a number of variables. The index for work intensity was based on Q45a and Q45b, asking whether the respondents work involves working at very high speed and working to tight deadlines, and Q51g asking whether the respondent has enough time to get the job done. The index for job autonomy is based on Q50a, Q50b and Q50c, on whether the respondent can change his or her order of tasks, methods of work and speed or rate of work, question Q51e on having a say in the choice of working partners, and Q51f on being able to take a break when desired.

III.3.2. Evaluation

De nombreux outils ont été développés et validés sur ces dernières décennies pour évaluer les risques psychosociaux au travail sous la forme de questionnaire ou d'auto-questionnaire. Ces outils ont été suffisamment utilisés pour être validés sur toute population au travail. Toutefois, les études ont porté principalement sur des populations salariées n'ayant pas le niveau d'autonomie au travail équivalent à celui des chercheurs et enseignants-chercheurs.

III.3.2.1. Modèle de Karasek

Développé par Robert Karasek à la fin des années 1970 (22, 23), le modèle du job strain a longtemps été le modèle dominant pour l'étude des risques psychosociaux. Il est d'autant plus intéressant que des études étiologiques ont rapidement souligné ses effets prédictifs en matière de santé cardiovasculaire, de pathologies mentales mais également des indicateurs globaux de santé tels que la santé perçue, la qualité de vie ou l'absentéisme pour raison de santé.

Le modèle d'origine était composé de 2 dimensions : la demande psychologique et la latitude décisionnelle. La demande psychologique correspond à la charge psychologique associée à l'exécution des tâches, en termes de quantité, de complexité ou de contraintes temporelles. La latitude décisionnelle quant à elle combine à la fois l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences.

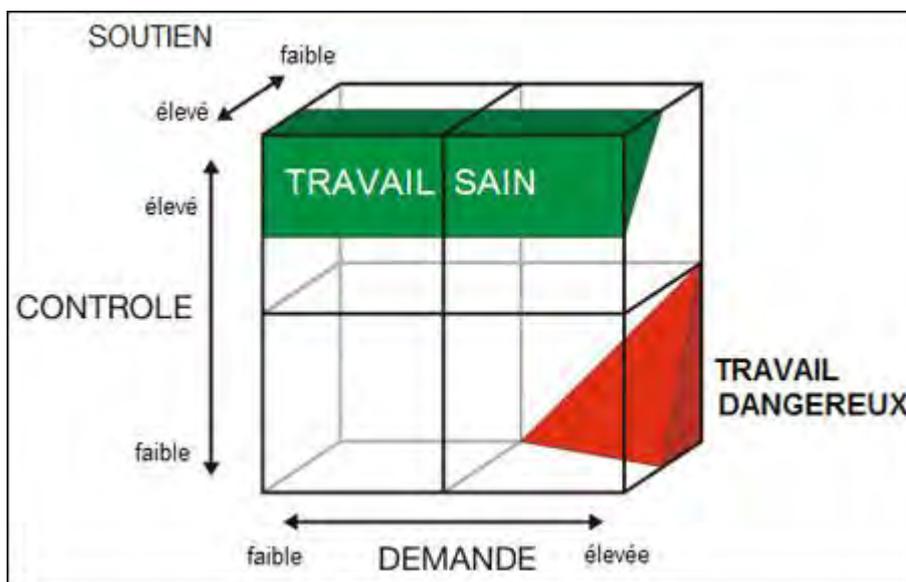
Selon Karasek, la combinaison d'une demande psychologique forte et d'une latitude décisionnelle faible situe le travailleur dans une position de travail tendu ou « job strain », potentiellement source à terme de risques pour la santé, notamment cardiovasculaires. Les différentes combinaisons des niveaux de demande psychologique et de latitude décisionnelle correspondent à quatre situations de travail (détendu, actif, passif, tendu) ; la situation la plus risquée étant la situation de travail tendu, et la moins risquée, celle combinant une faible demande psychologique et une forte latitude décisionnelle. Comme l'illustre figure ci-dessous.

Figure 2 : Représentation schématique du score de Karasek basé sur 2 dimensions, demande psychologique et latitude décisionnelle

		Demande psychologique	
		Faible	Elevée
Latitude décisionnelle	Elevée	Travail détendu	Travail dynamique (actif)
	Faible	Travail passif	Travail tendu ou job strain

A ces deux dimensions vient se rajouter une troisième en 1990 : le soutien social (24), caractérisant l'aide et la reconnaissance des collègues et des supérieurs hiérarchiques. Un faible soutien social (isolement social ou absence de soutien) associé à une situation de job strain définit l'iso strain, dont les effets sur la santé sont encore plus importants. La combinaison de ces 3 dimensions peut être représentée par la figure 3.

Figure 3 : Représentation graphique du score de Karasek basé sur les 3 dimensions



Le Job Content Questionnaire (JCQ) qui en découle, a été validé dans de nombreuses langues (dont le français) (25). Il en existe différentes versions, la plus courte comprenant 26 items quand la plus longue en contient 112. Toutefois, les auteurs insistent sur le fait qu'il n'est pas nécessairement adapté à toutes les situations de travail et qu'il ne suffit pas, à lui seul, à lancer une démarche de prévention.

III.3.2.2. Modèle de Siegrist

Développé par Johannes Siegrist, le modèle du déséquilibre effort-récompense (ERI pour effort-reward imbalance) repose sur l'hypothèse qu'une « situation de travail se caractérisant par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses s'accompagne de réactions sur le plan émotionnel et physiologique, potentiellement délétères » (26,27). Le travailleur attend une récompense, matérielle ou symbolique, en échange de son effort et l'absence de récompense, ou une récompense jugée insuffisante, est génératrice d'émotions négatives et de stress. A l'inverse, si la récompense est en rapport avec l'effort fourni, elle est génératrice de bien-être pour la santé. La notion d'efforts dans ce modèle est assimilable à la demande psychologique du modèle de Karasek. La notion de faibles récompenses peut quant à elle revêtir trois formes : une rémunération insuffisante, un manque d'estime au travail, un manque de contrôle sur son statut professionnel (emploi précaire ou marges de manœuvre réduites dans l'évolution de carrière).

Au travers de 23 items dans sa version de 2004, le questionnaire de Siegrist (ERIQ) cherche à mesurer d'une part l'effort, d'autre part les récompenses, puis à évaluer l'équilibre entre les deux. Une troisième dimension est également étudiée : le surinvestissement (over commitment).

L'on admet ainsi que les salariés peuvent tolérer un déséquilibre entre effort et récompense en leur défaveur s'il n'y a pas d'alternative possible, s'il y a un espoir de gains futurs, ou s'il y a surinvestissement dans le travail (28).

III.3.2.3. Modèle de justice organisationnelle

Etudiée par les psychologues depuis les années 60 et révélée comme facteur de risque psychosocial au début des années 2000 par Elovainio et son équipe (29), la justice organisationnelle et son corollaire, l'injustice, sont des facteurs de risques psychosociaux majeurs. Elle se définit comme « l'équité dans la distribution des ressources et des avantages, au regard des efforts accomplis et en comparaison avec ce que donnent et reçoivent les collègues occupant un poste similaire » (30). Trois composantes peuvent être distinguées : la justice distributive, la justice procédurale et la justice relationnelle.

La justice distributive concerne la justice dans la distribution des « résultats ». Elle a longtemps été la seule forme de justice étudiée dans la littérature (31). Adams, qui a développé la théorie de l'équité en 1965, montre que les agents « calculent le ratio entre leurs contributions et leurs rétributions qu'ils comparent à un référent ». Si la rétribution n'est pas à la hauteur de la contribution selon le référentiel utilisé, il apparaît un sentiment d'injustice.

La justice procédurale, concept développé par Thibault et Walker en 1975, s'intéresse au processus conduisant à la distribution des ressources. Elle se caractérise par l'effet Voice, c'est-à-dire la possibilité d'intervenir, le droit d'expression face à une prise de décision. De plus, les procédures doivent également être dénuées de biais et de préjugés ; basées sur des informations exactes, fiables et précises ; cohérentes dans le temps et en fonction des personnes ; et en adéquation avec les normes et valeurs en vigueur. De cette composante découle la confiance que l'agent accordera à son manager.

La justice interactionnelle, développée par Bieg et Moag en 1986, s'intéresse aux relations interpersonnelles de l'agent. Elle repose d'une part sur la justice interpersonnelle, c'est-à-dire la sincérité, la dignité et le respect que lui témoigne son interlocuteur, et sur la justice informationnelle, soit la présence d'explications et l'adéquation de ces informations avec la situation.

Les questionnaires portant sur la justice organisationnelle sont relativement récents et ne disposent pour le moment que de peu de données validant leurs propriétés psychométriques. On pourra tout de même citer le questionnaire d'Elovainio et le questionnaire de Moorman (32). Il n'existe à ce jour pas de

traduction française officielle de l'instrument et les études françaises sur le sujet restent rares (33).

III.3.2.4. Qualité du leadership

Dernier modèle d'étude des RPS en date, la qualité du leadership, est similaire à la justice informationnelle en ce qu'il étudie les méthodes de management et de communication de la hiérarchie.

Néanmoins, il repose sur des comportements managériaux plus concrets que le soutien social de la hiérarchie ou des récompenses :

- intégrité (honnêteté, justice, fiabilité, sincérité),
- motivation (positivité, optimisme, encouragement, mobilisateur, enthousiasmant),
- intégration (intégrateur, informatif, communicant, stimulant le travail d'équipe),
- autocratie (autocratique, autoritaire, élitiste, dictatorial),
- auto-centrage (égoïste, asocial, solitaire, non-participatif).

Décrit vers la fin des années 2000 par Nyberg et son équipe (34), ce concept récent est encore peu étudié, Son questionnaire a été dérivé du projet Globe (Global Leadership and Organisational Behaviour Effectiveness), projet international centré sur les relations entre culture et leadership. Toutefois, peu d'études ont pour le moment caractérisé les qualités psychométriques de ce questionnaire et il n'en existe pas de version française.

III.3.2.5. Autres outils

De nombreux autres questionnaires ont été développés pour l'étude des risques psychosociaux ; COpenhagen PsychoSOcial Questionnaire (COPSOQ), Questionnaire nordique général (QPS Nordic), WOrking Conditions and Control Questionnaire (WOCCQ) ... Ces questionnaires permettent une étude large et approfondie des RPS mais ils sont longs à réaliser.

D'autres questionnaires existent sur des thèmes précis, reconnus comme facteurs de RPS : la violence au travail, l'insécurité au travail, le harcèlement, la précarité de l'emploi, le temps de travail prolongé ... Ils viennent ainsi en

complément des questionnaires évoqués dans les paragraphes précédents, dans les actions d'étude et de mise en place de plan de prévention pour les RPS.

Il est important de se souvenir qu'aucun questionnaire, quel qu'il soit, n'est suffisant à lui seul dans la mise en place de plan d'action de prévention.

Les commissions d'expertise sur les RPS ont également soulevé l'intérêt d'élargir le champ de recherche des RPS en s'intéressant à leurs conséquences psychiques principales : la dépression et l'anxiété (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM, Hospital Anxiety and Depression scale HAD ...).

III.3.3. Conséquences du stress professionnel

Générateurs d'un stress chronique sur l'organisme et de répercussions sur la santé, l'étude et la prévention des risques psychosociaux au travail sont des enjeux de santé publique largement reconnus.

III.3.3.1. Conséquences sanitaires

III.3.3.1.1. Psychosomatiques

De nombreuses études sont venues confirmer l'existence de relations entre les « contraintes de travail perçues » ou « facteurs organisationnels » décrits par Karasek et Siegrist, et la santé. Ces conséquences sont aussi bien psychiques que somatiques, parmi lesquelles on retrouve des troubles du sommeil et de la concentration, de l'irritabilité, de l'asthénie, de la tachycardie ... Les RPS sont ainsi à l'origine d'une augmentation du risque de développer des maladies cardiovasculaires, troubles musculosquelettiques, des troubles anxieux ou dépressifs.

Les problèmes de santé mentale liés au travail sont de plus en plus prégnants (35,36). Des symptômes tels que l'anxiété ou l'irritabilité sont souvent évoqués par les travailleurs dans les enquêtes européennes sur les conditions de travail. De nombreuses méta-analyses ont montré le lien entre RPS et syndrome dépressif (37,38). D'autres pathologies, comme le trouble anxieux, les troubles du sommeil, les conduites addictives, ont également été étudiées. L'étude Héraclès (39), menée par Rivière et son équipe et publiée en 2018, démontrait qu'une intensité de travail importante était un facteur associé au développement de

troubles psychiques en lien avec le travail. Ces résultats correspondent à ceux de l'étude de la fondation Denicker sur la santé mentale des actifs en France (40). Elle montrait également qu'un actif sur cinq présente une détresse orientant vers un trouble mental, avec une légère prédominance féminine (26% de femmes, contre 19% d'hommes).

Une étude de septembre 2012 (41) menée conjointement par l'Inserm et l'Université de Versailles-Saint-Quentin sur 200 000 individus en Europe montrait que les « personnes exposées au stress auraient un risque faire un infarctus de 23 % plus élevé que les personnes non exposées ». Les maladies cardiovasculaires étant la principale cause de mortalité dans le monde, la prévention des RPS en devient d'autant plus essentielle.

Enfin, les affections musculosquelettiques sont en France la première cause de maladie professionnelle indemnisée. Étudiés dès 2004 (42), puis discutés lors d'un congrès francophone de 2011 dédiés à leur sujet (43), les troubles musculosquelettiques (TMS) peuvent également émaner des RPS. Le stress généré par les facteurs de RPS vient perturber les capacités de récupération de l'organisme, facilitant l'apparition d'atteinte physique telles que les TMS et retardant leur récupération. Macfarlane publie en 2009 une grande revue de la littérature sur ce sujet, montrant de manière quasi systématique un lien entre forte pression psychologique et apparition de TMS (44).

III.3.3.1.2. Maladies professionnelles

Dans son travail de thèse (45), Eloïse COMBA-ZAÏRI montre une recrudescence des demandes de reconnaissance de pathologies psychiques liées au travail, constatées en CRRMP depuis 10 ans, ainsi qu'une augmentation progressive des avis favorables données par le comité, avec 38,7% des dossiers de psychopathologies soumis ayant reçu un avis favorable dans la région Hauts-de-France entre 2011 et 2015.

Dans une étude de 2011 sur les maladies à caractère professionnel, Sérazin et son équipe (46) mettent en évidence une prédominance masculine des pathologies psychiques avec une prévalence de 11,1% chez les hommes contre 2,4% chez les femmes. En 2008, les RPS sont donc la 2ème cause de maladies à caractère professionnel, derrière les TMS.

Enfin, le bilan RNV3P (47) montre que plus de 22% des consultations dans les services universitaires de pathologies professionnelles sont en lien avec des risques psychosociaux.

III.3.3.1.3. Accidentologies

Reconnue comme source d'accidents du travail, la sphère psychique représente désormais une part non négligeable des causes d'accidents du travail. Selon l'étude EUROGIP (48), entre 10 000 et 12 000 accidents du travail par an en France seraient pris en charge au titre d'une lésion d'ordre psychique. La CNAMTS - DRP aurait ainsi reçu, entre janvier 2008 et décembre 2009, 107 demandes de reconnaissance au titre des accidents de travail en lien avec un décès par suicide (49).

III.3.3.2. Conséquences sociales

L'accord national interprofessionnel de 2008 sur le stress au travail (50) a souligné la relation entre la perturbation de certains indicateurs (absentéisme, existence de conflits interpersonnels, accidentologie ...) et la présence de RPS dans une entreprise.

Pour aider les entreprises à satisfaire à l'obligation réglementaire de prévention, l'INRS a établi un listing d'indicateurs pertinents (51), aussi bien pour l'entreprise que pour le salarié. On peut ainsi citer : augmentation des accidents du travail et des maladies professionnelles, existence de situations graves ou dégradées dans le collectif de travail, augmentation des manifestations du stress chronique ou de pathologies potentiellement en lien avec les RPS... Ces indicateurs en lien avec la santé des travailleurs sont à leur tour générateurs d'indicateurs en lien avec une activité dégradée de l'entreprise : temps de travail impacté par l'absentéisme et les mouvements du personnel, relations sociales dans l'entreprise, formation, rémunération, organisation du travail ... Attention toutefois, seul un cumul de ces indicateurs pourrait évoquer une détérioration significative des conditions de travail.

L'ANACT a, quant à elle, développé une méthode permettant de construire des indicateurs de santé et qualité de vie au travail adaptés au collectif de travail (52). Par une interprétation pluridisciplinaire, elle permet de rendre compte des conditions de travail propres à une entreprise.

Si des rapports concernant les inaptitudes médicales prononcées ont été réalisés en région Hauts-de-France et PACA-Corse à la suite du Plan Régional Santé Travail 3 (53,54), cela n'a pas encore été le cas en Occitanie, où l'étude IODA (Inaptitudes en Occitanie, Diagnostic et Analyse), menée par l'ARACT Occitanie (Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), est en cours. Dans les Hauts-de-France, 30,5% des inaptitudes prononcées en 2018 étaient en lien avec des troubles mentaux et du comportement, soit la 2ème cause derrière les troubles ostéoarticulaires.

III.3.3.3. Conséquences économiques

Le coût économique moyen des RPS pour les entreprises en France est estimé en 2007 entre 1,9 et 3 milliards d'euros (55). Ces dépenses regroupaient : dépenses de soin, dépenses liées à l'absentéisme, dépenses liées aux cessations d'activité et aux décès prématurés, dépenses inhérentes aux situations de travail tendu. Le coût de l'absentéisme est estimé par la même étude à environ 826 à 1284 millions d'euros. Responsables de dépressions, de maladies cardiovasculaires et de TMS, les dépenses estimées pour chacune de ces pathologies étaient respectivement de 650 à 752 millions d'euros, de 388 à 715 millions d'euros, et de 27 millions d'euros en 2000 (56).

Une enquête de l'HSE parue en 2013 estimait qu'au Royaume-Uni, entre 2011 et 2012, on retrouvait un absentéisme moyen de 24 jours en lien avec le stress et les risques psychosociaux. (57) A l'échelle européenne, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail rend régulièrement des rapports sur les coûts du stress et des risques-psychosociaux. (58)

III.4. ETAT DES LIEUX DANS LE MILIEU DE LA RECHERCHE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Si cela fait maintenant plusieurs décennies que les risques psychosociaux sont étudiés dans les différents secteurs d'activité, particulièrement pour les salariés du privé et pour les agents de la fonction publique hospitalière et de l'enseignement primaire et secondaire, en revanche les données concernant le milieu de la recherche et de l'enseignement supérieur demeurent rares.

III.4.1. Données de la littérature

Les enquêtes successives SUMER réalisées par la DARES montrent une augmentation progressive des différents indicateurs de RPS. L'on observe ainsi progressivement une augmentation des situations de job strain selon Karasek, c'est-à-dire accroissement de la demande psychologique associé à une baisse de la latitude décisionnelle. Cette situation concernait 27 % de la population étudiée, toutes branches confondues, dans la première enquête de 2003 (59). S'y associent une augmentation du morcellement du travail ainsi qu'un accroissement des comportements hostiles sur le lieu de travail.

Dans la dernière enquête SUMER de 2017 (60,61), les proportions de travailleurs exposés à différentes situations favorables aux RPS étaient : 32,3% exposés à au moins 3 contraintes de rythmes de travail ; 55,7 % ayant un rythme de travail imposé par une demande extérieure ; 24,9 % soumis à des contrôles ou surveillances permanents exercés par la hiérarchie ; 57,8 % devant interrompre une tâche pour en faire une autre non prévue dont 47,9 % perturbés dans leur travail ; 41,8 % ne pouvant pas faire varier les délais fixés pour réaliser leur travail. Ces résultats viennent ainsi conforter ceux retrouvés au cours de l'enquête de 2016 de la DARES s'intéressant spécifiquement aux RPS.

Tableau 1 : Intensité de travail et pression temporelle dans la fonction publique et le secteur privé, DARES, enquête conditions de travail, 2016

Intensité du travail et pression temporelle dans la fonction publique et le secteur privé

En %

	Fonction publique d'État		Fonction publique territoriale		Fonction publique hospitalière		3 fonctions publiques		Secteur privé (1)		Ensemble	
	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016
Avoir au moins 3 contraintes de rythme (2).....	25,5	20,9	25,2	24,8	40,5	42,4	28,6	27,4	37,1	37,4	35,2	35,2
Avoir un rythme imposé par un contrôle ou suivi automatisé.....	34,0	33,4	23,4	23,5	39,4	41,2	31,5	31,4	36,4	36,3	35,3	35,2
Ne pas pouvoir quitter son travail des yeux.....	44,6	46,6	36,9	39,9	43,6	47,3	41,8	44,2	38,2	42,7	39,0	43,0
Devoir toujours ou souvent se dépêcher.....	46,5	41,7	38,3	32,3	63,1	59,9	47,2	42,3	46,1	46,3	46,4	45,5
Avoir un rythme imposé par des délais à respecter en peu de temps.....	31,6	30,0	35,7	35,6	45,4	49,4	35,9	36,7	48,8	51,6	45,9	48,3
Avoir un rythme imposé par des contraintes liées à des demandes extérieures.....	65,0	66,6	65,6	59,3	70,7	79,2	66,4	66,7	70,2	70,5	69,4	69,6
Devoir fréquemment interrompre une tâche pour une autre non prévue.....	62,7	63,2	64,0	64,8	78,1	78,8	66,4	67,5	63,7	64,7	64,3	65,3
Situation de tension avec public.....	55,5	54,3	41,6	41,5	55,3	60,3	50,8	51,0	40,7	40,7	43,4	43,4

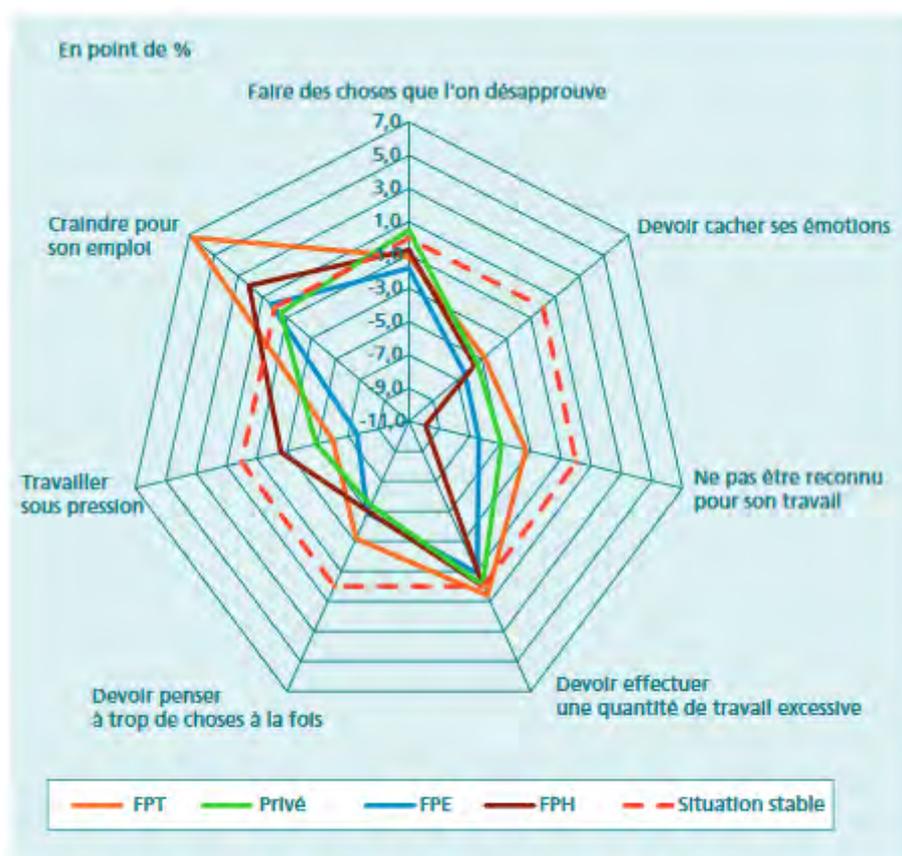
(1) Y compris entreprises publiques.

(2) Rythme imposé par : déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce, la cadence automatique d'une machine, d'autres contraintes techniques, la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues, des normes de production ou délais à respecter en 1h au plus ou 1 jour au plus, une demande extérieure obligeante ou non une réponse immédiate, les contrôles ou surveillances permanents (ou au moins quotidiens) exercées par la hiérarchie

Champ : salariés de France métropolitaine.

Source : Dares, DGAFF, Drees, Insee, enquêtes Conditions de travail (2013, 2016).

Figure 4 : Evolution de la proportion des agents concernés par certains risques psychosociaux, DARES, enquête conditions de travail, 2016



Note de lecture : de 2013 à 2016, la part d'agents de la FPT déclarant craindre pour son emploi a augmenté de 6,7 points de %.

Champ : salariés de France métropolitaine.

Source : Dares, DGAFF, Drees, Insee, enquêtes Conditions de travail (2013, 2016).

l'intérêt de mener de vastes actions de prévention contre les RPS sur l'ensemble du collectif de travail.

Dans son travail de thèse de 2015, Jean-Yves OTTMAN s'intéressait au « Bien-être et mal-être au travail dans les métiers scientifiques » au travers d'un cas : le Commissariat à l'Energie Atomique (CEA) (62). Il retrouvait ainsi comme principaux facteurs de risques psychosociaux : une accumulation de tâches jugées inutiles (contraintes administratives, recherche de financements) ; du « sale boulot » (nettoyage, s'occuper des animaux) ; le manque de reconnaissance ; la précarité pour les jeunes chercheurs...

III.4.2. Quelques actions mises en place par les différents établissements

Suites aux différents rapports d'expertise lancés par le Ministère du travail dans les années 2000-2010, les RPS sont devenus un enjeu majeur de santé publique. L'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique (63) acte la nécessité d'évaluer et d'agir contre les RPS dans les différentes fonctions publiques. Posant l'obligation de l'intégration des RPS au DUERP avant 2015, elle permet la mise en route d'actions diverses au sein des différentes fonctions publiques, visant principalement à améliorer la qualité de vie au travail des agents. Puis, en mars 2014, la publication d'une circulaire du Premier Ministre (64) propose différentes pistes d'action quant à la mise en place d'un plan national d'action pour la prévention des RPS dans les trois fonctions publiques ; de même, différents guides d'aide à l'identification et à la prévention des RPS dans la fonction publique sont élaborés.

Le CNRS et l'Inserm se sont très tôt emparés de ce sujet. Les données issues de leurs actions n'étant pas toutes accessibles dans le domaine public, nous n'avons pas pu les présenter dans leur intégralité dans cet écrit.

III.4.2.1. Le CNRS

Le CNRS s'est rapidement investi dans le diagnostic et la mise en place de plan de prévention des RPS au sein de ses différentes délégations. Plusieurs campagnes QVT ont été lancées depuis 2014, visant à diagnostiquer les principaux facteurs de RPS via des questionnaires proposés aux agents. Ces derniers sont par ailleurs sollicités comme acteurs de prévention des RPS, et encouragés à exposer leurs idées de plan d'action.

Une cellule médico-socio-professionnelle est également en place. Constituée des médecins de prévention, des assistantes sociales et des responsables des ressources humaines (RRH) régionaux, la cellule s'intéresse aux situations complexes que peuvent rencontrer les agents en prenant en compte l'ensemble des dimensions professionnelles / santé / sociales. Elle n'est pas dédiée exclusivement aux RPS mais elle peut apporter des éléments d'amélioration voire de résolution de certaines situations tendues.

En cas de besoin d'accompagnement de l'agent par un psychologue du travail, les médecins de prévention ont la possibilité d'orienter vers le service de pathologies professionnelles du CHU de Toulouse. Par ailleurs, le CNRS a signé une convention avec la MGEN, afin d'offrir un soutien psychologique à tout agent, via des téléconsultations. L'orientation vers ce dispositif peut se faire par le service des ressources humaines, ou la direction de l'unité de recherche, ou le médecin de prévention.

III.4.2.2. L'Inserm

L'Inserm, comme le CNRS, s'est rapidement penché sur la prévention des RPS. Différentes formations (management, gestion du stress ...) sont très régulièrement proposées aux agents afin de leur donner des éléments de compréhension et des outils de soutien.

L'Inserm a mis en place, depuis 2013, des cellules de veille sociale régionales, traitant des situations individuelles ou collectives potentiellement sources de RPS. Cette cellule réunit le(la) délégué(e) régionale, le(la) RRH, le(la) médecin de prévention et l'assistante sociale. Ce dispositif a été développé par la commission de prévention des risques psychosociaux (CRPS) et approuvé par le

CHSCT. Il a vocation également à mener une réflexion sur des actions de prévention primaire des RPS.

Durant l'année 2019, une grande campagne sur la QVT a été lancée au niveau national puis déclinée dans les régions. Les agents des laboratoires mixtes, quelque soit leur appartenance (Inserm ou universitaire), devaient remplir un questionnaire en ligne, questionnaire reprenant divers items des principaux questionnaires d'étude du RPS. Les résultats étaient analysés sur un plan global ainsi que par unité de recherche. Un retour a ensuite été décliné vers les DU, listant les différents items du questionnaire en priorité 1 / 2 / 3 / 4. Ceci afin de définir les axes principaux de futures campagnes de prévention des RPS.

A la différence du CNRS, l'Inserm a signé une convention avec l'ASTI, dans le but de proposer aux agents un accompagnement par des psychologues cliniciens ou du travail, exclusivement sur orientation du médecin de prévention. Cela est réalisé dans une logique de prévention des situations de souffrance au travail. Ces consultations sont bien évidemment couvertes par le secret médical.

III.4.2.3. L'INP de Toulouse

Lors du mandat de l'ancien président de l'INP de Toulouse, la question des RPS était traitée par la cellule de veille des situations de travail, constituée majoritairement de membres de la direction et du CHSCT. Elle pouvait être sollicitée de manière individuelle par les agents, reçus en entretien confidentiel par deux de ses membres. Cette cellule d'écoute donnait matière, avec l'accord de l'agent, à une analyse de sa situation de travail, avec, pour finalité, une mise en place d'actions personnalisées. Des réunions trimestrielles de cette cellule définissaient ainsi la réalisation d'actions collectives par les membres de la direction. Suite aux remontées des agents, différentes actions de prévention primaire et collective des RPS ont été menées à bien : formation management, séminaire sur les nouvelles formes de travail, espaces de débats sur le travail (via des intervenants extérieurs : universitaires spécialisés dans les RPS ou cabinet d'experts) ...

À la suite du changement de présidence durant l'été 2020, une refonte profonde de cette cellule est en cours. Une vice-présidence chargée de la QVT a été mise en place. Au moment de la rédaction de ce travail, il était question de

scinder la cellule de veille des situations sociales en deux, avec d'un côté une cellule d'écoute, représentative des différents grades et composantes de l'INP, toujours mobilisable par les agents de manière individuelle et anonyme ; et de l'autre, une cellule décisionnaire, comprenant la direction, pour la mise en place d'actions collectives. Une mise à jour des formations proposées aux agents pour améliorer la QVT est également en cours. Suite à l'enquête, l'établissement a pu identifier les petits services, logés dans des locaux séparés des bâtiments principaux et isolés, comme cible principale des futures actions de prévention des RPS.

III.4.2.4. L'UFTMiP

L'Université Fédérale est une structure jeune, comparativement aux autres établissements. Son service des ressources humaines comprend 4 agents, pour des missions multiples. Le bilan social 2018 fait état de 34,98 % de fonctionnaires et 63,64 % de non titulaires (dont 4 CDI). Il n'existe pas, à proprement parler, de dispositif et de plan d'action visant à lutter contre les RPS. Cependant, la structure propose une offre de service de médiation. La médiatrice, personne neutre, indépendante et impartiale, intervient dans le règlement des conflits inter et intra-professionnels, pour permettre l'élaboration d'une solution durable en co-construction. Par ailleurs, les agents ont recours au CHSCT, en cas d'alertes sur des tensions internes.

III.4.3. Actions mises en place par le Service de Médecine de Prévention

De part son activité de suivi de l'état de santé et des conditions de travail de l'ensemble des agents, le Service de Médecine de Prévention est aux premières loges pour participer au dépistage des facteurs de risques psychosociaux. A l'occasion des visites périodiques au cours desquelles est proposé le questionnaire de Karasek, l'équipe de Santé au travail dépiste et oriente les agents en situation de RPS vers les professionnels compétents : psychologues du travail (service de Pathologie Professionnelle du CHU de Toulouse majoritairement). Bien que le recours à d'autres services, tels que l'ASTI et la MGEN, ont également été mobilisés ces derniers mois grâce à la mise en place

de conventions partenariales avec les différents établissements. Ainsi, une offre diversifiée en psychologues cliniciens et psycho-dynamiciens du travail vient en complément de celle du service hospitalier de pathologies professionnelles. Lorsque l'angoisse et la surcharge de travail envahissent les sphères de vie professionnelle et privée, d'autres orientations sont également suggérées aux agents : le service des ressources humaines, par exemple en cas d'alertes sur des situations de violence verbale, physique ou sexuelle ; le médecin généraliste, en cas de nécessité de soins immédiats et / ou d'un arrêt de travail dans des situations aiguës ayant un impact majeur sur la santé.

Les médecins de prévention participent aux cellules médico-socio-professionnelles (CMSP) du CNRS et aux cellules de veille sociale de l'Inserm. Ces structures permettent une action conjointe dans la résolution des conflits, des tensions et autres causes de RPS pouvant potentiellement impacter la santé psychique et / ou physique des agents.

L'analyse collective des questionnaires de Karasek est restituée auprès des DU, une fois les visites périodiques des agents finalisées, via la fiche collective des risques. La confidentialité des données individuelles est ainsi préservée. Cette restitution permet aux laboratoires de mener une réflexion sur les actions préventives à mener.

IV. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF

Le milieu de la recherche et de l'enseignement supérieur fait face à de nombreuses évolutions depuis une dizaine d'années. La diminution des financements, la part de plus en plus importante de la gestion administrative dans le temps de travail des chercheurs (rédaction de projets, réponses aux appels d'offre et recherches de financement ...) et des enseignants (gestion des emplois du temps, réunions multiples), l'intensification du travail ... forcent peu à peu les chercheurs à s'éloigner de leur cœur de métier : la recherche.

S'ajoute à cela une diminution constante de la masse salariale dans la Fonction Publique d'Etat.

L'étude des risques psychosociaux transcrit une volonté d'évaluer chez un travailleur les contraintes psychologiques, sociales et relationnelles en lien avec le travail et son organisation. Ceux-ci peuvent être à l'origine de troubles de la santé des travailleurs, physique comme mentale.

S'ils ont été largement étudiés chez les salariés du privé ou les agents de la Fonction Publique Hospitalière, ce n'est pas le cas pour le personnel de la recherche publique. Ils prennent toutefois une place de plus en plus importante dans ce corps de métier, amenant les différents établissements à s'intéresser au sujet et à lancer diverses actions pour y remédier.

L'objet de cette étude sera donc d'identifier les principaux facteurs de risques psychosociaux pour les différents acteurs de la recherche et de l'enseignement supérieur dans la Fonction Publique d'Etat auprès des établissements relevant de la convention du service de médecine de prévention mutualisé de Toulouse.

V. MATERIEL ET METHODES

V.1. TYPE D'ETUDE

Cette étude a été réalisée par le biais de la distribution du questionnaire de Karasek en version papier à l'ensemble des agents bénéficiant d'une visite médicale périodique auprès du service de Médecine de Prévention de la Délégation Occitanie-Ouest, de novembre 2018 à août 2020. Par ailleurs, les éléments de verbalisation ont été recueillis au cours d'un interrogatoire plus poussé, particulièrement pour les agents en situation de « job strain ».

C'est une étude descriptive transversale, alliant quantitatif et qualitatif. La recherche qualitative est une méthode principalement basée sur l'observation et sur l'écoute. Elle laisse libre parole aux sujets interrogés ou observés.

Nous avons choisi de combiner la réalisation d'un questionnaire et le ressenti des agents, afin de mieux cibler les personnes en difficulté et plus susceptibles de témoigner de facteurs de risques psychosociaux. S'ils ont été intégrés à la dernière enquête Sumer, qui incluait par ailleurs le questionnaire de Karasek, le personnel de l'enseignement supérieur et de la recherche reste une population peu étudiée de manière ciblée (à l'inverse du personnel soignant pour lequel de nombreux plans d'action de prévention ont déjà été menés et analysés). Il nous a donc paru important de procéder tout d'abord à un état des lieux, ne serait-ce que pour valider les ressentis exprimés lors des différents entretiens ; ceci afin de conduire en suivant des actions de prévention des RPS.

Le questionnaire est un outil de recueil d'informations simple et pratique, utilisé dans de nombreux domaines. Les résultats du questionnaire utilisé, celui de Karasek, ont été exploités via le logiciel R. Nous avons pu ainsi caractériser la population étudiée (genre, âge, profession, statut) et les réponses données.

La verbalisation, tracée immédiatement dans le dossier santé travail des agents, a permis de laisser libre cours à la parole des agents. Le personnel de recherche et d'enseignement supérieur étant cultivé, et parfois brouillon, cela nous paraissait plus judicieux de leur laisser la parole. En effet, des questions fermées ou à choix multiples entraînent régulièrement des réponses floues telles que : « je ne saurais dire », « ça dépend des moments », « ça me paraît difficile de vous répondre » ...

V.2. POPULATION ETUDIEE

La population cible de cette étude était le personnel de recherche et d'enseignement supérieur de la Fonction Publique suivi par le Service de Médecine de Prévention Mutualisé CNRS - Inserm - INP - INSA - UFT de Toulouse. Totalisant plus de 5000 agents (5031 en décembre 2019), il n'a bien évidemment pas été possible d'interroger la totalité du personnel.

V.3. MODE DE RECRUTEMENT

Le recrutement des agents s'est fait au moment des visites médicales. Le questionnaire de Karasek leur a été remis en version papier (en annexe 1), en salle d'attente, juste avant la consultation avec le médecin.

La composition de l'échantillon a obéi à certaines règles que nous avons établies. Seuls les laboratoires dans lesquels la totalité des agents ont bénéficié d'une consultation entre novembre 2018 et août 2020 en première visite, visite périodique ou visite à la demande de l'agent ont été retenus. Pour cette raison, nous n'avons pas pu inclure les agents de l'INSA. Uniquement les agents présents depuis plus de 3 mois dans l'établissement ont été retenus pour le remplissage du questionnaire et l'inclusion à l'analyse collective. Les agents consultant pour une visite de reprise, ou une visite à la demande de l'établissement, ont été exclus d'office de l'étude. Ont également été exclus les agents ayant refusé de répondre au questionnaire de Karasek.

A la suite du remplissage du questionnaire de Karasek ont également été exclus de l'analyse les agents n'ayant pas répondu à certains items, ou ceux ayant répondu plusieurs fois au même item, ou ayant coché entre 2 réponses à un item (croix à cheval entre « d'accord » et « pas d'accord » par exemple).

V.4. QUESTIONNAIRE et VERBALISATION

Le début de questionnaire est renseigné avec les variables telles que : le nom, le prénom, l'âge, l'ancienneté dans le service, le laboratoire de rattachement, le corps de métier.

L'utilisation d'un questionnaire de référence dans l'évaluation des RPS est apparu comme une évidence pour allier recueil de données et praticité dans le cadre des visites médicales. Le choix s'est porté sur le remplissage d'un seul questionnaire, celui de Karasek (retranscrit en annexe 1), plutôt que de combiner plusieurs questionnaires ; ceci afin de permettre l'adhésion des agents et la simplification dans les échanges via un questionnaire court à réaliser (de 5 à 10 minutes). Le logiciel de santé au travail du service ne permettait pas de remplir le questionnaire en ligne, pour des raisons de sécurisation des données (comme c'est déjà le cas pour la déclaration d'exposition aux autres risques professionnels tels que produits chimiques, produits biologiques, manutention ...). La réalisation d'un questionnaire trop long, outre la perte d'attention des agents et les biais induits sur les dernières réponses, aurait pu perturber le bon déroulement des visites médicales et le bon fonctionnement du service.

Le calcul du score était effectué avant la visite par l'assistante médicale ou l'infirmière. Les agents en situation de « job strain » ont bénéficié d'un interrogatoire plus détaillé portant sur leurs conditions de travail, dans le cadre d'un entretien semi directif : amplitude horaire, charge de travail, travail le soir ou le week-end, coupure mentale, cotation du stress et de la satisfaction au travail sur une échelle de 1 à 10, entente avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques, reconnaissance, salaire, équipements de protection disponibles, installation au poste bureautique, présence de problèmes de santé (troubles de l'humeur, troubles du sommeil et autres manifestations physiques du stress). Puis, à la fin de l'entretien, la question « y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez signaler concernant votre travail ? au laboratoire ? » leur était posée.

Ce mode d'interrogatoire par questionnaire et verbalisation nous a donc permis une analyse descriptive à la fois quantitative et qualitative.

V.5. ANALYSE DES ENTRETIENS

Les entretiens ne parlent pas par eux-mêmes, c'est un ensemble de données brutes qui nécessitent d'être extraites et organisées pour parvenir aux résultats de recherche. L'analyse a porté sur la totalité des entretiens des agents en situation de « job strain ».

Les résultats de l'ensemble des questionnaires de Karasek ont été analysés de manière collective et anonyme. Cette analyse s'est faite via le logiciel R. Elle a permis de caractériser l'échantillon ainsi formé (genre, âge, statut, établissement, corps de métier). Puis ont été analysées les réponses aux différentes questions des questionnaires. Cela a ensuite permis la construction d'une représentation graphique (demande psychologique en abscisse, latitude décisionnelle en ordonnée, soutien social via graduation de couleur). Cette représentation graphique a pu être définie en utilisant les médianes de demande psychologique et de latitude décisionnelle résultant de l'enquête SUMER de 2003 ; puis en utilisant les médianes de ces 2 dimensions retrouvées sur notre échantillon. Un profil type de l'agent en situation de « job strain » a ainsi été défini. Enfin, des tests de corrélation ont été effectués pour caractériser l'existence d'un lien ou non entre les différentes variables biographiques recueillies et les différentes dimensions du Karasek.

Les verbatims des agents en situation de « job strain » collectés ont ensuite été classés en plusieurs thèmes. Chaque entretien a ainsi pu servir de point de comparaison avec l'entretien suivant. Les différents thèmes facteur de RPS retenus regroupent ceux pressentis, de part l'étude de la littérature ou lors de visites médicales antérieures à l'étude ; ainsi que ceux mis en lumière au cours des entretiens. Ce listing a donc été construit après le recueil de l'intégralité des données. Il a permis la création d'une grille d'analyse, disponible en annexe 2.

VI. RESULTATS

Sur les 1512 agents ayant passé une visite médicale entre novembre 2018 et août 2020, 1495 ont accepté de remplir le questionnaire de Karasek (soit 98,8 % des agents vus). Suite à la complétion du questionnaire, 236 verbalisations ont ensuite pu être collectées (soit 15,6 % des agents vus). Toutefois, seulement 972 questionnaires ont pu être analysés en détails car dûment complétés (pas de données manquantes sur une ou plusieurs questions et pas de double réponse à une même question), soit 65% de l'ensemble des questionnaires.

VI.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

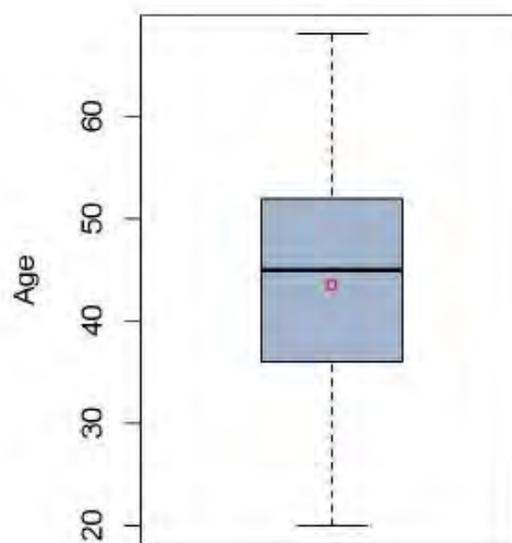
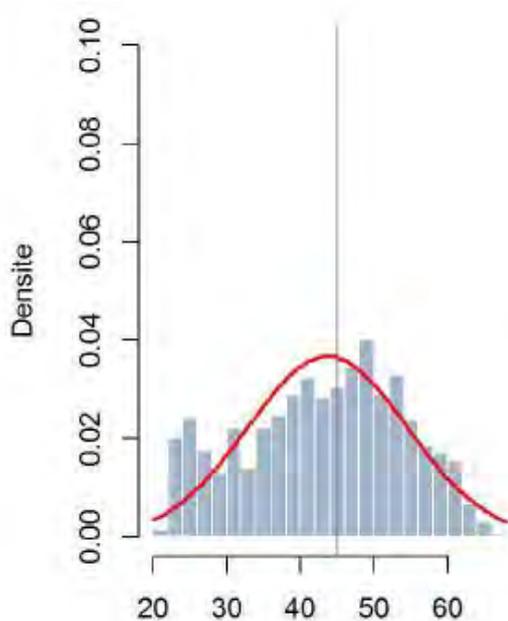
Ne sont analysés ici que les 972 questionnaires dûment complétés.

VI.1.1. Age

De gauche à droite :

Figure 6 : Représentation graphique de la variable « âge »

Figure 7 : Distribution de la variable « âge »



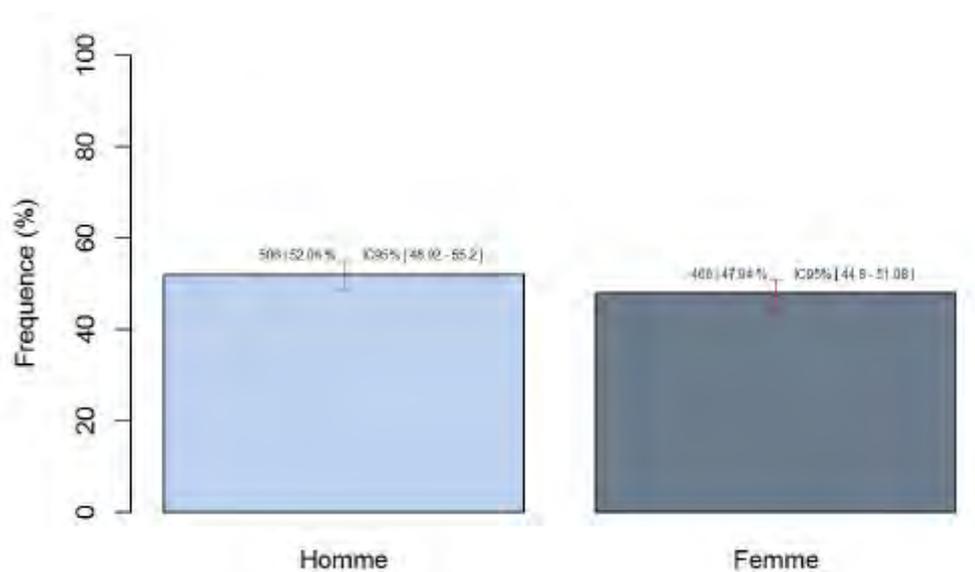
La **figure 6** représente la distribution de la variable « âge ».

La **figure 7** représente les valeurs principales de la variable « âge » :

- Minimale = 20 ans
- Maximale = 68 ans
- Moyenne = 43,66 ans [42,97 – 44 ,34]
- Médiane = 45 ans

VI.1.2. Genre

Figure 8 : Distribution de la variable « genre »

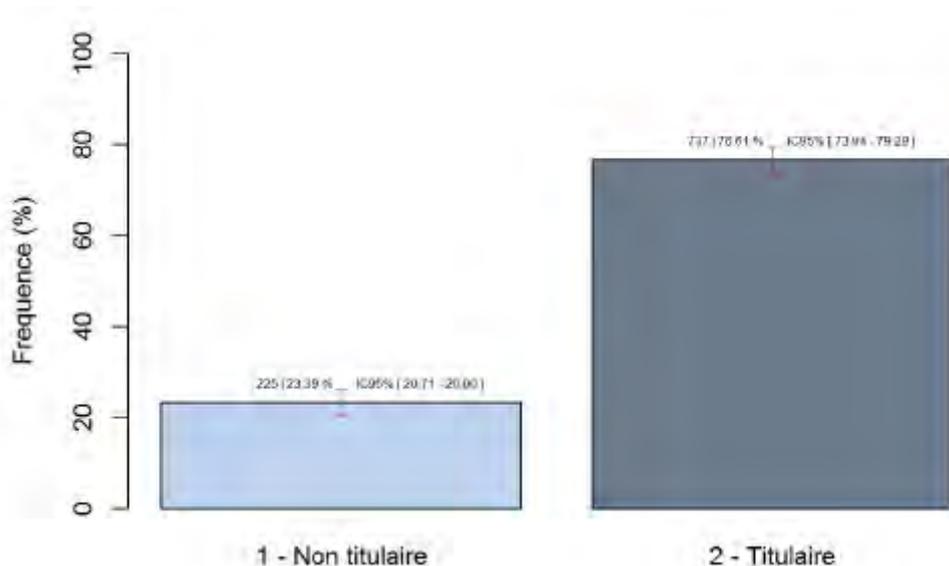


La **figure 8** représente la distribution de la variable « genre » :

- 52,06 % d'hommes soit 506 agents
- 47,94 % de femmes soit 466 agents

VI.1.3. Statut

Figure 9 : Distribution de la variable « statut »

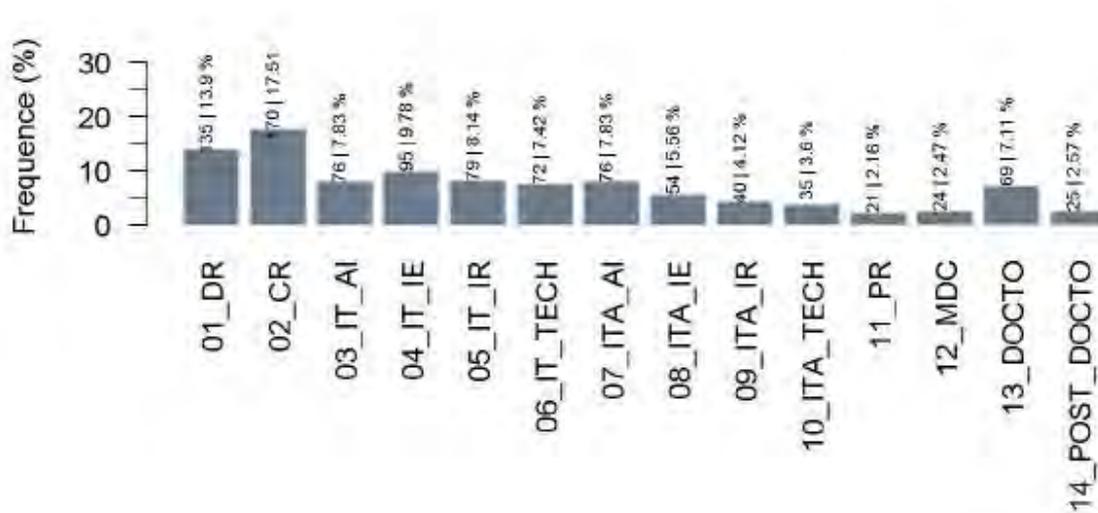


La **figure 9** représente la distribution de la variable « statut » :

- 23,39% de non titulaires soit 225 agents
- 76,61% de titulaires soit 737 agents

VI.1.4. Corps

Figure 10 : Distribution de la variable « corps »



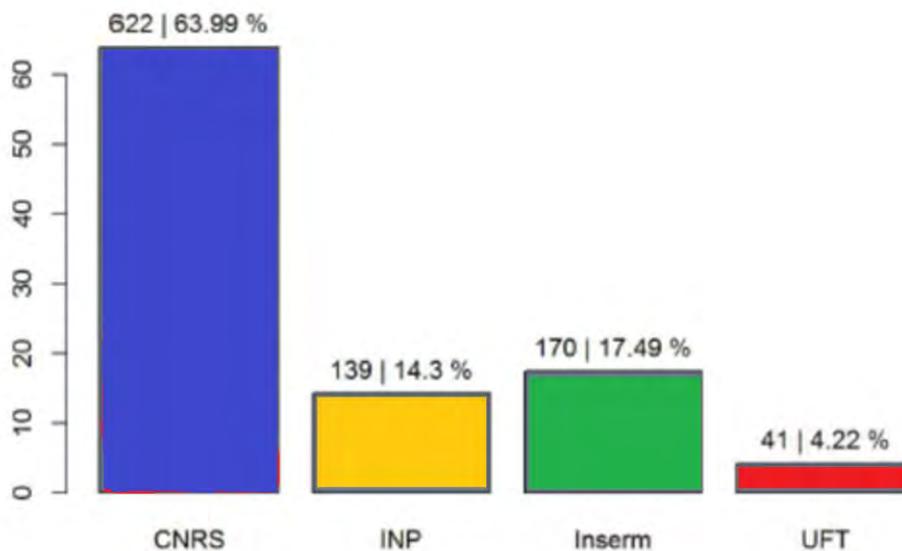
La **figure 10** représente la distribution de la variable « corps » :

- 13,9% de DR soit 135 agents
- 17,51% de CR soit 170 agents
- 7,83% d'IT AI soit 76 agents
- 9,78% d'IT IE soit 95 agents
- 8,14% d'IT IR soit 72 agents
- 7,42% d'IT TECH soit 72 agents
- 7,83% d'ITA AI soit 76 agents
- 5,56% d'ITA IE soit 54 agents
- 4,12% d'ITA IR soit 40 agents
- 3,6% d'ITA TECH soit 35 agents
- 2,16% de PR soit 21 agents
- 2,47% de MDC soit 24 agents
- 7,11% de DOCTO soit 69 agents
- 2,57% de POST DOCTO soit 25 agents

Les IT et ITA rassemblent les personnels de soutien à la recherche, qu'ils travaillent en laboratoire ou dans les services de gestion. La différence réside dans les établissements pour lesquels ils travaillent : les IT travaillent dans les EPSCP, les ITA dans les EPST.

VI.1.5. Etablissement

Figure 11 : Distribution de la variable « établissement »



La **figure 11** la distribution de la variable « établissement » :

- 64% CNRS soit 622 agents
- 14% INP soit 139 agents
- 17% Inserm soit 170 agents
- 4,22% UFT soit 41 agents

VI.1.6. Caractérisation des variables par genre

VI.1.6.1. Age

De gauche à droite :

Figure 12 : Distribution de la variable « âge » pour le genre « homme »

Figure 13 : Répartition graphique de la variable « âge par genre »

Figure 14 : Distribution de la variable « âge » pour le genre « femme »

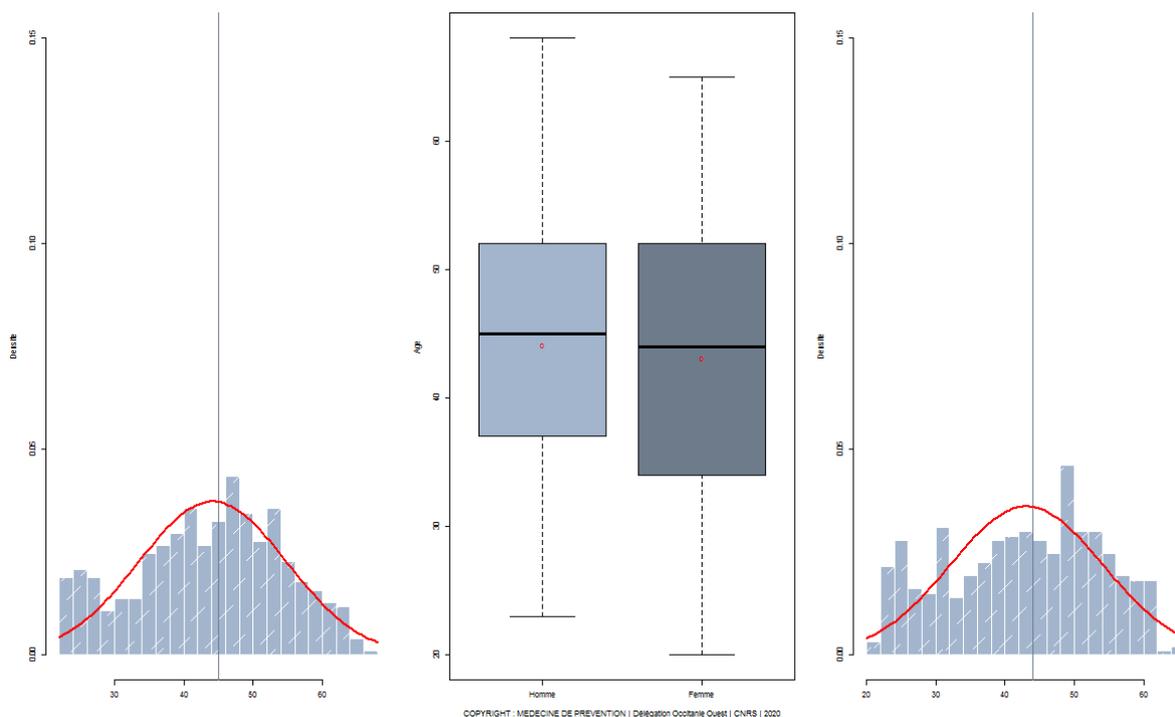


Tableau 2 : Table de répartition de la variable « âge par genre »

Genre	Homme	Femme	Total
Nbre* d'agents (%)	506 (52,1)	466 (47,9)	972
Age moyen (écart-type)	44,2 (10,7)	43,1 (11,0)	43,7 (10,9)
Intervalle de confiance âge moyen	[43,23 - 45,1]	[42,1 - 44,11]	

*Nbre = nombre

VI.1.6.2. Statut

Figure 15 : Représentation graphique de la variable « statut par genre »

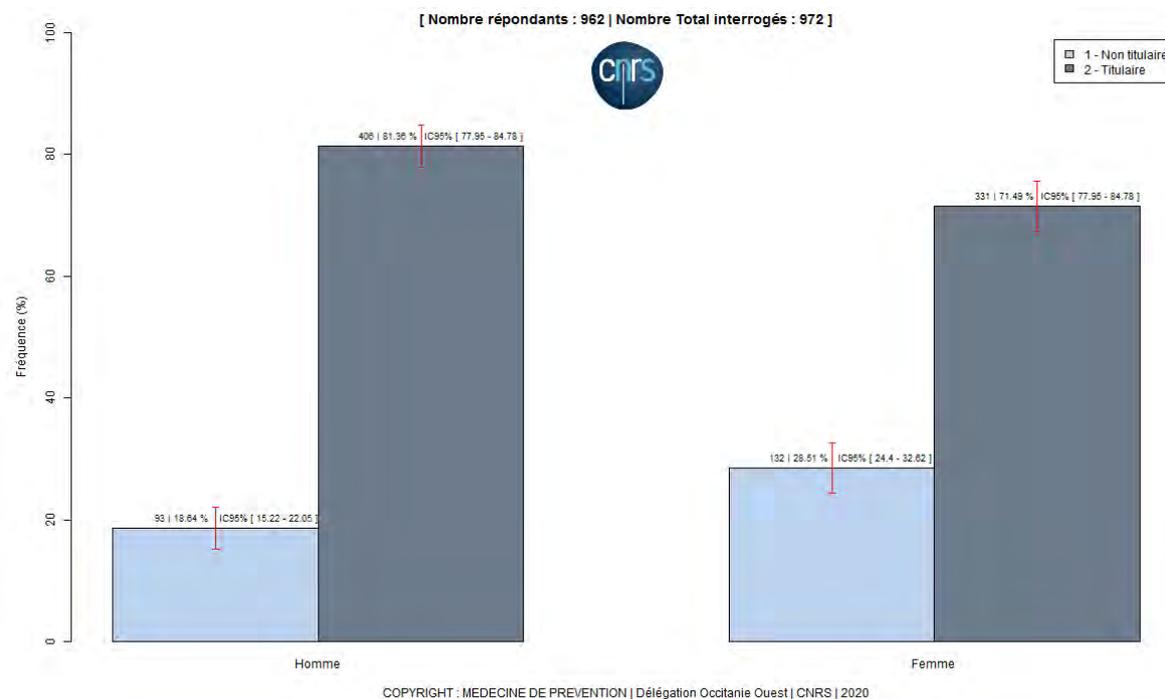


Tableau 3 : Table de répartition de la variable « statut par genre »

Statut	Hommes			Femmes		
	Nbre	Freq*	IC	Nbre	Freq	IC
Non titulaire	93	18,64 %	[15,22 - 22,05]	132	28,51 %	[24,4 - 32,62]
Titulaire	406	81,36 %	[77,95 - 84,78]	331	71,49 %	[77,95 - 84,78]

*Freq = fréquence

VI.1.6.3. Corps

Figure 16 : Représentation graphique de la variable « corps par genre »

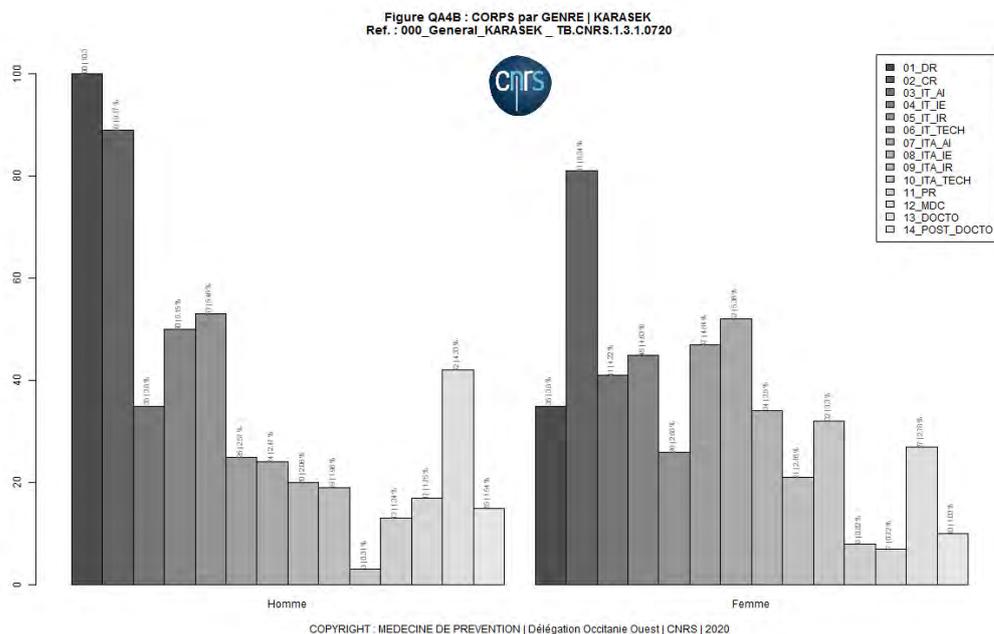


Tableau 4 : Table de répartition de la variable « corps par genre »

Corps	Nbre Hommes	Freq Hommes	Nbre Femmes	Freq Femmes
DR	100	19,8 %	35	7,51 %
CR	89	17,62 %	81	17,38 %
IT AI	35	6,93 %	41	8,8 %
IT IE	50	9,9 %	45	9,66 %
IT IR	53	10,5 %	26	5,58 %
IT TECH	25	4,95 %	47	10,09 %
ITA AI	24	4,75 %	52	11,16 %
ITA IE	20	3,96 %	34	7,3 %
ITA IR	19	3,76 %	21	4,51 %
ITA TECH	3	0,59 %	32	6,87 %
PR	13	2,57 %	8	1,72 %
MDC	17	3,37 %	7	1,5 %
DOCTO	42	8,32 %	27	5,79%
POST DOCTO	15	2,97 %	10	2,15 %

VI.1.6.4. Etablissement

Figure 17 : Représentation graphique de la variable « établissement par genre »

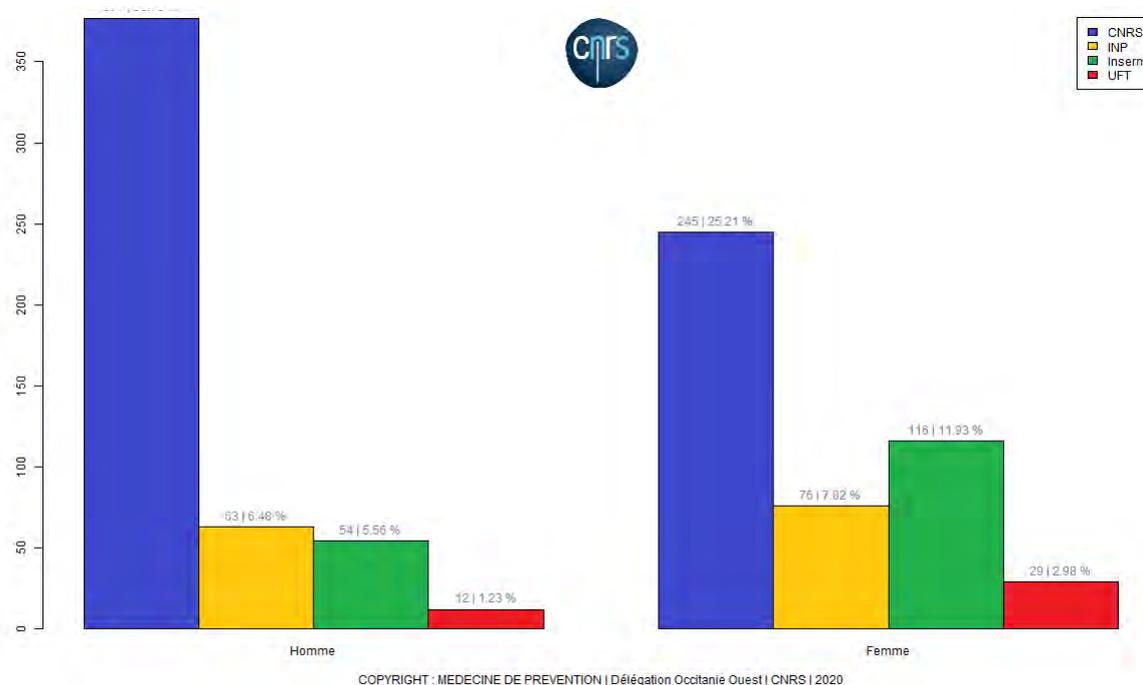


Tableau 5 : Table de répartition de la variable « établissement par genre »

Etablissement	Nbre Hommes	Freq Hommes	Nbre Femmes	Freq Femmes
CNRS	377	74,51 %	245	52,58 %
INP	63	12,45 %	76	16,31 %
Inserm	54	10,67 %	116	24,89 %
UFT	12	2,37 %	29	6,22 %

VI.2. FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX : ANALYSE DES QUESTIONNAIRES

VI.2.1. Réponses aux différentes questions

Questionnaire en Annexe 1

Tableau 6 : Bilan des réponses au questionnaire de Karasek

Q	Nbre R1	Freq R1	Nbre R2	Freq R2	Nbre R3	Freq R3	Nbre R4	Freq R4
1	7	0,72 %	12	1,23 %	264	27,16 %	689	70,88 %
2	63	6,48 %	305	31,38 %	470	48,35 %	134	13,79 %
3	18	1,85 %	96	9,88 %	345	35,49 %	513	52,78 %
4	12	1,23 %	48	4,94 %	348	35,8 %	564	58,02 %
5	8	0,82 %	79	8,13 %	395	40,64 %	490	50,41 %
6	428	44,03 %	456	46,91 %	55	5,66 %	33	3,4 %
7	4	0,41 %	47	4,84 %	487	50,1 %	434	44,65 %
8	6	0,62 %	45	4,63 %	468	48,15 %	453	46,6 %
9	8	0,82 %	43	4,42 %	440	45,27 %	481	49,49 %
10	15	1,54 %	352	36,21 %	424	43,62 %	181	18,62 %
11	18	1,85%	218	22,43 %	476	48,97 %	260	26,75 %
12	137	14,09 %	527	54,22 %	210	21,6 %	98	10,08 %
13	48	4,94 %	238	24,49 %	553	56,89 %	133	13,68 %
14	405	41,67 %	438	45,06 %	99	10,19 %	29	2,98 %
15	18	1,85 %	178	18,31 %	499	51,34 %	277	28,5 %
16	33	3,4 %	218	22,43 %	464	47,74 %	257	26,44 %
17	118	12,14 %	461	47,43 %	286	29,42 %	107	11,01 %
18	159	16,36 %	499	51,34 %	242	24,9 %	72	7,41 %
19	55	5,66 %	108	11,11 %	528	54,32 %	281	28,91 %
20	33	3,4 %	81	8,33 %	529	54,42 %	329	33,85 %
21	37	3,81 %	128	13,17 %	539	55,45 %	268	27,57 %
22	45	4,63 %	172	17,7 %	557	57,3 %	198	20,37 %
23	5	0,51 %	27	2,78 %	485	49,9 %	455	46,81 %
24	8	0,82 %	42	4,32 %	546	56,17 %	376	38,68 %
25	5	0,51 %	28	2,88 %	473	48,66 %	466	47,94 %
26	8	0,82 %	53	5,45 %	564	58,02 %	347	35,7%

Q = question numéro

R1 = réponse « pas du tout d'accord »

R2 = réponse « pas d'accord »

R3 = réponse « d'accord »

R4 = réponse « pas du tout d'accord »

Rx = réponse numéro X (1, 2, 3 ou 4)

Nbre Rx = nombre d'agents ayant répondu Rx

Freq Rx = fréquence de la réponse Rx en pourcentage

VI.2.2. Demande psychologique

Pour rappel, la demande psychologique est cotée entre 9 et 36.

De gauche à droite :

Figure 18 : Représentation graphique de la variable « demande psychologique » (DP)

Figure 19 : Distribution de la variable « demande psychologique »

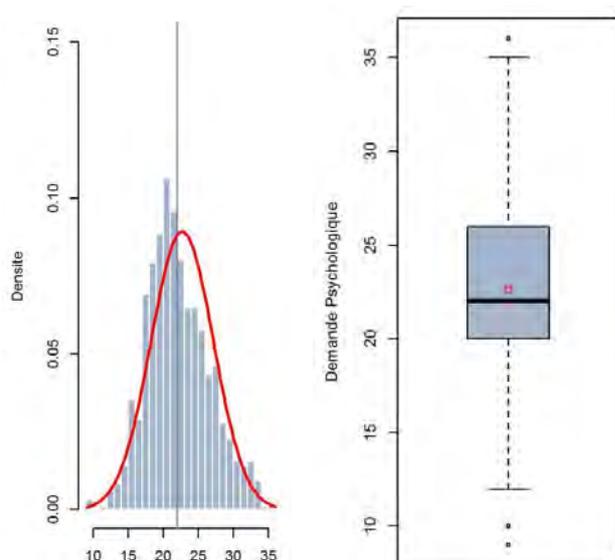


Tableau 7 : Table de répartition du score de DP

Minimum	Maximum	Moyenne	IC	Médiane
9	36	22,69	[22,41 - 22,97]	22

De gauche à droite :

Figure 20 : Représentation graphique de la variable « demande psychologique » pour les hommes

Figure 21 : Représentation graphique de la variable « demande psychologique » pour les femmes

Figure 22 : Distribution de la variable « demande psychologique par genre »

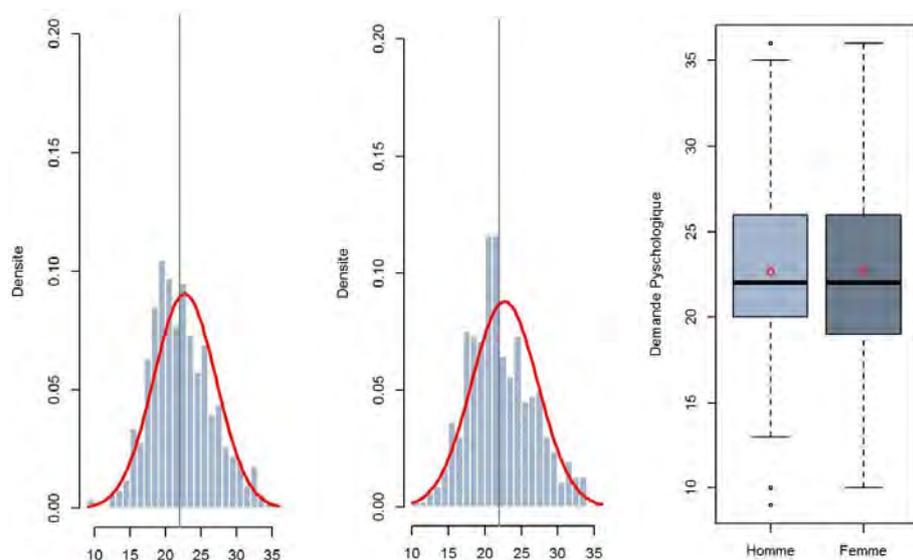


Tableau 8 : Table de répartition du score de DP par genre

Genre	Moyenne	IC	Médiane
Homme	22,7	[22,31 - 23,08]	22
Femme	22,68	[22,27 - 23,1]	22

VI.2.3. Latitude décisionnelle

Pour rappel, la latitude décisionnelle est cotée entre 24 et 96.

De gauche à droite :

Figure 23 : Représentation graphique de la variable « latitude décisionnelle » (LD)

Figure 24 : Distribution de la variable « LD »

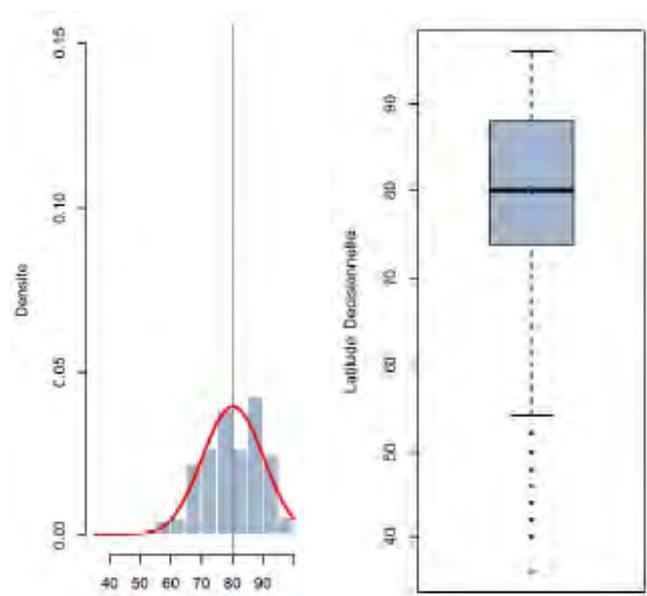


Tableau 9 : Table de répartition du score de LD

Minimum	Maximum	Moyenne	IC	Médiane
36	96	80,14	[79,50 - 80,77]	80

De gauche à droite :

Figure 25 : Représentation graphique de la variable « LD pour les hommes »

Figure 26 : Représentation graphique de la variable « LD pour les femmes »

Figure 27 : Distribution de la variable « LD par genre »

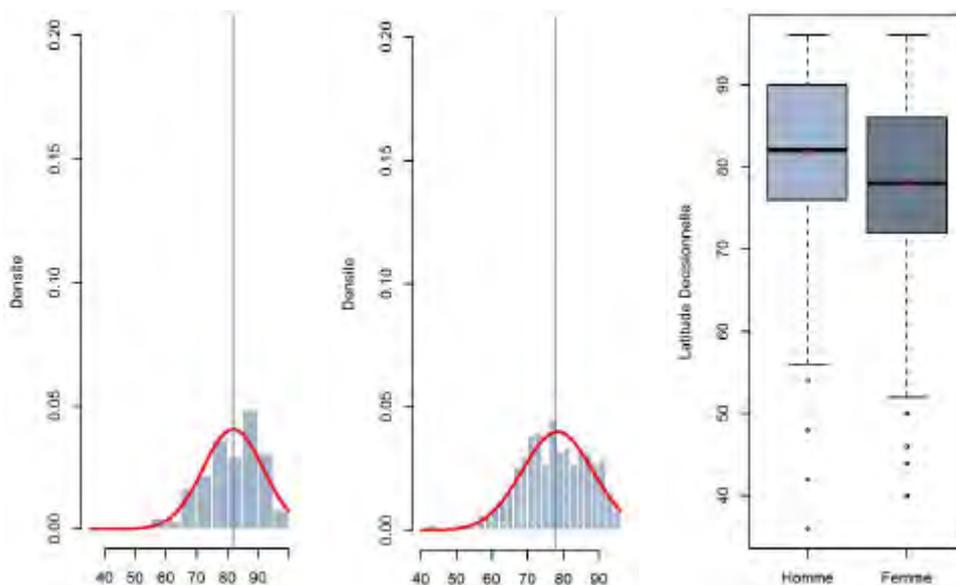


Tableau 10 : Table de répartition du score de LD par genre

Genre	Moyenne	IC	Médiane
Homme	81,85	[80,98 - 82,71]	82
Femme	78,28	[77,38 - 79,19]	78

VI.2.4. Soutien social

Pour rappel, le soutien social est coté entre 8 et 32.

De gauche à droite :

Figure 28 : Représentation graphique de la variable « soutien social »

Figure 29 : Distribution de la variable « soutien social »

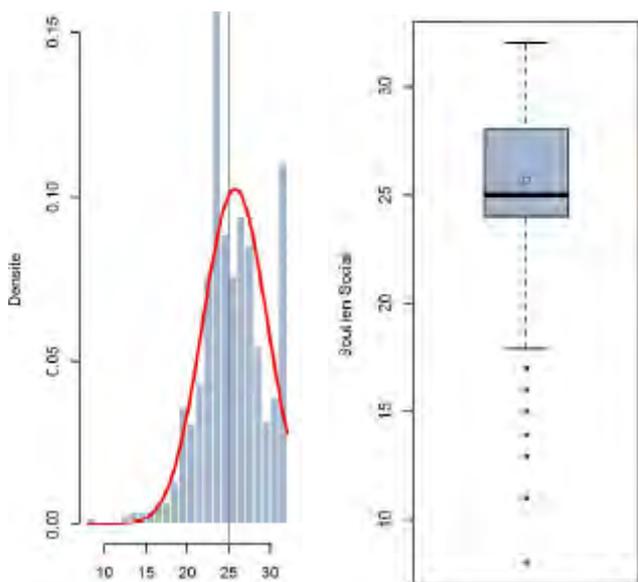


Tableau 11 : Table de répartition du score de soutien social

Minimum	Maximum	Moyenne	IC	Médiane
8	32	25,74	[25,49 - 25,98]	25

De gauche à droite :

Figure 30 : Représentation graphique de la variable « soutien social pour les hommes »

Figure 31 : Représentation graphique de la variable « soutien social pour les femmes »

Figure 32 : Distribution de la variable « soutien social par genre »

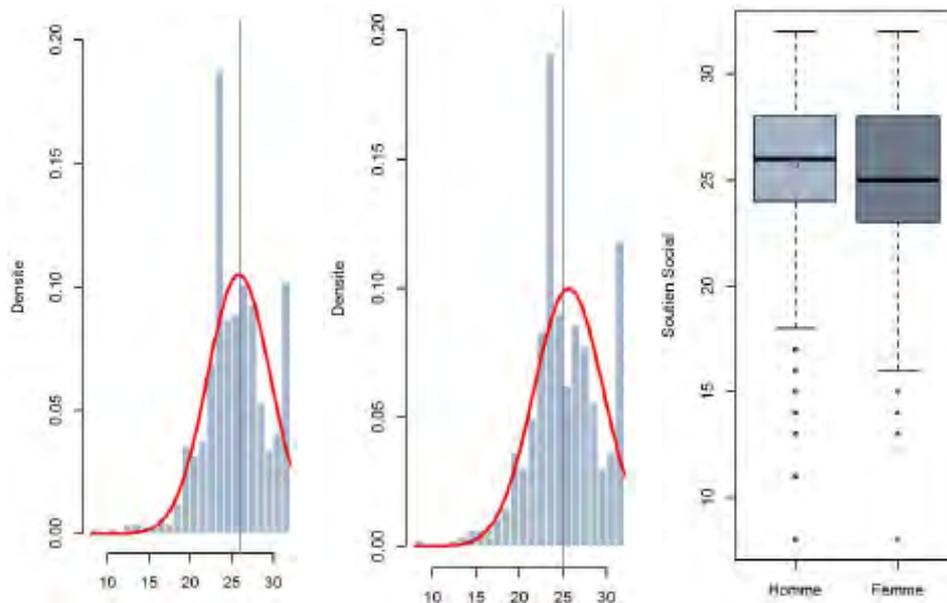


Tableau 12 : Table de répartition du score de soutien social par genre

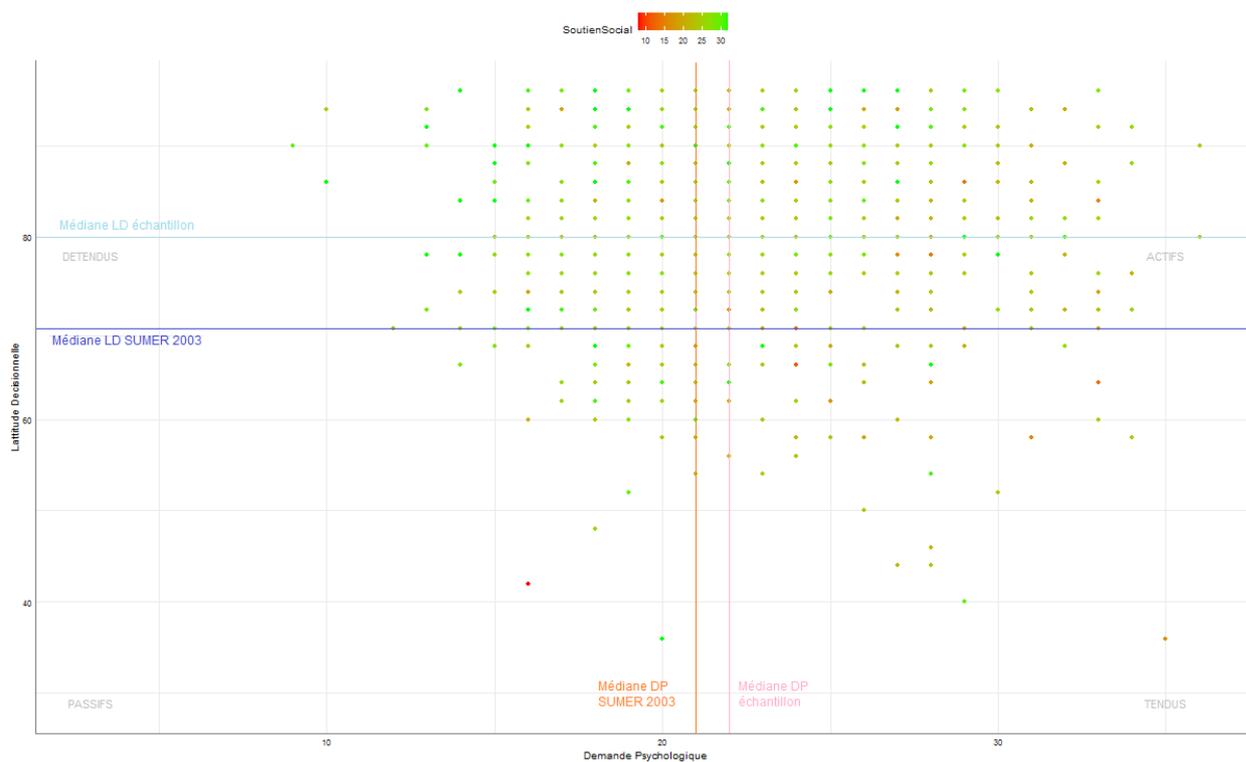
Genre	Moyenne	IC	Médiane
Homme	25,84	[25,51 - 26,17]	26
Femme	25,63	[25,26 - 25,99]	25

VI.2.5. Représentation graphique des scores

L'enquête SUMER 2003 ayant validé les qualités psychométriques de la version française du questionnaire de Karasek, les médianes des différents scores (DP, LD et soutien social) obtenues lors de celle-ci serviront de point de référence dans notre analyse.

La **figure 33** est la représentation graphique de l'ensemble des 972 questionnaires analysés avec le logiciel R. On retrouve en abscisse la demande psychologique et en ordonnée la latitude décisionnelle. Le soutien social est codé par graduation de couleurs (de vert pour « soutien social bon » à rouge pour « soutien social faible »). Y sont représentées les médianes des scores de DP (21) et de LD (70) obtenues lors de l'enquête SUMER 2003, ainsi que les médianes obtenues sur notre échantillon qui se rapprochent vraisemblablement plus de la répartition en quatre quadrants dans les milieux de la recherche et de l'enseignement supérieur.

Figure 33 : Représentation graphiques des scores de Karasek avec médianes propres de DP et LD à l'échantillon et médianes SUMER 2003

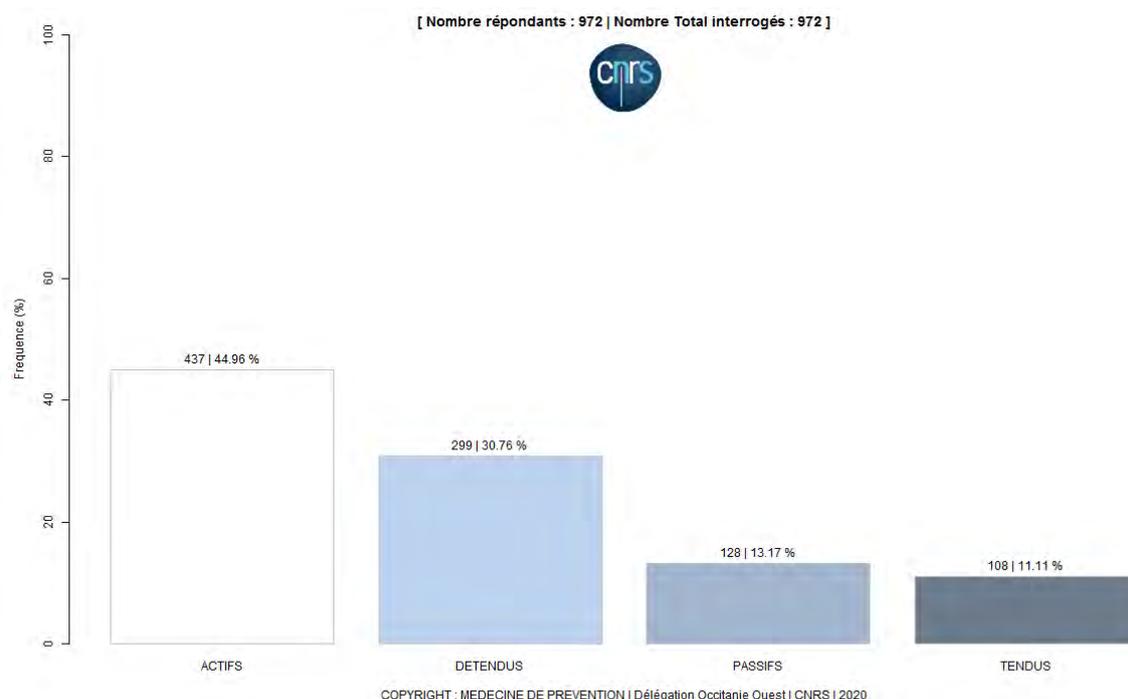


La distribution des agents dans les quatre quadrants de Karasek en se basant sur les médianes de DP (21) et de LD (70) fixées par l'enquête SUMER 2003 est représentée dans la **figure 34**. On retrouve ainsi :

- 437 agents en situation de travail actif soit 44,95 % (IC [41,83 - 48,09]) ;
- 299 agents en situation de travail détendu soit 30,76 % (IC [27,86 - 33,66]) ;
- 128 agents en situation de travail passif soit 13,17 % (IC [11,04 - 15,29]) ;
- 108 agents en situation de travail tendu soit 11,11 % (IC [9,14 - 13,09]).

La vaste majorité des agents n'est donc pas en situation de travail tendu, soit plus de 88 % des agents.

Figure 34 : Répartition des réponses dans les quatre quadrants de Karasek selon les médianes de DP et LD de SUMER 2003

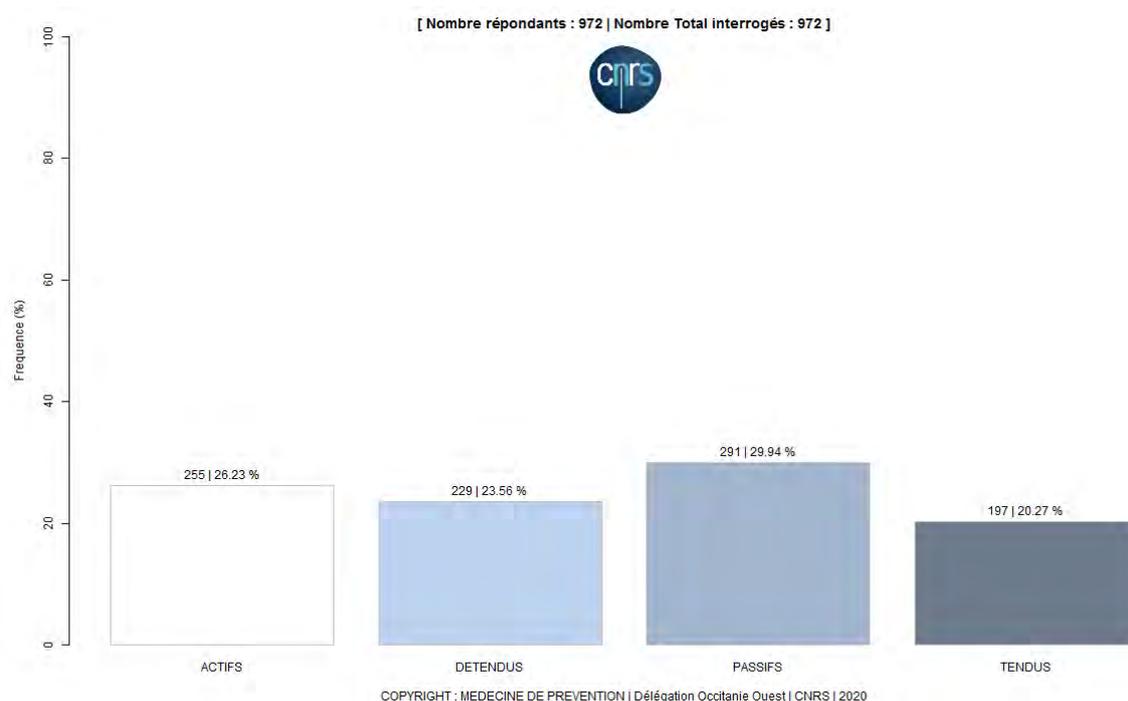


L'enquête SUMER 2003 avait validé la robustesse du questionnaire de Karasek en France, tout en précisant qu'un ajustement en fonction des milieux de travail seraient sans doute nécessaire. Ainsi, une analyse de la distribution des agents dans les quatre quadrants de Karasek en se basant sur les médianes de DP et de LD propres à l'échantillon a été effectuée, et est représentée dans la **figure 35**. Celle-ci a été réalisée à titre indicatif. On retrouve :

- 255 agents en situation de travail actif soit 26,23 % (IC [23,47 - 29]) ;
- 229 agents en situation de travail détendu soit 23,56 % (IC [20,89 - 26,23]) ;
- 291 agents en situation de travail passif soit 29,94 % (IC [27,06 - 32,82]) ;
- 197 agents en situation de travail tendu soit 20,27% (IC [17,74 - 22,79]).

La répartition dans les quatre quadrants est ici plus proche de ce que l'on peut retrouver dans la population générale.

Figure 35 : Répartition des réponses dans les quatre quadrants de Karasek selon les médianes de DP et LD de l'échantillon



VI.2.6. Agents en Job Strain

Selon Karasek, la situation de travail dit tendu ou job strain se définit comme l'alliance d'une forte DP et d'une faible LD. On parle d'isostrain lorsque s'y ajoute un faible soutien social. L'analyse via le logiciel R a permis de déterminer le profil type de l'agent en job strain selon les médianes de SUMER 2003 ($DP \geq 21$ et $LD \leq 70$) : Femme, Titulaire, d'âge moyen 44,14 ans, ITA.

La répartition des agents en job strain par âge, genre et corps est détaillée dans les **tableaux 13 à 15**.

Tableau 13 : Table de répartition de la variable « job strain par âge »

	Minimum	Maximum	Moyenne	IC	Médiane
Âge	22	63	44,14	[42,19 - 46,08]	46

Tableau 14 : Table de répartition de la variable « job strain par genre »

	Nbre	Freq	IC
Homme	41	37,96 %	[28,81 - 47,12]
Femme	47	62,04 %	[52,88 - 71,19]

Tableau 15 : Table de répartition de la variable « job strain par corps »

	Nbre Hommes	Freq Hommes	Nbre Femmes	Freq Femmes	Nbre TOTAL	Freq TOTAL
DR	4	9,76 %	1	1,49 %	5	4,63 %
CR	5	12,2 %	5	7,46 %	10	9,26 %
IT AI	5	12,2 %	3	4,48 %	8	7,41 %
IT IE	5	12,2 %	3	4,48 %	8	7,41 %
IT IR	4	9,76 %	3	4,48 %	7	6,48 %
IT TECH	4	9,76 %	9	13,43 %	13	12,04 %
ITA AI	2	4,88 %	14	20,9 %	16	14,81 %
ITA IE	4	9,76 %	7	10,45 %	11	10,19 %
ITA IR	5	12,2 %	2	2,99 %	7	6,48 %
ITA TECH	0	0 %	14	20,9 %	14	12,96 %
PR	0	0 %	2	2,99 %	2	1,85 %
MDC	1	2,44 %	1	1,49 %	2	1,85 %
DOCTO	2	4,88%	3	4,48 %	5	4,63 %
POST DOCTO	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Les femmes semblent représenter une grande majorité des agents en situation de job strain (62% de ces agents alors qu'elles représentent 47% de l'ensemble des agents). Toutefois le travail tendu peut concerner tous les agents, quelque soit leur âge ou leur corps de métier. Si plus de 40 % des agents concernés sont des ITA, les IT et chercheurs représentent respectivement plus de 20 % des personnes en situation de travail tendu. Une proportion de 0 % de post-doctorants est quant à elle plutôt étonnante.

En se basant sur les médianes de l'échantillon, le profil type de l'agent en job strain est sensiblement similaire : Femme, Titulaire, d'âge moyen 44,18 ans (IC [42,71 - 45,65]), ITA (34,02%).

VI.3. FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX : VERBALISATION

Le contenu des 236 verbalisations collectées suite aux entretiens semi directifs est ici analysé. Contrairement aux résultats de l'analyse des questionnaires dûment complétés, tous les corps de métier sont représentés.

VI.3.1. Satisfaction

Avant toute chose, il semble important de rappeler que, pour faciliter l'analyse des données brutes, seules les verbalisations des agents en situation de job strain ont été prises en compte. Ceux-ci représentent environ 10 % des agents ayant consulté.

Par ailleurs, sur les 236 verbalisations collectées, 91 ne comportaient pas de doléance particulière sur le travail, soit 38,6%. Les agents concernés, bien qu'en situation de « job strain » selon les résultats du questionnaire, se présentaient comme satisfaits et « étonnés » de ces résultats. Dans les éléments créateurs de satisfaction au travail, ont pu être évoqués un « bon climat au travail », une « bonne ambiance avec les collègues ou le supérieur hiérarchique », un matériel jugé « adapté et suffisant », l'adaptabilité des horaires, l'intérêt du travail réalisé ... On peut également citer pour les enseignants-chercheurs le plaisir de la transmission des connaissances aux plus jeunes.

VI.3.2. Demande psychologique

VI.3.2.1. Charge de travail intense

Une charge de travail intense est évoquée par la quasi-totalité des agents en « job strain », quelque soit leur corps de métier. Ainsi, les verbalisations suivantes reviennent régulièrement : « j'ai le sentiment d'être débordé », « j'ai l'impression de ne pas pouvoir bien faire mon travail tellement il y a de choses à faire », « j'ai le sentiment de ne pas faire un travail de bonne qualité », « je suis frustré de ne pas bien travailler tellement j'ai de choses à faire ». Plusieurs raisons sont invoquées : « on travaille à flux tendu », « je dois gérer plusieurs dossiers en même temps, tous sont aussi importants les uns que les autres », « je suis à cheval sur 2 (voire plus) équipes mais c'est comme si j'effectuais deux temps plein ». L'intensification de la charge de travail sur ces 20 dernières années n'a pas épargné le milieu de la recherche et de l'enseignement supérieur. Un directeur de recherche évoquait le fait que cette surcharge était « de plus en plus continue [...] on travaille tout le temps à flux tendu ». Un technicien de laboratoire évoquait également que « le retard s'accumule » tandis qu'un autre avançait « j'éponge le retard depuis que je suis arrivé ». La multiplication des outils de communication vient aggraver la situation pour certains : « je suis débordée par ma messagerie électronique, j'ai plus de 1000 mails en retard ».

VI.3.2.2. Travail dans l'urgence

Régulièrement associée à la charge de travail intense, la sensation de travailler dans l'urgence est également plusieurs fois évoquée par les agents. Une agente administrative confiait lors de l'entretien devoir gérer de plus en plus des « demandes nécessitant une réponse immédiate ». Un chargé de recherche quant à lui évoquait des « échéances mensuelles sur les aspects financiers » avec une « multiplication des dates butoir » et de nombreux « rapports intermédiaires ». D'autres verbatim revenaient fréquemment, tout corps de métier confondu : « il faut faire bien les choses en peu de temps » ; « on n'a pas toujours le temps de faire les choses correctement ». Ce ressenti s'associe à la difficulté de priorisation des dossiers. Un agent administratif la qualifiait ainsi comme une « épée de

Damoclès sur la tête ». « Tout est speed » ou « tout est urgent » sont deux expressions régulièrement citées.

VI.3.2.3. Organisation

Que ce soit dans les laboratoires ou dans les fonctions supports, les agents mentionnent un flou organisationnel. Cela est particulièrement vrai pour les agents venant du secteur privé. Ce flou se reflète par une interruption régulière des tâches (le « travail est haché »), et une absence de coordination au sein des équipes. On peut ainsi évoquer l'absence de « planning clair » ou bien la notion que « chacun bosse dans son coin, on ne sait pas ce que font les autres ».

VI.3.2.4. Lourdeur administrative

La lourdeur des tâches administratives, directement en lien avec les évolutions des vingt dernières années du secteur de la recherche, n'est exprimée que par les DR et CR. Liée à la nécessité pour ces professionnels de rechercher constamment des financements pour leurs projets de recherche, elle les éloigne de leur cœur de métier. Si le niveau de débordement sur les activités de recherche varie en fonction des agents, allant de « je ne fais plus d'expérimentation, je n'en ai pas le temps » à « j'essaie de garder un peu de paillassse mais c'est dur au vu la masse de l'administratif », tous expriment être débordés par ces tâches : « 80% de mon temps de travail est dédié à l'écriture d'articles et à la recherche de financements » ; « le gros de mon travail c'est de la rédaction : rédaction des réponses aux appels d'offre de financements, rédaction des rapports, préparation des HCERES ...». A ces multiples rédactions dorénavant nécessaires dans la recherche s'ajoute un temps accru passé en réunion : « j'ai l'impression de passer ma vie en réunions ».

VI.3.3. Latitude décisionnelle

Les différents éléments cités ci-dessous concernent principalement les personnels supports à la recherche que sont les ingénieurs, assistants ingénieurs et techniciens ; ainsi que les doctorants, post-doctorants ; et enfin, les personnels administratifs.

VI.3.3.1. Manque d'autonomie et de responsabilités

Grande source de frustration pour certains ingénieurs ayant réalisé un doctorat, le manque d'autonomie et de responsabilités à leur poste devient alors source de RPS. Ingénieurs, techniciens, doctorants et post-doctorants ont parfois l'impression d'être de simples accompagnants à la recherche, dont le travail est jugé « insuffisamment valorisé », et des exécutifs du « sale boulot » (tâches répétitives à la paillasse, manutention, astreintes ...). Reviennent régulièrement sur le devant de la scène le « peu de variables d'ajustement » dans leur travail ; un « cloisonnement des tâches » ; et la réalisation de tâches dites « exécutives » « avec peu de responsabilités ».

VI.3.3.2. Exigence des utilisateurs

Ce concept « d'exigence des utilisateurs » concerne principalement le personnel des laveries, magasins, et autres plateformes techniques. En effet, leur activité dite « de support à la recherche » les place au contact de différents interlocuteurs, de différentes équipes, ayant parfois du mal à « réaliser qu'ils ne sont pas les seuls demandeurs ». Si les agents de ces supports essaient de prioriser les tâches à exécuter, ils sont susceptibles parfois d'être exposés à une « pression forte » de certains agents « peu compréhensifs ». L'aménagement de leur poste de travail, dans des activités à forte pénibilité physique, entraîne régulièrement « de la grogne » auprès des utilisateurs, source supplémentaire de stress pour ces agents. A cette exigence peut s'ajouter la nécessité de devoir « cacher ses émotions ».

VI.3.4. Soutien social

VI.3.4.1. Management

Les problèmes de management sont une des doléances les plus fréquemment exprimées par les agents, tous corps de métiers confondus. Le management bien souvent descendant est générateur, entre autres, de relations interpersonnelles difficiles et de situation d'incompréhension : « chacun cherche à asseoir son pouvoir » ; « décision prise par la direction sans concertation » ; « mise en place de changement injustifié et nuisible en force » ; « changement arbitraire et sans raison » ; « celui qui a raison, c'est celui qui crie le plus fort ». La formation au management ne fait pas partie du cursus de formation des chercheurs. Ainsi, même si les établissements proposent des formations aux responsables d'équipes, les agents évoquent souvent des « problématiques d'incompétence et de malveillance » avec une « rétention d'information » : « il ne sait pas manager, il ne se remet pas en question ». Certains parlent d' « infantilisation » avec « répressions et réprimandes », se caractérisant par un sentiment d'« empiétement sur l'indépendance technique » et une minimisation des « problèmes remontés par l'équipe qui sont biaisés ». Les autres remarques verbalisées sont : le « manque de discussions, de respect et d'écoute », une « communication déficiente » et une « déshumanisation des relations ». Les agents expriment également qu'il n'y a « pas de soutien ni d'accompagnement », « il y a un semblant de reconnaissance mais ce n'est pas réel, il nous met des bâtons dans les roues ». On évoque aussi des « injonctions paradoxales », des « maladresses », un « manque de clarté et de cadrage » ... Il en résulte une perte de confiance dans la hiérarchie : « le chef ne s'intéresse pas vraiment à ce que l'on fait, ne s'implique pas et ne sait pas manager » ; « pas de deadline ni de gestion des projets ou des personnes, on est livré à nous même ».

Or le management est aussi générateur de stress pour les responsables d'équipe, qui mettent en avant le fait de « ne pas avoir été formés à cela ».

Quant aux doctorants, ils représentent une population potentiellement fragile, présentant parfois des difficultés dans l'accompagnement et le soutien par leur directeur de thèse. Si dans la majorité des cas tout se passe bien, certains verbalisent une « pression excessive » ou à l'inverse « l'absence d'encadrement », « pas de relecture, pas de formation ». Voici, par exemple, l'expression de l'entretien d'un doctorant : « je me suis lancé dans un doctorat pour me former sur

un sujet qui me passionne mais au final je suis livré à moi-même, je n'ai eu aucune formation depuis que je suis là, je ne fais que de la prestation de service ».

VI.3.4.2. Isolement

Un sentiment d'isolement ou d'exclusion est parfois exprimé par quelques-uns. Si l'autonomie est majoritairement source de satisfaction au travail et facteur protecteur des RPS, certains déplorent d'être isolés sur leur poste de travail : « on est une grosse équipe mais on n'a pas vraiment le fonctionnement d'une équipe ». Cet isolement peut être corrélé avec un niveau d'expertise unique de l'agent : « je suis le seul à savoir faire cela dans le labo, je n'ai personne pour m'aider et je suis seul sur mon poste ». Mais il peut également dissimuler une situation à la base conflictuelle : « j'ai été mis au placard sans explications » ; « je me sens externalisé ».

VI.3.4.3. Compétitivité dans le milieu entre les chercheurs

En raison, entre autres choses, de collaborations internationales et d'octroi de financement très ciblés sur une seule personne ou équipe, creusant l'écart avec d'autres équipes, s'installe un climat général de compétitivité parfois malsaine. Cette compétitivité est génératrice de « violences verbales » : « beaucoup de critiques sont non constructives » ; « ce sont souvent des problèmes de copinage et de jalousie ». Certains mettent en avant de véritables « guerres interservices » avec « vols des idées scientifiques » et « vraie problématique de déontologie ». Cette situation et ces contacts sont à l'origine d'une dégradation des relations interpersonnelles et interprofessionnelles, d'un « manque de cohésion de groupe », d'un « manque d'échanges de pratiques », cette compétition est qualifiée « d'inhumaine » : « les réunions d'équipe lorsqu'elles existent sont improductives, il n'y a pas de dynamique de groupe ».

VI.3.5. Non-reconnaissance

VI.3.5.1. Du métier

La non-reconnaissance du métier se définit pour les agents comme une « non-reconnaissance du savoir et de l'expertise ». Associée à un sentiment « d'incompréhension et de méconnaissance du travail réel » par les supérieurs hiérarchiques, avec des demandes d'exécution de tâches « hors fiche de poste », des « copier / coller dans mes entretiens annuels » ... Ce manque de reconnaissance, même symbolique, est vivement déploré par les agents : « il n'y a pas de reconnaissance du travail fourni, pas de prise en considération des demandes ». Il s'associe à un sentiment d'injustice, d'un travail jugé inutile par la hiérarchie : « il n'y a aucune valorisation de notre travail auprès du chef de pôle par notre responsable, du coup on n'a aucune reconnaissance ». Ce sentiment d'injustice peut être amplifié par un « refus de promotion » par le DU : « il n'y a aucune reconnaissance alors que je donne tout ».

VI.3.5.2. Financière

Si souvent la reconnaissance symbolique est quand même présente, le manque de reconnaissance financière est lui très souvent verbalisé. Ce point est plus souvent discuté avec l'infirmière qu'avec le médecin, au cours de la visite médicale. Il peut être en rapport avec des « heures supplémentaires non payées » comme avec la difficulté à « monter en grade » : « j'ai subi 5 ans de blocage au même salaire » ; « satisfaction à 8 pour l'équipe mais 3 pour la reconnaissance financière » ; « je passe des concours internes depuis 10 ans et pas de réussite » ... Certains agents finissent par perdre tout espoir quant aux possibilités de promotions et d'augmentation de salaire : « je ne me fais pas d'illusions sur ma carrière, c'est trop compliqué ».

VI.3.6. Manque de moyens

Les verbatim d'un agent sont les plus évocateurs de ce sentiment de manque moyens dans la recherche : « depuis le départ d'un collègue en avril 2019, la charge de travail et le nombre de demandes ne font que croître, avec moins de moyens humains, sans que l'on ait plus de moyens financiers ou matériels ».

VI.3.6.1. Humains

Le manque de moyens humains est exprimé régulièrement dans les entretiens, quelque soit le corps de métier. Beaucoup évoquent un sous-effectif : « on a une charge de travail pour 4, effectuée par 2 personnes » ; « j'effectue seul le travail de 2 personnes ». Cela résulte majoritairement de départs de membres de l'équipe : « avant, on était 4, mais 2 collègues sont partis à la retraite et n'ont pas été remplacés ». Ce manque de ressources humaines s'associe à un sentiment d'absence d'encadrement et de formation : « je me forme sur le tas ».

VI.3.6.2. Financiers et techniques

La grande difficulté d'obtention de financements pour la recherche est malheureusement un sujet redondant, qui met à mal la qualité de vie au travail : « sur 45 projets, seulement 2 financements, je n'y crois plus, surtout depuis 3-4 ans ». Et les conséquences sont souvent nombreuses : « si pas de financement alors pas d'étudiants » ; « si on n'a pas de renouvellement de financement, l'équipe disparaîtra » ; « le service n'arrive pas à subvenir à tous ses besoins ».

VI.3.7. Projection dans l'avenir

VI.3.7.1. Avenir de la profession

Cette crainte de l'avenir de la profession existe surtout chez les séniors, ayant connu une période « faste » de la recherche. Elle peut concerner l'avenir même de l'agent, et ce particulièrement si « le financement d'une équipe n'est pas renouvelé » (cela induit la suppression de l'équipe avec répartition de ses agents vers d'autres équipes ou laboratoires, parfois sans rapport avec leur thématique de recherche initiale). Cette crainte concerne essentiellement le métier de chercheur, qui évolue vers un métier de « recherche de financement » : « on ne va pas vers le mieux ». Et nombre d'agents expriment que « le cadre actuel [de la recherche] ne me convient plus », cela s'associant à une désillusion sur le métier (que nous verrons plus en détails par la suite).

VI.3.7.2. Difficulté d'obtention de poste pérenne

Si cette réalité touche la majorité des non titulaires, elle est surtout verbalisée par des doctorants et post-doctorants. Le fonctionnement actuel de la fonction publique tend vers une raréfaction des postes de titulaires, donc de permanents. Ce paramètre, associé à la raréfaction des offres de financement et à la difficulté d'obtention de poste pérenne, engendre stress et anxiété. Ceci est à l'origine d'un accroissement de la précarité, car il n'y a « pas de projection possible sur le long terme » : « impossible d'acheter une maison lorsque l'on est en CDD ». Cette problématique de poste pérenne est d'autant plus mal vécue par le fait que les départs à la retraite ne sont pas systématiquement remplacés : « disparition du poste au départ en retraite de mon collègue ». Ces CDD sont souvent à l'origine d'un turn-over dans les équipes, sur des postes qui pourtant se maintiennent dans la durée. Ainsi l'obtention d'un poste de titulaire ou d'un CDI est vécue comme un parcours du combattant : « j'ai fait le siège 3 ans pour obtenir un CDI ».

VI.3.8. Impact sur la personne

VI.3.8.1. Envahissement de la sphère privée

L'envahissement de la sphère privée est fréquent, plus particulièrement dans les métiers de chercheurs, du doctorant au DR. Il est objectivé par la réalisation occasionnelle ou régulière d'heures supplémentaires au travail, sur des journées pouvant aller jusqu'à 10-12h de travail. On retrouvera également du travail occasionnel ou régulier au domicile, le soir et le week-end majoritairement mais aussi parfois durant les congés. Même si cela se traduit principalement par la lecture des mails, d'articles ou la rédaction en période de deadline, cela implique chez ces agents une absence de coupure mentale par rapport au travail. La phrase « vous savez, quand on est chercheur, on ne déconnecte jamais vraiment » est redondante. Cependant, cela est à nuancer car le travail étant considéré comme une passion, il n'est pas vécu comme une charge supplémentaire, même accompli à la maison. Par ailleurs, le travail en collaboration avec des équipes situées un peu partout sur le globe rend nécessaire ces horaires de travail étendus. Mais globalement et en synthèse, l'envahissement par les mails constitue une source de stress pour les agents « c'est souvent urgent, on ne peut pas se permettre de ne répondre que le lundi à un mail reçu le week-end ». Ces grosses journées de travail s'associent souvent à l'absence d'activité physique, pourtant fortement recommandée sur ces métiers très sédentaires.

VI.3.8.2. Perte de sens du travail

Les différents facteurs de RPS exprimés par les agents sont bien souvent à l'origine d'une perte du sens du travail, certains évoquant une « perte de motivation » ou bien une « perte d'intérêt ». Alors que certains expriment : « ma conscience professionnelle me fait tenir », nombre de ceux en situation de job strain ont déjà envisagé une mutation ou une reconversion professionnelle, avec pour certains d'entre eux des démarches déjà entamées. Une directrice de recherche disait notamment « depuis 4 ans je ne vois pas d'intérêt ni d'avenir aux projets développés [...] chacun travaille dans son coin, c'est démotivant ».

VI.3.8.3. Regrets et désillusions

Le métier de chercheur est bien souvent source de regrets et de désillusions. Un directeur de recherche exprimait lors de son entretien que « la recherche en France c'est fini, et pourtant je fais partie de ceux qui sont les mieux lotis [...]. Je déconseille à mes étudiants de poursuivre dans ce milieu ». Les évolutions de carrière des chercheurs sont souvent liées à leur habileté à porter des projets de recherche, mais la recherche de financement qui y est associée est source de frustration et de désillusion : « le plus lourd c'est la quête de financements, je ne souhaite plus être porteur de projets car c'est trop d'investissement proportionnellement aux résultats » ; « on fait des sacrifices mais on ne voit pas le retour sur investissement » ; « c'est de plus en plus compliqué la recherche ». Ainsi certains agents expriment le fait que « si c'était à refaire je ne recommencerais pas » et réfléchissent à des alternatives autres : « je réfléchis à ce que je pourrais faire d'autre ».

VI.3.9. Propres à l'enseignement

Cette partie ne concerne que les professeurs agrégés ou universitaires et les maîtres de conférences de l'INP. Bien que cela ne concerne qu'une infime partie des verbalisations analysées (une dizaine), elles sont toutefois relatées par la quasi-totalité des agents concernés.

VI.3.9.1. Emploi du temps hebdomadaire

Propre au fonctionnement des écoles d'ingénieurs, les emplois du temps des différentes formations, et donc des enseignants, changent chaque semaine. Ces emplois du temps non figés sont sources de stress. Un maître de conférences rapportait que c'était pour lui générateur d'un « sentiment d'insécurité ». Une autre professeure discutait de l'impact de ces emplois du temps sur l'organisation professionnelle mais aussi extraprofessionnelle : « Il est impossible de prévoir un rendez-vous médical durant les périodes de cours et cela complique beaucoup les choses ».

VI.3.9.2. Effectifs grandissants d'étudiants

Un autre point régulièrement évoqué est l'augmentation régulière du nombre d'étudiants ces dernières années, à laquelle vient se greffer une réduction du nombre de groupes pour les travaux pratiques et les travaux dirigés : « Vous comprenez bien que c'est plus dur d'expliquer quelque chose quand on a 30 étudiants devant soi en TD, il est impossible d'aider efficacement tout le monde ».

VI.3.9.3. Administratif dans l'enseignement

Si ce point a déjà été évoqué plus haut, il est légèrement différent pour les enseignants. Pour eux, ce n'est pas la recherche de financements qui pose souci, mais la part de plus en plus importante des tâches administratives. L'organisation des enseignements, la gestion des emplois du temps, les réunions multiples où sont abordées l'harmonisation des programmes, les questions pédagogiques face à l'évolution de leur auditoire et des cours (moins de cours magistraux mais plus de travaux participatifs) liée aux manques de fonctions supports ... sont autant de tâches chronophages qui empiètent sur leur part d'activité dédiée à la recherche.

VII. DISCUSSIONS

VII.1. L'étude

VII.1.1. Choix de la méthode

L'utilisation d'une enquête mixte, associant questionnaire quantitatif et entretien semi directif, apparaissait comme la méthode la plus adaptée pour cette étude ; l'objectif étant de réaliser un état des lieux. La possibilité pour les agents de verbaliser leurs ressentis nous permettait ainsi de comprendre ce qui pouvait être à l'origine d'un stress dans leur travail, quel que soit le facteur incriminé. Le peu de données disponibles pour ce milieu de travail nous a motivé à élargir cette enquête et ainsi à balayer tout facteur potentiel de risque psychosocial.

Les nombreux travaux menés auprès des salariés offrent un large panel de questionnaires quantitatifs, questionnaires sur lesquels nous nous sommes basés pour élaborer notre étude. Mais l'usage d'un questionnaire seul ne suffit pas dans l'étude des RPS et la mise en place de plans d'actions de prévention, d'où la nécessité d'élargir le champ des recherches.

VII.1.2. Questionnaire quantitatif

L'utilisation du questionnaire de Karasek, outil validé en France par l'enquête SUMER 2003 et réutilisé dans les enquêtes suivantes, a servi de point de départ à l'étude. Une première partie était dédiée à dresser la « carte d'identité » de l'agent. Certaines de ces données, telles que l'ancienneté dans le laboratoire, la présence d'un handicap ou la thématique de recherche, n'ont été intégrées que tardivement au questionnaire et n'ont pu être analysées. C'est un point qu'il sera nécessaire de corriger dans de futures études.

S'ensuivait le questionnaire à proprement parler. Les réponses aux items évalués dans ce questionnaire restent toutefois soumises à la subjectivité des agents. De plus, certains items sont peu adaptés au monde de la recherche et de l'enseignement-supérieur. La grande latitude décisionnelle dont bénéficient ces métiers induit la difficulté, pour les agents, d'évaluer la dimension du soutien social. La question s'était posée d'utiliser une version du questionnaire de Karasek

plus complète ou de combiner différents questionnaires et sera à réfléchir au lancement d'une prochaine enquête auprès des agents.

VII.1.3. Entretien semi directif

Si l'analyse du questionnaire positionnait l'agent en situation de travail tendu, ce dernier bénéficiait alors d'un entretien plus détaillé au cours de la visite périodique. Au-delà des 3 dimensions du questionnaire et des échelles de satisfaction et de stress, une analyse plus fine, certes subjective, des verbalisations de chaque agent, était accomplie par l'enquêteur. Lorsqu'il est apparu que les agents étaient en difficulté pour exprimer les paramètres globaux du stress et de la satisfaction au travail, ces derniers n'ont finalement pas été pris en compte dans cette analyse finale.

Cependant, le fait de restreindre la collecte des données aux situations de job strain, a probablement induit une perte d'informations complémentaires ; et donc une visibilité moindre d'autres facteurs de RPS.

VII.1.4. Recrutement

Si nous n'avons pas cherché à être exhaustif lors de la réalisation de l'échantillon, il nous a semblé important d'inclure le plus d'agents possibles dans l'étude pour être au plus proche de la réalité des RPS dans ce milieu. Nous avons donc lancé les visites périodiques par laboratoire, attendant d'avoir réalisé la totalité des visites de quelques laboratoires avant de convoquer les agents des autres laboratoires. Un regret possible est l'absence de diversité concernant le lieu géographique d'exercice des agents, notre étude ne concernant que ceux de la région toulousaine. Il s'agit là d'un biais de sélection. Il est important de noter que la grande majorité des agents a accepté de répondre au questionnaire.

VII.1.5. Recueil de données (lieu, enregistrement)

Les entretiens ont d'abord été réalisés dans les locaux du service de médecine de prévention mutualisé, permettant ainsi un libre échange dans un espace sécurisé. Le confinement de mars-avril 2020 et la période qui a suivi ont malheureusement rendu impossible la continuité des visites en présentiel. Les téléconsultations ont pris le relais. Les agents se trouvaient alors majoritairement à leur domicile, mais certains étaient sur leur lieu de travail. Ce la a rendu difficile l'expression libre des agents au cours des téléconsultations.

Les données ont été tracées dans les dossiers santé travail numérisés des agents. Certains d'entre eux ont refusé l'enquête par peur du non-respect de la confidentialité des données ; par exemple, une personne a formalisé : « je suis informaticien et je vous affirme que les services des ressources humaines peuvent avoir accès à ces données ». La solution idéale de recueil des données aurait été l'enregistrement vidéo des entretiens, mais complexe à mettre en œuvre, nécessitant des connaissances approfondies en sociologie et en psychologie pour analyser toutes les informations non verbales (gestuelle de l'agent, intonation ...). Cela a donc pu générer une perte d'informations.

VII.1.6. Analyse

L'ensemble des entretiens a été analysé une fois la période de recrutement terminée. Une analyse transversale inter-entretiens a été effectuée. Celle-ci vise à regrouper des éléments évoqués par les agents en thématiques et sous-thématiques, permettant la construction de modèles descriptifs. Le but de cette analyse inter-entretien était donc de cibler les différents facteurs de RPS évoqués par le collectif, c'est-à-dire l'ensemble des agents inclus.

L'analyse de données brutes ne tient pas compte de la subjectivité et du vécu de chacun, et peut être source de recueil déficitaire en messages et explications. Par exemple, des agents ayant vécu un burnout ont eu tendance à minimiser leur situation actuelle « ce n'est rien par rapport à ce que j'ai pu connaître dans ma précédente équipe ».

VII.1.7. Biais

VII.1.7.1. Biais d'induction

Le biais d'induction apparaît lorsque les réponses de l'enquête ne se font plus en fonction des convictions personnelles mais en fonction de l'influence de l'enquêteur. L'attitude de ce dernier, par sa gestuelle ou ses expressions faciales, ou bien par ses relances et ses reformulations, peut influencer le discours de l'interviewé. Par exemple, si l'enquêteur paraît désapprouver ce que dit la personne interrogée, celle-ci pourra soit chercher à défendre son opinion de façon plus véhémente, ou au contraire modifier son discours pour aller dans le sens de l'enquêteur qui, a priori, détient de la connaissance sur le sujet de l'enquête.

Si dans cette enquête nous avons cherché à être le plus neutre possible lors des entretiens, nous avons pu noter des modifications du discours entre les verbatim exprimés par l'agent avec l'infirmier et avec le médecin.

VII.1.7.2. Biais d'intervention

Le biais d'intervention correspond aux interventions de l'enquêteur jugées intempestives dans le déroulé de l'entretien par l'interviewé. Nous avons essayé de limiter ce biais au maximum mais nous ne garantissons pas que l'inexpérience et, parfois, la fatigue aient conduit à des erreurs de ce type.

VII.1.7.3. Biais de courtoisie

Le biais de courtoisie se rapproche du biais d'induction. Il apparaît lorsque la personne interrogée modifie son discours en fonction de l'enquêteur, soit parce qu'il connaît l'enquêteur, soit parce qu'il pense dire ce que l'enquêteur souhaiterait entendre. Ce biais est inéluctable dans toute interaction sociale.

VII.2. Résultats

VII.2.1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous espérons que l'inclusion d'un grand nombre d'agents dans cette étude aura contribué à offrir une représentativité suffisante de la population de chercheurs et enseignants-chercheurs. Il est difficile de comparer les proportions des différents corps de métier au sein des différents établissements à celles retrouvées classiquement dans les EPST et EPSCP respectivement. En effet, les rapports publiés tous les 2 ans par le Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation présentent ces proportions par type d'établissement mais en analysant séparément chercheurs et personnels de soutien à la recherche. De plus, il n'est pas fait mention de l'âge moyen des agents dans ces rapports.

En revanche, notre échantillon semble se rapprocher des proportions hommes-femmes présentées dans l'édition 2018 du rapport (65). En EPST, les femmes représentent 38,2 % des chercheurs (DR, CR, PR, MCF, doctorant et post-doctorant), 57,9 % des personnels de soutien à la recherche, et 47,2 % de l'ensemble des agents. Pour les établissements d'enseignement supérieur sous la tutelle du Ministère, elles représentent 40,2 % des chercheurs, 60,3 % du personnel de soutien à la recherche, et 43,6 % de l'ensemble des agents. Dans notre échantillon, elles représentent 36% des chercheurs, 64 % du personnel de soutien à la recherche, et 48% du total des agents.

VII.2.2. Questionnaire de Karasek

Comme nous l'avons déjà dit précédemment, le questionnaire de Karasek a pu sembler inadapté dans certains de ses items pour les personnels de la recherche et de l'enseignement supérieur. Nombre d'entre eux nous ont signalé que ceux interrogeant le soutien social ne leur semblaient pas adaptés à leur situation de travail. Certains n'y ont tout simplement pas répondu, ou ont répondu de manière dédoublée, en indiquant les personnes concernées par leurs différentes réponses. Ainsi, la grande majorité des questionnaires n'a pas pu être incluse dans l'analyse R du fait de ces données manquantes (particulièrement concernant le soutien de la hiérarchie).

En revanche, les dimensions de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle répondaient parfaitement aux caractéristiques de travail de cette population.

Les résultats globaux sont plutôt positifs et tranquilisants sur notre échantillon, avec une grande majorité des agents en situation de travail sain, c'est-à-dire actif passif ou détendu (près de 90% des agents). Il est à noter qu'une latitude décisionnelle élevée est un élément très présent dans le travail des chercheurs. D'autres études plus larges seraient nécessaires pour déterminer les médianes réelles de DP et LD dans la recherche et l'enseignement supérieur. Cela permettrait d'obtenir une meilleure représentation de la répartition des agents de ce milieu dans les quatre quadrants de Karasek. La répartition que nous avons obtenue via les médianes de DP et de LD de l'échantillon est probablement plus proche de la réalité.

Cette étude étant principalement descriptive, nous n'avons pas analysé les liens statistiques entre les données biographiques des agents et la répartition dans les quatre quadrants de Karasek (travail passif, détendu, actif, tendu).

VII.2.3. Verbalisations

Les facteurs de RPS verbalisés par les agents rassemblent une majorité de causes classiques de RPS dans les secteurs administratifs. Ils viennent conforter les résultats trouvés dans d'autres études sur le personnel de la recherche et de l'enseignement (62,66). Toutefois, le manque de financements, directement en lien avec les évolutions des subventions de la recherche dans la Fonction Publique, et la compétitivité individuelle et collective semblent être deux facteurs propres à l'environnement de la recherche. L'organisation du travail est la principale source de RPS, confortée par les résultats de notre étude dans les milieux de la recherche et de l'enseignement supérieur.

La crise sanitaire en lien avec la covid19 a été source d'une surcharge de travail pour de nombreux agents : les directions d'unité concernant la réalisation des plans de continuité d'activité et la mise en place de mesures sanitaires, les informaticiens quant à l'accompagnement logistique à la mise en place du télétravail à grande échelle, tous les corps de métier confrontés à la combinaison du télétravail avec la prise en charge des enfants en bas âge ...

La lourdeur des tâches administratives, dont témoignent les DR et CR, mériterait d'être analysée plus en détails. Si la recherche permanente de financements semble être la principale source de doléances, nous ne pouvons pas l'affirmer totalement. Une analyse plus fine serait susceptible, associée à l'analyse des fiches de poste de DR et CR, de repérer les autres tâches chronophages. Cette charge administrative, plutôt bien tolérée jusque-là, risque cependant de faire basculer les agents en situation de job strain, à plus ou moins long terme, du fait d'une perte d'autonomie propre à leur vrai métier de chercheur.

Les problèmes de management ont été largement évoqués par les agents. Le manque de formation et de préparation à ces fonctions peut être le reflet du manque de reconnaissance symbolique et de l'isolement dont témoignent certains agents.

Si la compétitivité est une source évidente de RPS, elle n'existait pas il y a 20 ans. Les agents fonctionnaient alors réellement avec un esprit d'équipe. La raréfaction des sources de financement est probablement une des premières causes de cette compétitivité, l'Agence Nationale de la Recherche n'ayant financé en 2019 que 16,2 % des projets qui lui ont été proposés (67). L'autre cause probable de cette compétitivité pourrait être les conditions d'évolution de carrière des chercheurs, les obligeant à être porteurs de projets pour espérer grimper les échelons et obtenir le grade de DR. Ce système est générateur de démotivation au travail.

La précarité dont témoignent les jeunes chercheurs (doctorants et post-doctorants) est confirmée dans les rapports du Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation sur l'état de la recherche en France (65,68). Ainsi, les chercheurs dans la fonction publique obtiennent un poste stable de manière plus tardive : en moyenne 32,6 ans pour les CR et 34,5 ans pour les MCF en 2018, marquant une augmentation de 2 ans en 10 ans, contre avant 30 ans dans le secteur privé. Le chômage à 3 ans des doctorants est estimé à 9 % en 2018 (68), contre 7,8% de la population active en France en mai 2020.

Le sentiment de sous-effectif et les verbalisations des agents sur des départs en retraite non remplacés se confirment dans les résultats du rapport de 2018 (65) : il y a de moins en moins de jeunes chercheurs et doctorants depuis 2010, qui s'associe à une augmentation des départs en retraite dans les EPST depuis 2018.

VII.3. Perspectives

VII.3.1. D'autres données à analyser

Ce travail est un premier état des lieux mis en évidence par le service de médecine de prévention mutualisé de Toulouse. L'avancement des visites et des questionnaires a montré la nécessité d'inclure d'autres données dans de futures analyses, telles que le handicap, la thématique de recherche (différents risques professionnels en découlant), la reconnaissance financière, la balance efforts-récompenses ...

Ce serait l'occasion, par ailleurs, de rechercher des liens de corrélation entre différentes données inhérentes aux agents (handicap, corps de métier, thématique de recherche, ancienneté dans le laboratoire ...) et le vécu au travail.

Ainsi, la collecte de ces multiples données autoriserait l'élaboration d'un nouvel outil d'évaluation des facteurs de risque psychosocial, spécifique du monde de la recherche et de l'enseignement supérieur. Un outil qui devra répondre à un double objectif de faisabilité et de représentativité. Il nécessitera un déploiement facile lors des visites médicales tout en conservant un bon niveau prédictif des risques pour la santé des agents.

VII.3.2. Actions conjointes médecine du travail / employeur

Tout l'intérêt d'un état des lieux repose sur les actions qui en découlent. Le bénéfice de ces entretiens pour les agents est double.

Au niveau individuel, il permet de détecter de manière précoce un mal être au travail, voire une altération de la santé physique et / ou psychique. L'agent est alors orienté, avec son accord, vers une psychologue du travail ou psychologue clinicienne. De même, une alerte auprès de son responsable est possible, toujours avec son accord, sans rupture du secret médical. Un aménagement organisationnel du poste de travail peut être préconisé selon les cas.

Sur le plan collectif, la synthèse de toutes les verbalisations associées aux résultats des questionnaires de Karasek, est tracée sur la fiche collective de risque de chaque unité. Cette fiche revêt un aspect réglementaire et obligatoire pour le médecin du travail. Elle complète et complémente le document unique

rédigé par l'employeur. Ces données collectives sont par la suite présentées aux directions des laboratoires, et aux CHSCT locaux, s'ils existent, ou régionaux. Ces données viennent enrichir les discussions sur le thème des RPS. Elles constituent un outil d'approche objectif et subjectif du vécu des agents au travail à partager avec l'employeur, afin de converger sur les actions de prévention.

Tous les éléments recueillis doivent permettre, au-delà d'actions de prévention secondaire et tertiaire déjà existantes, d'élaborer des démarches pérennes de prévention primaire.

De nombreuses études ont révélé qu'une partie des employeurs était peu sensibilisée à la problématique des RPS. En 2018, une étude sur la « la perception par les employeurs des salariés en situation de souffrance au travail » (69) a signifié une méconnaissance globale de cette problématique par les employeurs, associée à des compétences restreintes dans la gestion des situations de souffrance au travail. D'où l'importance de la mise en place de formations adaptées, autant pour les responsables ayant une fonction de management, que pour les collaborateurs susceptibles d'être exposés à ce risque, particulièrement dans ce contexte de profonde mutation du monde de la recherche et de l'enseignement supérieur.

VIII. CONCLUSION

Le monde du travail, en proie à de profonds changements depuis le début des années 2000, ne voit aucun secteur épargné par la problématique des RPS. Le milieu de la recherche et de l'enseignement supérieur de la fonction publique est malheureusement également impacté. Or, il n'y a à ce jour pour cet environnement, à l'inverse des autres secteurs professionnels, que très peu de données, voire aucune donnée, sur ce risque pourtant grandissant. Grâce à ce travail, nous espérons contribuer à donner une plus grande visibilité de ce risque dans cette population. Certains éléments valident des ressentis exprimés, et d'autres consolident les aspects positifs sur les conditions de travail et la qualité de vie au travail. Nous nous attendions à ce que les résultats viennent conforter des constats plus inquiétants, au regard des situations conflictuelles plurielles existant dans la recherche et l'enseignement supérieur de la fonction publique.

Métiers de vocation par excellence, la recherche et l'enseignement supérieur sont générateurs d'une très grande satisfaction, voire d'un épanouissement au travail pour la plupart des agents. L'accompagnement des étudiants de même que la grande autonomie sont des facteurs protecteurs du risque psychosocial. Ainsi, les résultats des questionnaires de Karasek montrent sur notre échantillon une médiane de demande psychologique légèrement plus élevée que dans la population générale (à 22 contre 21 dans SUMER 2003), pour une médiane de latitude décisionnelle largement supérieure (à 80 contre 71 selon SUMER 2003). On retrouve également une part plus faible d'agents en situation de « job strain » par rapport à la population générale (environ 10% en utilisant les médianes de SUMER 2003 contre 20% en utilisant les médianes de l'échantillon, alors que 32 % des salariés dans la population générale sont en situation de travail tendu selon les résultats de l'enquête SUMER 2017).

Ce monde de recherche et d'enseignement supérieur n'est toutefois pas exempt de sources de RPS. Tous établissements confondus, le profil type de l'agent en situation de job strain est une femme, titulaire, dans la quarantaine et personnel de soutien dans une grande majorité des cas.

La charge de travail intense, associé à un sentiment de toujours travailler dans l'urgence, est le facteur de risque psychosocial le plus fréquemment exprimé par les agents, tout corps de métier confondu. S'intercale une lourdeur des tâches administratives pour les chercheurs et enseignants-chercheurs (chargé de recherche, directeur de recherche, professeur et maître de conférences) qui se

caractérise par la rédaction continue et chronophage de différents rapports et requêtes (demande de financement, proposition de projet, points réguliers souvent trimestriels pour justifier les financements et l'avancement des tâches, procédure HCERES...). Tout ceci au détriment du temps à faire de la vraie recherche, au sens propre du terme.

La fonction de management sur ces postes est également source de stress, du fait de l'absence de formation systématique et de la complexité à résoudre des conflits interpersonnels et inter ou intra-professionnels. Le stress touche autant les responsables d'équipe que les collaborateurs « managés ». Le manque de reconnaissance est un point récurrent, sur des aspects humains ou financiers, de même que la présence d'une très grande compétitivité au cœur de la recherche. L'individualisme prend le pas sur le collectif ce qui est parfois générateur d'isolement de certains agents, même au sein des équipes. Ce manque de reconnaissance s'associe souvent à un manque de moyens financiers ou de ressources humaines, sous-tendu par un sentiment de ne pas être entendu par les différentes strates de la hiérarchie, à propos des difficultés réelles et besoins réels du « terrain ».

En ce qui concerne les doctorants et post-doctorants, la précarité de l'emploi, compte tenu de l'absence de perspectives de postes pérennes et de l'enchaînement des CDD sur des périodes pouvant aller jusqu'à 10 ans (par l'alternance des contrats entre différents établissements), ainsi qu'une faible rémunération au regard de la longueur des études, sont sources de stress chronique.

Enfin, pour les techniciens et ingénieurs, existe un sentiment de frustration d'un accompagnement à la recherche insuffisamment valorisé : dépendance et non association, et accomplissement du « petit boulot » (tâches répétitives à la paillasse, manutention, astreintes ...). Certains ingénieurs, ex-doctorants, déplorent l'absence de possibilité d'occuper un poste de chercheur.

Ce travail n'est qu'un premier état des lieux de la situation dans les milieux de recherche et d'enseignement-supérieur de différents établissements de Toulouse. Un complément d'étude pourrait explorer, par exemple, la combinaison du RPS au handicap ou aux différentes thématiques de recherche (biologie, chimie, anthropologie ...). Cet ouvrage est également destiné à travailler sur des axes de prévention primaire, seule prévention efficace et pérenne.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

19.11.2020

E. SERRANO

Professeur Jean-Marc SOULAI
Coordonnateur Interrégional
DES de Médecine du Travail
(SMPE) Pavillon Turiaf
CHU TOULOUSE - HOPITAL PURPAN
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex

IX. LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Scores moyens de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle de différents corps de métiers, 5ème enquête européenne sur les conditions de travail, 2010	29
<u>Figure 2</u> : Représentation schématique du score de Karasek basé sur 2 dimensions, demande psychologique et latitude décisionnelle	31
<u>Figure 3</u> : Représentation graphique du score de Karasek basé sur les 3 dimensions	31
<u>Figure 4</u> : Evolution de la proportion des agents concernés par certains risques psychosociaux, DARES, enquête conditions de travail, 2016	40
<u>Figure 5</u> : Score de demande psychologique et de latitude décisionnelle par famille professionnelle, DARES, enquête SUMER 2003	41
<u>Figure 6</u> : Représentation graphique de la variable « âge »	52
<u>Figure 7</u> : Distribution de la variable « âge »	52
<u>Figure 8</u> : Distribution de la variable « genre »	53
<u>Figure 9</u> : Distribution de la variable « statut »	54
<u>Figure 10</u> : Distribution de la variable « corps »	54
<u>Figure 11</u> : Distribution de la variable « établissement »	56
<u>Figure 12</u> : Distribution de la variable « âge » pour le genre « homme »	57
<u>Figure 13</u> : Répartition de la variable « âge par genre »	57
<u>Figure 14</u> : Distribution de la variable « âge » pour le genre « femme »	57
<u>Figure 15</u> : Représentation graphique de la variable « statut par genre » ...	58
<u>Figure 16</u> : Représentation graphique de la variable « corps par genre » ...	59
<u>Figure 17</u> : Représentation graphique de la variable « établissement par genre »	60
<u>Figure 18</u> : Représentation graphique de la variable « demande psychologique » (DP)	62
<u>Figure 19</u> : Distribution de la variable « demande psychologique »	62

<u>Figure 20</u> : Représentation graphique de la variable « demande psychologique » pour les hommes	63
<u>Figure 21</u> : Représentation graphique de la variable « demande psychologique » pour les femmes	63
<u>Figure 22</u> : Distribution de la variable « demande psychologique par genre »	63
<u>Figure 23</u> : Représentation graphique de la variable « latitude décisionnelle » (LD)	64
<u>Figure 24</u> : Distribution de la variable « LD »	64
<u>Figure 25</u> : Représentation graphique de la variable « LD pour les hommes »	65
<u>Figure 26</u> : Représentation graphique de la variable « LD pour les femmes »	65
<u>Figure 27</u> : Distribution de la variable « LD par genre »	65
<u>Figure 28</u> : Représentation graphique de la variable « soutien social »	66
<u>Figure 29</u> : Distribution de la variable « soutien social »	66
<u>Figure 30</u> : Représentation graphique de la variable « soutien social pour les hommes »	67
<u>Figure 31</u> : Représentation graphique de la variable « soutien social pour les femmes »	67
<u>Figure 32</u> : Distribution de la variable « soutien social par genre »	67
<u>Figure 33</u> : Représentation graphiques des scores de Karasek avec médianes de DP et LD propres à l'échantillon et médianes SUMER 2003 ...	68
<u>Figure 34</u> : Répartition des réponses dans les quatre quadrants de Karasek selon les médianes de DP et LD de SUMER 2003	69
<u>Figure 35</u> : Répartition des réponses dans les quatre quadrants de Karasek selon les médianes de DP et LD de l'échantillon	70

X. LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Intensité de travail et pression temporelle dans la fonction publique et le secteur privé, DARES, enquête conditions de travail, 2016 ..	40
<u>Tableau 2</u> : Table de répartition de la variable « âge par genre »	57
<u>Tableau 3</u> : Table de répartition de la variable « statut par genre »	58
<u>Tableau 4</u> : Table de répartition de la variable « corps par genre »	59
<u>Tableau 5</u> : Table de répartition de la variable « établissement par genre »	60
<u>Tableau 6</u> : Bilan des réponses au questionnaire de Karasek	61
<u>Tableau 7</u> : Table de répartition du score de DP	63
<u>Tableau 8</u> : Table de répartition du score de DP par genre	63
<u>Tableau 9</u> : Table de répartition du score de LD	64
<u>Tableau 10</u> : Table de répartition du score de LD par genre	65
<u>Tableau 11</u> : Table de répartition du score de soutien social	66
<u>Tableau 12</u> : Table de répartition du score de soutien social par genre	67
<u>Tableau 13</u> : Table de répartition de la variable « job strain par âge »	71
<u>Tableau 14</u> : Table de répartition de la variable « job strain par genre »	71
<u>Tableau 15</u> : Table de répartition de la variable « job strain par corps »	71

XI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Légeron P., *Le Stress au travail*, Paris, Odile Jacob, 2001
- (2) Valléry G. et Leduc S., *Les risques Psychosociaux*, Que sais-je ?, novembre 2017
- (3) Gollac M. et al., *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Ministère du travail, 2011, disponible sur : <http://www.aractidf.org/risques-psychosociaux/ressources/mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-rapport-gollac>
- (4) CNRS, *Organisation, missions, histoire*, disponible sur : <https://www.cnrs.fr/fr/le-cnrs>
- (5) Décret-loi de janvier 1939, disponible sur : http://www.cnrs.fr/paris-michel-ange/CNRSnaissance/4b_genealogie_doc/JO_1939.pdf
- (6) Unesco, définition de la recherche fondamentale, disponible sur : <http://uis.unesco.org/fr/glossary-term/recherche-fondamentale>
- (7) disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071190/LEGISCTA000006137609/#LEGISCTA000006137609
- (8) disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000884328?tab_selection=all&searchField=ALL&query=d%C3%A9cret+82-993&page=1&init=true
- (9) Inserm, *Connaître l'Inserm*, disponible sur : <https://www.inserm.fr/connaitre-inserm/inserm-en-coup-oeil>
- (10) Inserm, *Bilan social Inserm 2019 - synthèse*, disponible sur : <https://fr.calameo.com/books/005154450f61735b6b41c>
- (11) Toulouse INP, *Choisir Toulouse INP*, disponible sur : <https://www.inp-toulouse.fr/fr/toulouse-inp/choisir-toulouse-inp.html>
- (12) UFTMiP, *Présentation*, disponible sur : <https://www.univ-toulouse.fr/>
- (13) UFTMiP, *L'Organisation*, disponible sur : <https://www.univ-toulouse.fr/universite/organisation>

- (14) Université de Nantes, *Les statuts et organisation des laboratoires, structures et pôles de la recherche*, dernière mise à jour le 20 février 2020, disponible sur : <https://www.univ-nantes.fr/laboratoires/les-statuts-et-organisation-des-laboratoires-structures-et-poles-de-recherche-463361.kjsp>
- (15) Parfaire, *Etablissements Enseignement Supérieur Structure et fonctionnement*, janvier 2017, disponible sur : https://ics.utc.fr/parfaire/structure/co/03_missions_02_rechScient_01_systFrancais_05_rech.html
- (16) LEGIFRANCE, Décret n°2020-647 du 27 mai 2020, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
- (17) Cooper CL, Marshall J, *White collar and professional stress*, University of Manchester Intitue of Science and Technology and University of BAth, John Wiley and Sons, New york, 1980, 257
- (18) Rapport d'information de M. Gérard DERIOT, fait au nom de la Mission d'information sur le mal-être au travail et de la commission des affaires sociales, paru le 7 juillet 2010, n°642 tome 1 (2009-2010)
- (19) Parent-Thirion A. et al, *Fourth European Working Conditions Survey - Overview report*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail ; 2007. Disponible sur : <https://www.eurofound.europa.eu/fr/publications/report/2007/working-conditions/fourth-european-working-conditions-survey>
- (20) Parent-Thirion A. et al, *Sixth European Working Conditions Survey - Overview report*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail ; 2016. Disponible sur : <https://www.eurofound.europa.eu/fr/publications/report/2016/working-conditions/sixth-european-working-conditions-survey-overview-report>
- (21) Parent-Thirion A. et al, *Fifth European Working Conditions Survey - Overview report*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail ; 2012. Disponible sur : <https://www.eurofound.europa.eu/fr/publications/report/2012/working-conditions/fifth-european-working-conditions-survey-overview-report>
- (22) Karasek R., *Job demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job design*, Adm Sci Q. 1979 ; 24(2) :285-308.

- (23) Karasek R, Theorell T., *Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books ; 1990. 3989p.
- (24) Johnson JV, Theorell T., *Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population*, Scand J Work Environ Health ; août 1989 ; 15(4) :271-9.
- (25) INRS, *Job Content Questionnaire (dit questionnaire de Karasek)*, mars 2011, disponible sur : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%202>
- (26) INRS, *Questionnaire de Siegrist*, juin 2015, disponible sur : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%203>
- (27) Siegrist J, *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*, J Occup Health Psychol., janvier 1996 ; 1(1) :27-41.
- (28) Siegrist J. *The social Causation of Health and Illness. In : Handbook of Social Studies in Health and Médecine*, London, SAGE Publications Ltd ; 2000 ; p.100-14. Disponible sur : http://sk.sagepub.com/reference/hdbk_sostudyhealth/n8.xml
- (29) Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J., *Organizational justice : evidence of a new psychosocial predictor of health*, Am J Public Health, janv. 2002 ; 92(1):105-8
- (30) INRS, *Facteurs de risques psychosociaux*, mis à jour le 20/12/2019, disponible sur : <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>
- (31) Miller DT, *Disrespect and the experience of injustice*, Annu Rev Psychol, 2001 ; 52:527-53
- (32) Moorman RH., *Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors : do fairness perceptions influence employee citizenship ?*, J Appl Psychol, 1991 ; 76(6):845-55
- (33) PIASECKI Caroline, *L'utilisation de la justice organisationnelle dans une démarche de prévention des risques psychosociaux*, thèse de doctorat en psychologie, 2017, disponible sur : <http://www.theses.fr/2017AZUR2021>
- (34) Nyberg A, Westerlund H, Magnusson Hanson LL, Theorell T., *Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women*, Scan J Public Health, nov. 2008 ; 36(8):803-11
- (35) Cohidon C, Rabet G, Murcia M, Khireddine-Medouni I, Imbernon E, *Surveillance de la santé mentale au travail - Le programme Samotrace. Volet en entreprises. Région Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes*, 2006-2008.

saint-Maurice. Santé Publique France ; 2016, 134 p. Disponible à l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>

(36) Stanfeld S, Candy B, *Psychosocial work environment and mental health - a meta analytic review*, Scand J Work Environ Health, & déc 2006 ; 32(6):443-62

(37) Bonde JPE, *Psychosocial factors at work and risk of depression : a systematic review of the epidemiological evidence*, Occup Environ Med, juillet 2008 ; 65(7):438-45

(38) Siegrist J, *Chronic psychosocial stress at work and risk of depression : evidence from prospective studies*, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, nov 2008 ; 258 suppl 5:115-9

(39) Rivière M, Leroyer A, Carreira L Ferreira et al., *Caractéristiques professionnelles associées aux troubles mentaux fréquents : étude en médecine générale*. Archives de Maladies professionnelles et de l'environnement, 2018, vol. 79, n°4:57

(40) Legeron P, Gaillard S, Brosset N et al. - étude de la fondation Pierre Deniker, *Santé mentale des actifs en France : un enjeu de santé publique*, présentée le 26 novembre 2018 au Conseil économique, social et environnemental

(41) Kivimäki M, Nyberg S, Batty D et al., *Job strain as a risk factor for coronary heart disease : a collaborative meta-analysis of individual participant data*, The Lancet, published on September 2012, Disponible à l'URL : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60994-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60994-5)

(42) Devereux J, Rydstedt L, Kelly V, Weston P, Buckle P, *The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders*. Research report 273(ISBN 0 7176 2903 1), 2004

(43) ANACT, *3e congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques, échanges et pratiques sur la prévention*, 26-27 mai 2011, ISBN 978-2-913488-68-4

(44) Marcfarlane GJ, Pallewatte N, Payal P, Blyth FM, Coggon D, Crombez G et al, *Evaluation of work-related psychosocial factors and regional musculoskeletal pain : results from a EULAR Task Force*, Ann Rheum Dis, juin 2009 ; 68(6):885-91

(45) Eloïse COMBA-ZAÏRI, *Analyse descriptive des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des psychopathologies soumises au comité Régional*

de reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) de la Région Hauts-de-France entre 2011 et 2015, thèse de doctorat en médecine, 2018, p.60

(46) Sérazin C, Tassy V, Doulat T, Garras L, Valenty L, *Les maladies à caractère professionnel (MCP) dans les pays de la Loire - Résultats 2008-2009*. Saint-Maurice : institut de veille sanitaire, 2011, 6 p

(47) Agence nationale de sécurité alimentaire, de l'alimentation de l'environnement et du travail, *RNV3P : le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles*, disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/réseau-national-de-vigilance-et-de-prévention-des-pathologies-professionnelles-rnv3p>

(48) Rapport de l'enquête EUROGIP, *Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ?*, EUROGIP 81, février 2013, disponible sur : https://www.eurogip.fr/images/documents/3473/Eurogip_81FR_Reco_patho_psy_travail_Europe.pdf

(49) Bossard C, Cohidon C, Santin G, *Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. Etude exploratoire*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013, 90p

(50) Accord national interprofessionnel relatif au stress au travail, Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Conventions collectives, accord du 2 juillet 2008, NOR : ASET0950010M

(51) INRS, *Guide : dépister les RPS, des indicateurs pour vous guider*, ED 6012, 2010

(52) ANACT, disponible sur : <https://www.anact.fr/indicateurs-de-sante-et-qualite-de-vie-au-travail-la-methode-anact>

(53) ISTNF, *Rapport régional des inaptitudes médicales de 2018 en Hauts-de-France*, septembre 2019, disponible sur : <https://istnf.fr/info-232>

(54) OSCARS, *Etude des causes d'inaptitude médicale en région PACA et Corse*, 2017, disponible sur : <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/7669>

(55) Trontin C, Lassagne M, Boini S, Rinal S, *Le coût du stress professionnel en France en 2007*, INRS, Paris, 2010, disponible sur : http://amsndev.circum.net/iso_album/coutstressprofessionnel2007.pdf

- (56) Bejean S, Sultan-Taieb H, *Modelling the economic burden of diseases imputable to stress at work*, European Journal of Health Economics, vol 50, 2005, 16-23
- (57) Observatoire européen des risques, *Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail*, 2014, disponible sur : https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risk
- (58) HSE, *Costs to Britain of workplace fatalities and self-reported injuries and ill health*, 2010-11, disponible sur : <https://www.hse.gov.uk/statistics.index.htm>
- (59) DARES, *Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) : édition 2003*, mis à jour le 15/03/2013, disponible sur : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition-115982>
- (60) DARES, *Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) : édition 2016-2017*, disponible sur : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition-118967>
- (61) INRS, *Premiers résultats de l'enquête SUMER 2017 : comment ont évolué les expositions des salariés aux risques professionnels sur les vingt dernières années ?*, septembre 2019, disponible sur : http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF_273
- (62) Ottman et al., *Bien-être et mal-être au travail dans les métiers scientifiques : les cas du CEA*, janvier 2016, travail de thèse, disponible sur : <https://journals.openedition.org/formationemploi/4139>
- (63) Ministère de la transformation et de la fonction publique, *La prévention des risques psychosociaux*, décembre 2014, disponible sur : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/la-prevention-des-risques-psychosociaux>
- (64) Ministère de la décentralisation et de la fonction publique, *Mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques*, outils de la GRH, 20 mars 2014
- (65) Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, *L'état de l'emploi scientifique en France - édition 2018*, 9 octobre 2018, disponible

sur : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid133529/l-etat-de-l-emploi-scientifique-en-france-edition-2018.html>

(66) Arnoud J, Kornig C, *Du risque à la ressource psychosociale : l'enjeu du développement de l'activité des professionnels de l'enseignement supérieur et de la recherche*, Formation emploi, 2016, 136:79-98, disponible sur : <https://journals.openedition.org/formationemploi/4913>

(67) Agence Nationale de la Recherche, *Résultats de l'appel à projets génériques 2019*, 1er trimestre 2020, disponible sur : <https://anr.fr/fr/actualites-de-lanr/details/news/resultats-de-lappel-a-projets-generique-2019-1157-projets-de-recherche-finances/>

(68) Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, *L'état de l'emploi scientifique en France - édition 2020*, 22 octobre 2020, disponible sur : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid154848/l-etat-de-l-emploi-scientifique-en-france-edition-2020.html>

(69) FOURE J, VINCENT F, CADE C et al., *Perceptions par leurs employeurs des salariés en situation de souffrance psychique liée au travail*, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2018, disponible sur : <http://dune.univangers.fr/fichiers/14007122/2018MCEM8551/fichier/8551F.pdf>

XII. ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE KARASEK

Nom : Prénom : âge : corps : ancienneté sur le poste :
 Laboratoire : Equipe :

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1	Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles				
2	Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives				
3	Mon travail me demande d'être créatif				
4	Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même				
5	Mon travail demande un haut niveau de compétence				
6	Dans ma tâche, j'ai très peu de libertés pour décider comment je fais mon travail				
7	Dans mon travail j'ai des activités variées				
8	J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail				
9	J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles				
10	Mon travail me demande de travailler très vite				
11	Mon travail demande de travailler intensément				
12	On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive				
13	Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail				
14	Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes				
15	Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense				
16	Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard				
17	Mon travail est très "bousculé"				
18	Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail				
19	Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés				
20	Mon supérieur prête attention à ce que je dis				
21	Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien				

22	Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés				
23	Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents				
24	Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt				
25	Les collègues avec qui je travaille sont amicaux				
26	Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien				

Ce questionnaire est devenu au cours des deux dernières décennies le principal instrument d'évaluation des facteurs psychosociaux au travail, Il constitue aussi un des modèles pour expliquer les situations de stress professionnel.

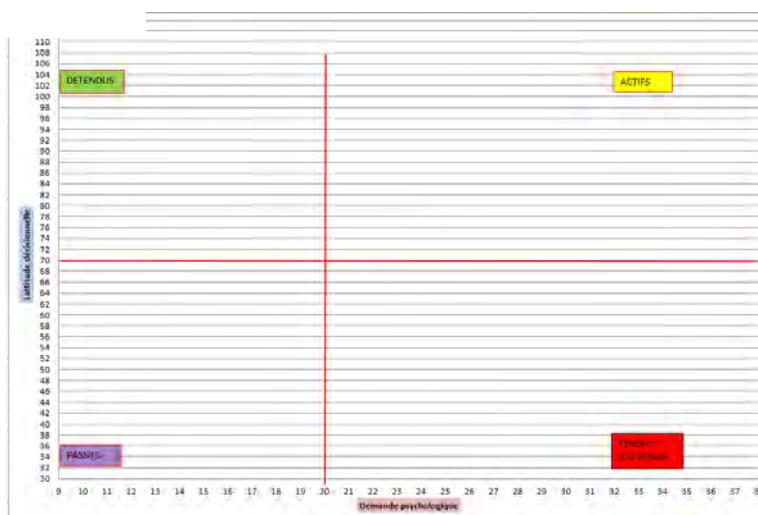
Le questionnaire de « Karasek » évalue en 26 questions 3 dimensions de l'environnement psychosocial au travail :

- **La latitude décisionnelle** : Elle prend en compte à la fois l'autonomie et l'utilisation des compétences.
- **La demande psychologique** : C'est la charge psychologique associée à l'exécution des tâches, à la quantité et à la complexité des tâches, aux tâches imprévues, aux contraintes de temps, aux interruptions et aux demandes contradictoires.
- **Le soutien social ou la reconnaissance au travail** : C'est l'aide et la reconnaissance de la part des collègues et de la hiérarchie. Il intervient comme un modulateur qui tempère ou accentue la tension au travail.

Ce questionnaire permet un dépistage individuel des situations à risque de RPS et un retour collectif à l'employeur. Il fera l'objet d'une analyse collective et anonyme.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à ce questionnaire.
Le service de médecine de prévention

Votre résultat :



XIII. ANNEXE 2 : GRILLE D'ANALYSE

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims
Demande psychologique	Charge de travail intense	
	Travail dans l'urgence	
	Organisation	
	Lourdeur administrative	
Latitude décisionnelle	Manque d'autonomie	
	Manque de responsabilités	
	Exigence des utilisateurs	
Soutien social	Management descendant	
	Isolement	
	Compétitivité dans le milieu	
Non reconnaissance	Du métier	
	Financière	
Manque de moyens	Humains	
	Financiers	
Avenir	Avenir de la profession	
	Difficulté d'obtention de poste pérenne	
Impact sur la vie privée	Envahissement de la sphère privée	
	Perte de sens	
	Regrets et désillusions	
Propres à l'enseignement	Emploi du temps hebdomadaire	
	Effectifs grandissants d'étudiants	

XIV. SERMENT D'HIPPOCRATE

UNIVERSITE PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE DE TOULOUSE-PURPAN

Serment d'Hippocrate

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples,
je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale,
de l'honneur et de la probité.
Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,
mes confrères et la société.*

Evaluation des facteurs de risques psychosociaux du personnel de recherche et d'enseignement supérieur de la Fonction Publique : approche qualitative auprès des agents CNRS / Inserm / INP / UFT de Toulouse

RESUME EN FRANÇAIS :

En proie à de profonds changements depuis une vingtaine d'années, le monde du travail ne voit aucun secteur professionnel épargné par les risques psychosociaux. Néanmoins le milieu de la recherche et de l'enseignement supérieur de la fonction publique demeure peu étudié. Au travers d'une étude qualitative, combinant l'utilisation du questionnaire de Karasek et entretien semi directif, réalisée auprès des agents suivis par le service de médecine de prévention mutualisé CNRS / Inserm / INP / INSA / UFT de Toulouse, nous avons cherché à établir un état des lieux des principaux facteurs de RPS pour ces métiers. Si les résultats finaux sont globalement optimistes, il n'en demeure pas moins que nombres de facteurs de RPS sont évoqués ou collectés lors des entretiens. Nous espérons que ce travail pourra contribuer à la mise en place d'actions en prévention primaire, et engendrer d'autres évaluations complémentaires des risques psychosociaux au travail.

TITRE EN ANGLAIS : Psychosocial risk factors evaluation in research and superior teaching in french public service : qualitative study on CNRS / Inserm / INP / UFT agents of Toulouse

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine du travail

MOTS-CLÉS : facteurs de risques psychosociaux, risques psychosociaux, santé, qualité de vie au travail, fonction publique, enseignement supérieur, recherche, enquête qualitative, Karasek, médecine du travail, médecine de prévention

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrice de thèse : Naïma HOFFMANN