

Les effets de la précarité du travail sur la santé : le droit du travail peut-il s'en saisir ?

Loïc Lerouge

loic.lerouge@u-bordeaux4.fr

COMPTRASEC UMR CNRS 5114 Université Montesquieu - Bordeaux IVa
Avenue Léon Duguit 33608 Pessac France

À l'occasion du débat relatif au « Contrat première embauche » (CPE) et au « Contrat nouvelle embauche » (CNE), M. Robert Castel s'interrogeait en 2006 sur la précarité du travail : « La précarité serait alors une étape dans un parcours professionnel. Mais si elle était en train de devenir un état? Un nombre croissant de gens passent de stage en stage ou d'occupation provisoire en occupation provisoire, coupés de périodes plus ou moins longues de chômage. Il peut donc y avoir une constance de la précarité. Elle devient un régime de croisière, ou une condition permanente, ou un registre "régulier" de l'organisation du travail » (Le Monde, 29 avril 2006). La précarité du travail est en lien avec l'incertitude de l'emploi et la notion de « discontinuité » qui peut lui être attachée rendant ainsi le travailleur plus vulnérable aux risques sociaux. Le travail temporaire, à durée déterminée ou à temps partiel, est utilisé comme une variable d'ajustement de la main-d'œuvre à l'activité de l'entreprise. Quant au travail à durée indéterminée, il devient parfois précaire face à la menace du licenciement lié à des projets de restructuration de l'entreprise ou à l'instabilité de l'emploi (Cingolani, 2006).

Cette même précarité du travail se retrouve quand il s'agit d'étudier la mobilité professionnelle en lien avec l'intensité du travail. Des travaux montrent que si celle-ci favorise en début de carrière la mobilité ascendante dans l'emploi, la part de la mobilité descendante devient notable en milieu de carrière avec une intensité du travail qui pousse vers l'inactivité les salariés les plus âgés. Autrement dit, même si les mobilités ascendantes sont plus fréquentes que les mobilités descendantes, ces dernières sont plus marquantes car en raison d'une intensité du travail trop forte elles auront au final des effets négatifs sur le bien-être et la motivation des salariés (Amossé, Gollac, 2008). D'autres études soulignent également que l'incertitude sur le marché du travail ne se réduit plus à une opposition entre les contrats à durée indéterminée et les contrats temporaires. L'enjeu est davantage la sécurisation des trajectoires professionnelles et leur continuité afin de garantir le travailleur contre les risques de marginalisation et de « décrochage de l'emploi » (Eckert, Mora, 2008). L'intermittence dans l'emploi, conjuguée à des conditions de travail et à des organisations qui parfois utilisent le stress de la précarité professionnelle, engendre en effet de la souffrance et de l'insatisfaction. Penser que l'on risque de perdre son emploi à court ou à moyen terme suffit à ressentir un « sentiment de précarité » (Hélaridot, Drulhe, 2006).

Celui-ci est aussi une réalité statistique. Selon la DARES, les trois quarts des salariés sont embauchés en CDD (Lutinière, 2006). Le phénomène de la précarisation de l'emploi a ainsi amené l'INSEE à revoir l'indicateur lui servant à étudier les salaires en France. Avec le « salaire moyen par tête » (SMPT), l'INSEE se fonde désormais sur le « revenu salarial » (INSEE, 2007). Ce nouvel indicateur prend en compte le temps partiel ainsi que l'intermittence dans l'emploi de manière à être plus proche de la réalité du marché du travail pour calculer le niveau des revenus des salariés. Il en ressort que le travailleur peut s'enfermer dans des « boucles de précarisation », c'est-à-dire quand les effets de la précarité et de la dégradation de la santé se conjuguent. Selon le Haut Comité de la Santé Publique, un grand nombre de « boucles de précarisation trouvent leurs origines dans les nouvelles formes d'emploi et de travail où la recherche de l'efficacité et de la compétitivité conduit à nier ou à pénaliser les problèmes de santé » (Haut Comité de la Santé Publique, 1998).

L'objectif sera d'analyser comment le droit peut saisir les interactions entre la précarité du travail et la santé des travailleurs. Ces deux éléments sont reliés par un point commun associé à la transformation du travail : leurs répercussions sur la santé mentale des travailleurs. La violence au travail devient inséparable des transformations subies par la structure de l'emploi pendant les trente dernières années, notamment en raison de la montée du chômage (Dejours, 2007). Les risques associés à la transformation du travail se reportent en effet de plus en plus sur la personne du travailleur. Parce que cela demeure encore peu étudié en droit, il conviendrait de poursuivre leur exploration en considérant davantage les conséquences de la précarité du travail sur la santé mentale des travailleurs. Si les conditions de travail ont une influence directe sur leur état de santé, la précarité du travail peut avoir une influence bien plus grande encore (Haut Comité de la Santé Publique, 1998).

La grande difficulté pour le droit français réside dans l'intégration du rapport subjectif de la personne au travail et à l'emploi. Il n'existe pas encore d'indicateurs ou de données suffisantes relatives à la précarité du travail et à ses conséquences sur la santé au contraire de certains travaux anglo-saxons en avance sur cette question (Clarke, Lewchuk, de Wolff, King, 2007). En outre, il existe d'un côté des statuts connus pour être précaires (CDD, contrats aidés, temps partiel, intérim) et de l'autre des situations où la précarité n'est pas exclue par la possession d'un contrat à durée indéterminée. Même si l'ancienneté est un indice d'une certaine stabilité, elle ne garantit pas non plus la pérennité de l'emploi ou l'absence de risque de licenciement (Gollac, 2008). Les facteurs psychosociaux conjugués à la pénibilité affectent également la capacité à effectuer le même travail jusqu'à l'âge de la retraite (Coutrot, 2008). Tout cela n'est pas sans créer des dégâts à de nombreux niveaux. Pour la personne du travailleur en premier, mais aussi pour la société au travers du coût pour la Sécurité sociale et pour les entreprises (I). Si cette hypothèse se vérifie, sans se concentrer uniquement sur l'aspect économique, le droit social doit appréhender la reconfiguration du marché du travail au regard de ses effets sur la santé des travailleurs (II).

I - Dégâts et coût de la précarité du travail

Le marché du travail contemporain vit une transformation liée à la normalisation du travail précaire et à une nouvelle division du travail. Ce contexte se caractérise par une absence de choix et une faible marge de man¹/₂uvre dans la conduite de l'existence d'un certain nombre de travailleurs (Hélandot, 2005). Cela n'est pas sans effet sur leur santé mentale si l'on prend en compte le mal-être et le stress qui résultent de cette situation (A). Ces souffrances liées à la précarité du travail ont également un coût (B).

A - LES DÉGÂTS CAUSÉS PAR LA PRÉCARITÉ DU TRAVAIL, LE MAL-ÊTRE ET LE STRESS

La précarité causée par le travail, notamment à travers les périodes de chômage, est une source de dépression. L'Institut de veille sanitaire (InVS) estime au moment de son enquête à 15 % chez les

hommes et les femmes le taux de dépressivité concernant les salariés en CDD et à presque 14 % chez les hommes et à 10 % chez les femmes le taux de dépressivité qui concerne les travailleurs intérimaires. L'enquête relève aussi que les hommes travaillant à temps partiel ont une prévalence de dépressivité significativement plus élevée par rapport à ceux travaillant à temps complet, ce qui n'est pas le cas pour les femmes. Enfin, quel que soit le sexe, la prévalence de dépressivité est plus élevée chez les personnes ayant passé plus d'un an au chômage (InVS, 2003). La précarité du travail peut être une source de souffrance (1) dont la manifestation la plus spectaculaire est parfois le suicide (2).

1 - Précarité du travail et souffrance

Le marché du travail connaît une nouvelle segmentation, de l'instabilité et de l'insécurité pour les travailleurs. Ce constat sous-tend un questionnement relatif à leur capacité à résister psychologiquement à ces contraintes. Du point de vue de la santé, cela met en évidence la nécessité d'atténuer l'intermittence dans l'emploi et la précarité du travail qui génèrent des troubles de la santé chez les travailleurs.

La théorisation du phénomène : le droit social français est ainsi confronté à une nouvelle problématique déjà aperçue et décrite dans d'autres disciplines (psychologie, médecine du travail, sociologie&). Le droit social est confronté à l'épineuse question de sa capacité à saisir les conséquences sur la santé mentale des travailleurs de la conjugaison des conditions de travail avec la précarité ainsi que du rôle à tenir dans ce domaine.

Outre la précarité sociale engendrée par l'embauche sous la forme d'un contrat dit « atypique », les travailleurs précaires connaissent des conditions de travail plus dangereuses que les salariés bénéficiant d'un travail à durée indéterminée (Gollac, Volkoff, 2007). À cela s'ajoutent les difficultés pour la médecine du travail à repérer les salariés en situation de précarité même quand ils souffrent de troubles de la santé. Hormis peut-être les travailleurs intérimaires, beaucoup de salariés titulaires d'un contrat atypique ne bénéficient pas de la visite d'embauche. Le service de santé au travail ne les découvre qu'au moment du constat des atteintes à la santé ou lorsqu'il faut prononcer l'inaptitude du salarié au travail comme une « solution en tant que traitement social » (Riquet, Grossetête, 2007).

La multiplicité des statuts et le nombre de travailleurs précaires qui passent dans l'entreprise sont une autre difficulté rendant très complexe leur suivi médical. Cette inégalité avec les travailleurs à durée indéterminée perturbe la connaissance des atteintes à la santé au travail et la détection des inégalités sociales de santé. La précarisation du travail a ceci de paradoxal qu'elle occulte ses propres effets sur la santé des travailleurs précaires. Il apparaît donc fondamental que le droit puisse assurer une égalité de traitement de tous les travailleurs concernant le suivi médical. Cette aspiration place la médecine du travail et l'inspection du travail devant leur manque de moyens et les campagnes de disqualification de certains pouvoirs patronaux à leur encontre quand est dénoncée l'inefficacité d'un système de prévention des risques professionnels (Thébaud-Mony, 2007).

Dans son ouvrage « Le salarié de la précarité », Serge Paugam souligne que plus l'insécurité de l'emploi est ressentie par les travailleurs, plus ces derniers éprouvent des difficultés à se réaliser dans le travail (*homo faber*). Le rapport au travail se transforme, ainsi la satisfaction vis-à-vis de la rémunération, la fierté de travailler pour son entreprise et travailler plus pour l'aider à réussir sont remis en question (*homo oeconomicus*); de même à propos de la reconnaissance du travail par autrui (*homo sociologicus*) (Paugam, 2007). Le lien social peut ainsi se rompre à tout moment. L'auteur souligne que « la précarité de l'emploi traduit un affaiblissement de la *protection* du travailleur; la précarité du travail exprime un déni de *reconnaissance*, une faillite identitaire qui survient lorsque plus rien dans le monde du travail ne peut stimuler l'individu et lui fournir la preuve de son utilité, de sa valorisation par le regard de l'autre ou des autres » (Paugam, 2007).

Ces soucis d'égalité entre les travailleurs et de rapport au travail soulignent la sous-utilisation des dispositifs juridiques existants conjuguée au manque d'innovation en lien avec de nouvelles solutions soulevées par certains auteurs. Ce constat amène à s'interroger sur le manque de maîtrise des transitions professionnelles. Une meilleure maîtrise de celles-ci est une voie à encourager pour participer au « mieux-être » des travailleurs tout en se conformant à l'article 152 du Traité d'Amsterdam relatif à la protection de la santé publique selon lequel « un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ». Or, pour assurer une égalité entre les travailleurs, les risques associés à la mobilité professionnelle devraient être mieux anticipés et pris en charge par les dispositifs existants en droit du travail et en droit de la protection sociale, mais aussi par les acteurs sociaux (Méda, Minault, 2005). Pourtant, des outils comme ceux développés par le droit à la formation ou les comptes épargne-temps devraient permettre de tendre vers de véritables « droits de tirages sociaux » de manière à garantir un « état professionnel » aux travailleurs (Supiot, 1999; Supiot, 1997; Commissariat général au plan, 2003), mais ils ne sont pas utilisés pour le moment comme moyen de prévention. D'autres idées circulent telles que la taxation de l'emploi précaire ou la restriction des conditions d'embauche des contrats précaires de manière à se conformer au droit communautaire. Le développement du travail atypique et de la précarité du travail doit amener les juristes à imaginer des concepts de manière à « faire vivre effectivement les droits fondamentaux » (Bonnechère, 1998). Tels sont les enjeux, parmi d'autres, des débats actuels autour de la notion de « sécurité sociale professionnelle » ou de « sécurisation des parcours professionnels », de « modernisation du marché du travail » et d'égalité entre les travailleurs précaires et les travailleurs à durée indéterminée. Il existe pourtant en droit français des instruments juridiques qui encadrent le contrat de travail à durée déterminée et qui sont susceptibles de limiter son caractère précaire. À titre d'exemples, le degré de protection sociale doit être comparable à celui dont jouissent les titulaires d'un contrat à durée indéterminée; l'égalité de traitement entre le salarié précaire et le salarié permanent occupant un emploi comparable dans l'entreprise doit être préservée de manière absolue. En outre, le salarié à contrat à durée déterminée doit être informé des emplois à durée indéterminée dans l'entreprise, mais sans avoir une priorité d'accès. En revanche, il peut rompre son contrat s'il a trouvé un contrat à durée indéterminée dans une autre entreprise. Le recours au contrat à durée déterminée est également encadré de manière à dissuader les employeurs de recourir à ce type de contrat. La loi française limite ainsi les motifs de recours ainsi que la durée de ces contrats. De même, un délai de carence a été introduit de manière à éviter d'éventuelles successions quasiment interrompues de contrats à durée déterminée (Bernier, Vallée, Jobin, 2003).

Le mal-être au travail : la souffrance liée au travail - mal-être associé aux relations de travail et interpersonnelles (harcèlement, violence), aux modes d'organisation du travail (politique managériale, précarité du travail) ou aussi à une crise identitaire - n'est pas nécessairement liée à la précarité, mais elle peut en être un des éléments. Cette souffrance peut être repérée grâce à un certain nombre de facteurs de causalité. Outre le nombre de contrats précaires, l'absentéisme est l'un des premiers dont il faut tenir compte tout en conservant à l'esprit que les salariés à contrat précaire ne s'absentent pas autant que les autres salariés en raison de leur vulnérabilité. Le bilan social annuel est à ce titre un outil qui pourrait s'avérer très utile. Ne faudrait-il pas introduire un indicateur qui réunirait tous les facteurs susceptibles d'aider à l'évaluation de la précarité du travail, de son impact sur la santé des travailleurs et du bon fonctionnement de l'entreprise? En plus de l'absentéisme, peuvent être comptabilisés comme facteurs de mal-être au travail le *turn over*, la baisse de rendement des salariés, les démissions, le nombre d'incidents et de conflits à régler entre les salariés et leur hiérarchie, voire entre salariés. Pourront également être prises en compte parmi ces facteurs les défaillances du niveau de qualité, la motivation ou la démotivation du personnel.

La consommation de substances psychoactives par les salariés et les conduites addictives sont aussi des éléments importants à considérer. Sont-elles engendrées en réponse aux contraintes imposées

par la vie dans l'entreprise? La volonté de conserver son emploi ou celle de faire face aux exigences du travail sont certainement un élément de réponse et représente un enjeu pour la santé des travailleurs, pour les problématiques de suicide, mais aussi pour l'entreprise. Selon une étude menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2006 sur la sensibilité à l'égard des questions de santé dans l'entreprise, l'alcool occupe la troisième position dans les préoccupations des dirigeants d'entreprise. Pour ces derniers, les problématiques de suicide et d'addiction représentent un enjeu économique (V. <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=70000/cp/06/cp060503.htm>).

Les avis d'inaptitude sont également des indicateurs intéressants. À titre d'exemple, d'après une enquête réalisée par la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Aquitaine, le deuxième motif principal de l'inaptitude est les pathologies mentales ou psychiques (28 %) après les pathologies physiques (71 %). Toutefois, près de 30 % des motifs d'inaptitude définitive ont pour origine des troubles mentaux et du comportement. Les contraintes à l'origine de l'inaptitude sont liées à la pression mentale pour 77 % des salariés et les contraintes d'organisation concernent un peu plus de la moitié de l'ensemble des salariés déclarés inaptes. Enfin, près de deux fois sur trois, il existe une situation conflictuelle dans l'entreprise lors de la déclaration d'inaptitude. Il est également à noter que le nombre d'inaptitudes définitives est en constante progression de 2002 à 2006 (Dalm, Maysonnave, Pouchard, 2007).

Enfin, la précarité ou les risques psychosociaux ne peuvent pas être qualifiés de « maladies professionnelles ». Le système français de tableaux ne peut intégrer que les troubles qui sont causés par ces phénomènes. Dès lors qu'une maladie figure au sein de l'un de ces tableaux, elle est en effet automatiquement reconnue d'origine professionnelle sans qu'il soit nécessaire de prouver un lien de causalité avec le travail. Or, le caractère subjectif de ces phénomènes empêche cette reconnaissance directe. Aussi, quand cela est possible, pourquoi ne pas intégrer la précarité avec les risques psychosociaux comme facteurs à l'origine de certaines maladies paraissant d'origine professionnelle? Il est possible en effet de faire reconnaître devant un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) le caractère professionnel à une maladie qui ne figure pas au sein du système des tableaux. Dans le cadre de la procédure de reconnaissance en « maladies professionnelles » de maladies non répertoriées dans les tableaux, établir et objectiver un lien de causalité avec le travail est déterminant, ce qui rend essentiels le travail et l'attestation du médecin. Par ailleurs, les médecins du travail et les autres ont, dans le cadre de l'article L. 461-6 du Code de la Sécurité sociale, cette compétence pour une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux. Déclarer les maladies d'origine professionnelle, mais dont la source serait la précarité du travail ou la précarité causée par le travail (travailleurs pauvres, intermittence dans l'emploi, travail précaire), pourrait s'avérer une ressource utile à l'étude du phénomène du lien entre précarité du travail et santé des travailleurs.

2 - Travail, chômage et suicide

Si 2007 a été une année qui a médiatisé un certain nombre de suicides liés au travail (Renault, EDF, Société générale, Areva, PSA, etc.), il existe néanmoins peu de chiffres sur ce sujet. Le point commun à ces gestes désespérés est la trop forte pression au travail dès lors que le suicide ou sa tentative sont directement liés au travail. Il existe par ailleurs beaucoup de témoignages de professionnels des conditions de travail et des risques professionnels (médecins du travail, inspecteurs du travail, réseau ANACT&) qui rappellent que les gestes de désespoir causés par le travail sont une réalité. La France est l'un des pays industrialisés les plus touchés par le suicide. Selon l'OMS, *notre pays serait très en retard dans le domaine de la prévention des risques de suicide liés au milieu de l'entreprise. Elle serait le troisième pays derrière l'Ukraine et les États-Unis où les dépressions liées au travail sont les plus nombreuses* (Mouquet, Bellamy, 2006; OMS, base de

données <http://data.euro.who.int/hfamdb>).

Le phénomène du suicide lié au travail est d'autant plus difficile à chiffrer que ce sujet est émergent, voire tabou pour certaines entreprises renvoyant la cause à des problèmes personnels. Le lien de causalité entre l'activité professionnelle et le suicide est également très délicat à démontrer. Le médecin du travail est par ailleurs partagé entre le respect du secret médical et la nécessité d'intervenir (Chouanière, 2006). Il est ainsi très difficile de déterminer le nombre de suicides liés au travail ainsi que leur fréquence, ce que ne manque pas de remarquer le rapport de Philippe Nasse et de Patrick Légeron en soulignant qu'il existe de nombreux travaux sur le sujet, mais qui ne permettent pas d'en extraire des « données statistiques agrégeables » (Nasse, Légeron, 2008). Seul Christian Larose, vice-président du Conseil économique et social, fait état de *400 suicides liés au travail par an, donnée tirée du relevé des suicides dans l'industrie. Ce chiffre serait en-deçà de la réalité et s'accentuerait ces dernières années* (Rio, 2007).

Quelques études permettent néanmoins de se faire une idée de l'importance du phénomène de suicides causés par le travail, mais seulement au niveau local. Selon une étude menée en 2003 en Basse-Normandie, 55 médecins du travail sur 190 ayant participé à l'enquête ont signalé, de 1997 à 2001, 107 cas de suicides ou tentatives de suicide qu'ils estimaient liés au travail, dont 43 ont entraîné un décès et 16 un handicap grave. Les médecins n'ont répondu que pour les cas dont ils ont eu connaissance, c'est-à-dire ceux pour lesquels l'information est arrivée jusqu'à eux. Aussi, les auteurs de cette étude en concluent qu'il est vraisemblable que les médecins du travail surveillant les petites entreprises n'aient pas été informés des cas de suicides (Gournay, Laniece, Kryvenac, 2004). L'étude du Service de médecine légale de Saint-Étienne est un autre exemple de travail fourni au niveau régional, mais plutôt centré sur la précarité. En effet, sur 308 cas de patients **suicidés** recensés dans le Service de médecine légale de Saint-Etienne et à l'Institut de médecine légale de Lyon entre le 1^{er} mai 2003 et le 31 octobre 2004, 87 % des femmes et 66 % des hommes étaient au chômage (Bonne, 2005). Cela montre au moins à l'échelon local que le chômage, qui est une période de précarité, peut engendrer des situations menant au désespoir, à la dépression et au suicide dès lors que cette situation perdure, voire se répète. Partant de ce constat au niveau régional, des études plus approfondies et nationales méritent d'être développées. Néanmoins, dès 1998, selon l'Institut national d'études démographiques (INED) le suicide est un révélateur du mal-être social, moins corrélé à l'alcoolisme que dans le passé, mais lié à la montée du chômage et de la précarité (Nizard, 1998). Une relation est ainsi révélée entre le taux de suicide et le chômage, mais un lien de causalité reste toutefois difficile à démontrer car « le chômage n'a pas le même effet selon le contexte familial dans lequel il intervient » (Roupenel-Fuentes, 2007). Une enquête française récente constate cependant une progression du risque de suicide en fonction des conditions d'emploi des personnes interrogées. Les risques les moins élevés concernent les personnes ayant un emploi stable alors qu'ils augmentent s'agissant des personnes disposant d'un emploi temporaire (cf. 13^e Journée nationale pour la prévention du suicide, « Précarité et suicide » <http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsevents/files/précar-suicide.pdf>).

À l'inverse, de peur de perdre son emploi et selon comment est ressentie la précarité au travail, beaucoup de salariés acceptent plus qu'avant des pressions psychologiques. L'entreprise peut ainsi devenir un lieu d'expression de signes extrêmes de souffrance à travers le suicide ou sa tentative. En période de crise, les salariés possédant un emploi peuvent ne pas se sentir autorisés à émettre une plainte au sujet de leurs conditions de travail, voire d'une éventuelle détresse psychologique (CES, Bressol, 2004).

Juridiquement, une déclaration en accident de travail doit être remplie quand le suicide ou sa tentative s'est produit sur le lieu de travail, voire sur le trajet du domicile au travail ou hors du lieu de travail dès lors qu'une forte présomption de relation entre l'acte et le travail est démontrée. Encore

peu de suicides ou de tentatives survenus dans ces circonstances sont qualifiés d'accident du travail, cependant, la CNAMTS ne dispose pas encore de chiffres à ce sujet. Les suicides survenus à cause du travail ne doivent ainsi pas être confondus avec ceux qui se sont produits sur le lieu de travail, mais dont les raisons en sont étrangères.

Lorsque le lien de causalité est établi entre le travail et le suicide, la reconnaissance du caractère d'accident du travail est possible. Autrement dit, aux termes de l'article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale, le suicide peut être considéré comme un accident du travail dès lors que l'accident est « survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ». Pour en arriver à cette conclusion, la Cour de cassation a rendu plusieurs arrêts interprétant le droit de la reconnaissance d'un accident en accident du travail au regard du suicide. La Cour de cassation a ainsi refusé de reconnaître le caractère d'accident du travail lorsque l'acte est volontaire et réfléchi (Cass. soc. 23 sept. 1982). Toutefois, elle admet que le lieu de travail peut être un terrain pour passer à l'acte. Elle considère en effet que l'intentionnalité - qui empêche la qualification d'accident du travail à un suicide - est rejetée en présence de harcèlement moral au travail (V. Cass. soc. 4 mai 1972, Cass. soc. 13 juin 1979, Cass. soc. 20 avril 1988, Cass. civ. 2^e 22 fév. 2007). Le travail peut toutefois n'être qu'un cofacteur d'une situation personnelle difficile ou être l'élément qui a déclenché le geste (Moulinier, 2006). Pour cette raison, la Cour de cassation refuse la qualification d'accident du travail au suicide lié au surmenage et à des difficultés professionnelles parce que la personne concernée était atteinte d'une dépression depuis un certain temps. Le suicide n'était donc pas imputable au travail qu'elle exécutait le jour des faits (V. Cass. soc. 18 oct. 2005; Cass. soc. 4 fév. 1987).

Le 22 février 2007, la Cour de cassation a cependant fortement évolué en acceptant le caractère d'accident du travail pour une tentative de suicide survenue pendant un arrêt maladie (Cass. civ. 2^e 22 fév. 2007), c'est-à-dire quand la victime n'est plus directement soumise à l'autorité de son employeur. Il demeure néanmoins à la charge de la victime d'une tentative de suicide ou aux ayants droit du suicidé de prouver le lien direct avec le travail, notamment à l'aide d'une expertise médicale. La deuxième chambre civile de la Cour de cassation s'est en outre fondée sur l'obligation de sécurité de résultat à la charge de l'employeur. Il relève ainsi de la responsabilité de l'employeur de prévenir les risques psychosociaux au sein de son entreprise (Chirez, Expert, 2007). En matière de suicide, il devra adopter un système de gestion de ressources humaines qui ne porte pas atteinte de manière aussi extrême à la santé mentale de ses salariés, y compris en tenant compte du sentiment justifié ou non d'instabilité et d'insécurité dans le travail ressenti par les salariés. Mais, juridiquement, le droit est dépourvu quand il s'agit de prendre en compte le suicide survenu au cours d'une période de chômage, qui représente bien souvent une période de dégradation, voire de perte des liens sociaux. Ces souffrances, dont une partie peut être attribuée aux conditions précaires de travail, ont un coût pour la société.

B - LE COÛT DES SOUFFRANCES LIÉES À LA PRÉCARITÉ ET RELATIF AU MAL-ÊTRE AU TRAVAIL

La souffrance et les dégâts causés par la précarité du travail et relative au mal-être en milieu professionnel ont un coût. Celui-ci se reporte d'abord sur les travailleurs, mais il concerne aussi l'entreprise (1). Cela se traduit aussi en arrêts de travail, en prises de médicaments, en déclaration d'inaptitudes si bien que la Sécurité sociale connaît également des pertes liées à la précarité du travail (2).

1 - Le coût pour les travailleurs et l'entreprise

Il ressort de l'enquête SUMER 2003 - qui fournit une évaluation des expositions professionnelles des

salariés, de la durée de ces expositions et des protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition - qu'un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre du travail (Bué, Sandret, 2008). Si les risques psychosociaux et les comportements hostiles sont étroitement associés, il ressort que l'organisation du travail peut également accroître pour les salariés la survenance de tels comportements tout en confrontant parfois les travailleurs à la précarité de leur poste s'ils n'ont pas le rendement exigé. Cette enquête montre aussi que les personnes signalant être l'objet de comportements hostiles au sein de leur travail se disent en nettement moins bonne santé que les autres. Les personnes interrogées pendant l'enquête SUMER sont celles confrontées à des situations à risques pour la santé (situation de « *job strain* ») telles que définies par Karasek. Il s'agit ainsi de salariés qui connaissent une forte demande psychologique tout en disposant d'une faible latitude décisionnelle. L'évaluation des facteurs psychosociaux au travail effectuée par le « questionnaire Karasek » révèle que 43 % de ces salariés exposés à de fortes tensions se disent en moins bonne santé que les autres (Guignon, Niedhammer, Sandret, 2008; Bué, Coutrot, Guignon, Sandret, 2008).

Ces mêmes salariés ont été beaucoup plus souvent arrêtés pour maladie au cours des douze derniers mois et admettent souvent consommer des médicaments ou accroître leur consommation d'alcool ou de tabac à cause de leurs soucis professionnels. D'autres enquêtes montrent que désormais tous les niveaux hiérarchiques de l'entreprise sont touchés par la consommation de substances liées à l'alcool, aux stupéfiants et aux psychotropes (Enquête ANPAA/BVA/INPES, 2006; Eudes 2006). L'ensemble de ces comportements conduit à une dégradation de l'état de santé.

Outre les travailleurs, le stress au travail et les risques psychosociaux ont un coût pour les entreprises en raison des conséquences sur leur fonctionnement (absentéisme, *turn over*, perte de productivité, démotivation, défaillance de la qualité, conflits plus nombreux à gérer...). Ce coût peut même parfois être élevé. Investir dans la prévention des risques psychosociaux au travail peut devenir rentable dès lors que ces mesures sont rapidement amorties. L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) a avancé en 2000 des chiffres de l'ordre de 830 millions d'euros concernant le coût du stress pour les entreprises (Bejean, Sultant-Taïeb, Trontin, 2007). À l'occasion des négociations relatives à la transposition de l'accord-cadre européen sur le stress au travail, le ministre du Travail Xavier Bertrand a annoncé des chiffres beaucoup plus importants, ce qui pose la question de la lisibilité et de la fiabilité des outils actuels sur l'évaluation des conséquences relatives au stress professionnel. Lors de sa déclaration du 12 mars 2008, il affirme en effet que « le coût du stress dans les pays industrialisés s'élève entre 3 % et 4 % du PIB », ce qui représenterait 60 milliards d'euros pour la France en prenant aussi en compte les dépenses liées à la Sécurité sociale (prise en charge des arrêts de travail, consommation de médicament&) (Le Monde, 5 juillet 2008).

2 - Le coût pour la Sécurité sociale

En 2006, la branche AT-MP de la CNAMTS a indemnisé 1,4 millions d'accidents du travail. Parmi ces accidents, près de 700 000 ont donné lieu à un arrêt de travail (http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/accidents_du_travail_2/accidents_du_travail_2_stats_gen_1.php). La même année, parmi les **47 000 maladies professionnelles** nouvellement reconnues au sein du régime général, **31 000** ont donné lieu à un arrêt de travail (données provisoires statistiques trimestrielles). Selon la CNAMTS, le nombre de maladies professionnelles reconnues est en croissance très forte depuis 10 ans, du fait notamment de l'élargissement du champ des maladies reconnues et d'une meilleure information tant des médecins que des salariés (http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/maladies_professionnelles_2/maladies_professionnelles_2_stats_gen_1.php).

Concernant les arrêts pour des raisons autres que les accidents du travail et les maladies

professionnelles, la CNAMTS estime que les « troubles mentaux et du comportement » sont la deuxième pathologie des assurés en arrêt de travail de moyenne durée (près d'un assuré sur cinq) après les « maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif » et devant les « lésions traumatiques ». Les épisodes dépressifs représentent les deux tiers de ce sous-groupe (CNAMTS, 2004). La même étude montre que les cadres et professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires ont une proportion plus importante d'arrêts de travail liés aux troubles mentaux et du comportement (41,4 % contre 18,5 % pour les ouvriers). Toutefois, les troubles psychosociaux sont l'objet d'une importante sous-déclaration dans le cadre du dispositif des AT-MP alors même qu'ils sont à l'origine d'une augmentation des dépenses médico-sociales. Le « rapport Diricq » sur les accidents du travail remis au ministre du Travail le 12 mars 2008 souligne par ailleurs que les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) connaissent une progression du nombre des indemnisations liées aux troubles psychosociaux (+ 15,6 % en 2004, + 24,4 % en 2005, + 17,3 % en 2006).

À l'occasion de la deuxième conférence sur les conditions de travail du 27 juin 2008, le ministre du Travail Xavier Bertrand a annoncé le lancement d'une enquête nationale sur le stress au travail effectuée par l'INSEE. Il a demandé à l'INSEE, la DARES et la DRESS d'étudier les moyens d'améliorer l'outil statistique national sur le stress. Toutefois, le terme de « stress » est ici utilisé dans un sens générique, sans savoir si les autorités y incluent les situations de stress (exposition aux risques psychosociaux, intensification du travail, conflits, harcèlement, violence&), ou pour décrire les conséquences liées au stress (syndrome de stress post-traumatique, suicide lié au stress&). Les politiques de lutte contre le stress au travail méritent d'être éclaircies sur ce point. Par ailleurs, la protection de la santé mentale au travail ne se limite pas au stress, la réflexion doit aller au-delà des indicateurs sur le stress. Le mal-être au travail concerne aussi la souffrance, la dépression, le harcèlement, l'épuisement professionnel et le suicide lié au travail. Le tout doit également être croisé avec le phénomène de précarité du travail ou le sentiment de précarisation professionnelle.

En ce qui concerne les conséquences financières pour la Sécurité sociale reliées aux événements dus au stress, l'INRS (Bejean, Sultant-Taïeb, Trontin, 2004) avance que le coût direct et indirect du stress peut être évalué entre 830 et 1 656 millions d'euros par an, ce qui équivaut à 10 à 20 % du budget de la branche AT-MP de la Sécurité sociale. Il s'agit d'une estimation *a minima* étant donné que seul le stress est retenu comme facteur de mal-être au travail et que l'on compare ces chiffres à ceux de pays comprenant une population nettement moins importante que la France. Ainsi, au Danemark et en Suède l'évaluation des coûts entraînés par le stress professionnel serait supérieure à deux milliards d'euros chaque année dans chacun de ces pays (Levi, Lunde-Jansenn, 1996; Imbernon, 2008). Sont pris en compte les soins en santé, l'absentéisme et les décès prématurés croisés avec les maladies cardiovasculaires, les dépressions et les troubles musculo-squelettiques (TMS). Si l'on croise ces données avec celles de la CNAMTS relatives à l'augmentation du nombre d'accidents du travail liés aux facteurs psychosociaux (« troubles mentaux et du comportement », mais aussi maladies reconnues par les CRRMP), ces dépenses ne cessent d'augmenter.

La précarité du travail cause ainsi d'importants dégâts pour les travailleurs en premier lieu, mais aussi pour la société elle-même. Le coût des souffrances liées à la précarité doit être réduit, le droit social étant un des moyens pour y parvenir en reconnaissant un droit à la protection de la santé mentale non seulement au travail, mais aussi en situation de précarité professionnelle. Pour cela, le droit doit saisir la nouvelle configuration du marché du travail en la rapportant à la santé.

II - Santé et reconfiguration du marché du travail

Le marché du travail se transforme et entraîne dans son sillage de nouvelles formes d'atteintes à la santé des travailleurs qui peuvent être associées à la précarité du travail (A). Confronté à cette évolution, notamment sur le plan psychosocial, on peut s'interroger sur l'efficacité et le rôle que doit

tenir l'institution de prévention des risques professionnels dans l'entreprise que représente le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) (B).

A - LA SANTÉ ET LES NOUVELLES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES

Concomitamment à la hausse des recrutements sous la forme de contrat à durée déterminée, les trajectoires professionnelles évoluent et passent désormais quasi systématiquement par une phase d'intermittence parfois difficile à gérer psychologiquement (1). D'autres, au contraire, bénéficient d'un emploi jugé stable, mais sont malgré tout confrontés psychologiquement à une autre forme de contrainte causée par l'instabilité associée aux plans de restructuration de leur entreprise (2).

1 - Santé et intermittence dans l'emploi

La santé mentale est un élément constitutif et important de l'épanouissement de la personne et relie étroitement l'être humain au travail (A. Cieslar, A. Nayer, B. Smeesters, 2007). Les nouvelles trajectoires professionnelles sont caractérisées par l'intermittence des emplois occupés, situation qui procure des revenus irréguliers, voire insuffisants. L'insécurité de l'emploi est un des principaux facteurs de stress au travail. Dans certains cas, le travail ne permet plus d'assurer la vie quotidienne si bien que l'on voit réapparaître des « travailleurs pauvres » (Lagarenne, Legendre, 2000; Paugam, 2007). Cette insécurité économique se traduit par des difficultés pour se nourrir, se loger, se vêtir, mais aussi par l'impossibilité de se projeter dans l'avenir. Ces nouvelles trajectoires professionnelles sont ainsi caractérisées par des parcours discontinus et par la brouille des repères professionnels. Le rapport au travail perd de son sens et l'identité professionnelle est remise en cause. Vivre mal ce rapport au travail n'est pas sans conséquence sur la santé mentale.

Le recrutement sous la forme de contrats atypiques, initialement prévu pour encourager les entreprises à recruter et pour réduire le chômage, encourage paradoxalement le travail précaire. Après les avoir favorisés notamment dans les années 1970, le législateur a bien tenté d'en diminuer l'usage en 1982 et 1990 sans le succès escompté. L'utilisation des contrats de travail atypiques ne semble pas constituer le tremplin prévu par les politiques de l'emploi vers des emplois plus stables (Vogel, 2006). À la différence du travail précaire, le travail à temps partiel a été encouragé par le législateur autour des concepts de « partage du travail » et de « temps choisi ». Pour autant, l'utilisation excessive de ce dispositif, notamment auprès des femmes, a conduit à une paupérisation des travailleurs et à une précarisation de leur situation; la notion de « temps choisi » étant sujette à discussion (Favennec-Héry, 2000). Les emplois précaires sont devenus à la fois un préalable à l'embauche et un prélude au chômage. La vie active commence de plus en plus souvent sous la forme d'emplois instables (CDD, intérim) ou limités (travail à temps partiel) pour ensuite se prolonger, pour certains salariés, par une embauche ferme. À l'inverse, en cas de retournement de conjoncture, ce sont les salariés instables qui sont les premiers à perdre leur emploi faute de renouvellement. De fait, l'instabilité de ces emplois en fait des situations de précarité qui les rapprochent du chômage. Ce sont souvent les mêmes personnes qui oscillent entre CDD, intérim et chômage. Or, si à un moment donné les personnes embauchées en contrat temporaire représentent un pourcentage relativement marginal de la population active, en nombre de contrats signés dans l'année, la part de contrats précaires au sein des effectifs est plus importante (Maruani, 2002).

En chiffres, en 2007, 86 % des salariés du secteur privé bénéficiaient d'un CDI hors contrat aidé et 14 % disposaient d'un CDD, travaillaient comme intérimaires ou occupaient un emploi aidé. La part des salariés en CDI a très légèrement baissé entre 2004 et 2007, au profit des emplois à durée déterminée et des emplois aidés. Dans le secteur public, les ordres de grandeurs sont analogues (Liaisons sociales, 26 juin 2008). Toutefois, le recrutement en CDD dans le secteur privé représente près des trois quarts des embauches (enquête sur les mouvements de main-d'œuvre (EMMO) de la DARES, <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares>). On peut

s'interroger sur le recrutement en contrats à durée déterminée qui deviendrait la norme de recrutement. Dans le secteur privé, 16 % des salariés en CDI travaillaient à temps partiel en 2007, ce qui pose l'épineuse question des travailleurs pauvres. La part des salariés en CDI qui travaillaient à temps partiel a légèrement, mais assez régulièrement, progressé de 2003 à 2007. Même en possédant un travail pour une durée indéterminée, le temps de travail consacré ne suffit pas à subvenir aux besoins du travailleur. Celui-ci se voit parfois contraint de cumuler plusieurs emplois. Cependant, ce chiffre est nettement moins important que pour les personnes en intérim, en CDD ou en emploi aidé, où un emploi sur quatre est à temps partiel. Le bilan 2007 de l'emploi intérimaire fait apparaître une croissance de 3,2 % sur l'année. Dans le secteur public, 19 % des salariés étaient à temps partiel. Là encore, la proportion des personnes à temps partiel était beaucoup plus importante parmi les personnes en CDD ou en emploi aidé. Entre 2005 et 2007, la part des personnes à temps partiel parmi les emplois aidés dans le secteur public a fortement augmenté, passant de 60 % fin 2003 à 87 % fin 2007. Cette hausse est liée à l'extinction des emplois jeunes, qui étaient des emplois à temps complet (Liaisons sociales, 26 juin 2008).

Une légère augmentation du sous-emploi est aussi constatée malgré le repli du taux de chômage. Le sous-emploi recouvre les personnes qui ont un emploi à temps partiel, qui souhaiteraient travailler plus d'heures, et qui seraient prêtes à le faire. Or, depuis la date du début du recul du chômage, le nombre de personnes en situation de sous-emploi ne cesse d'augmenter. Le sous-emploi représentait 5,6 % des personnes ayant un emploi au troisième trimestre 2007 (INSEE, 2007). Pour 2008, l'INSEE a modifié le calcul du niveau de sous-emploi pour l'adapter aux standards du BIT, le chiffre relatif au premier semestre 2008 n'est pas comparable avec les précédents, mais selon les nouvelles normes de calcul, le taux de sous-emploi atteint tout de même 4,4 % des personnes actives (Liaisons sociales quotidien, 26 juin 2008).

Le travail est « un pivot essentiel pour les conditions de vie » en ce qu'il constitue un point d'ancrage dans la protection sociale (Hélarlot, Drulhe, 2006). Chaque nouvelle génération de travailleurs occupe moins d'emplois stables que la précédente (Fondeur, Minni, 2004) et le recours de plus en plus fréquent au travail à temps partiel contribue à la déstabilisation de la garantie de revenu. Même les salariés bénéficiant d'un CDI à temps plein et qualifiés (les *insiders*) ne sont plus à l'abri de la menace du chômage. Cette pression permet de motiver la mobilisation au travail amenant les salariés à accepter des conditions de travail liées à des horaires extensibles, à des contraintes de résultat et à une intensification des tâches. L'organisation de l'entreprise évolue aussi entre réseau, sous-traitance, délocalisation fragilisant aussi la stabilité du travail. La pérennité de l'emploi généralement associée au CDI est remise en question et les licenciements économiques collectifs ou individuels peuvent laisser des « stigmates dans les trajectoires ultérieures » (Lefresne, 2006). Un processus de fragilisation semble ainsi pénétrer les milieux de travail, même considérés *a priori* comme privilégiés. Dans certains milieux de travail, la précarité devient en effet difficile à maintenir à distance (Saint-Martin, 2008).

Les trajectoires professionnelles sont aujourd'hui marquées par une mobilité volontaire ou involontaire. Celle-ci devient un élément récurrent de la carrière des salariés. Or, par définition, la mobilité s'accompagne d'un changement de contexte professionnel qui suppose un ajustement du travailleur aux différents postes qu'il va occuper mettant à l'épreuve ses capacités d'adaptation. Ces phases de transition d'un emploi à un autre et de mobilité sont potentiellement stressantes et peuvent également perturber la vie extra-professionnelle comme la vie familiale. Toutefois, la mobilité professionnelle est ambivalente, car elle représente à la fois une opportunité de développement de la carrière et d'épanouissement, mais aussi, à l'inverse, un danger de détérioration psychologique dû au stress causé par l'inertie du sous-emploi et par les phénomènes d'exclusion. Chaque mobilité professionnelle implique une perte d'emploi et de nouvelles situations contraignantes (changement d'entreprise, d'activité et de position sociale, changement de protection sociale, etc.). Ce sont les

événements désagréables et non désirés de la transition professionnelle qui ont un impact important sur la santé des personnes (Rasclé, 2002).

Outre le travail à temps partiel, ces phases de transition deviennent répétitives notamment dans la carrière des jeunes travailleurs et dessinent ainsi de nouvelles trajectoires professionnelles. Si la « santé physique et mentale » est censée être protégée dans l'entreprise, la prévention des risques professionnels ne doit pas pour autant ignorer les conséquences de la reconfiguration du marché du travail sur la santé mentale des travailleurs et rester hors du champ du droit. En ce qui concerne le contexte de travail, on peut tout d'abord noter l'impact des changements (nouveaux outils, logiciels, stratégies des entreprises). Les *incertitudes* sont renforcées par les risques liés au chômage (précarité, licenciements, délocalisations et externalisations, « faire carrière n'existe plus »). L'élément stressant réside dans l'absence réelle ou perçue d'organisation de l'entreprise et de pérennité de l'emploi (INTEFP, 2006).

À l'inverse, l'exemple anglo-saxon montre que la précarité peut aider à supporter de mauvaises conditions de travail dès lors que cette situation est vécue comme provisoire et un investissement relatif à un travail intense. Toutefois, si la situation se prolonge, la précarité dans l'emploi devient un facteur qui empêche effectivement la formation de projets de vie autonome. Par ailleurs, des facteurs subjectifs doivent être pris en compte. Ainsi, les personnes qui pensent courir un risque important de perdre leur emploi sont effectivement plus exposées à le perdre. Cette crainte de perte d'emploi influe sur le rapport de travail et perdre ses moyens peut en effet accroître le risque de perte d'emploi. Cela ouvre un cercle vicieux entre de la souffrance et de la précarité au travail. De même, ce cercle se retrouve dans l'épreuve du chômage qui installe durablement le chômeur dans une « précarité psychologique » (Gollac, 2008).

Dans le cadre du droit communautaire, la CJCE a rendu le 4 juillet 2006 un arrêt très intéressant à la suite d'une question préjudicielle posée par un tribunal grec. La décision du 4 juillet 2006, *Kontantinos Adeneler*, interprète la directive du 28 juin 1999 qui met en œuvre l'accord-cadre européen du 18 mars 1999 relatif au travail à durée indéterminée. Cet accord prévoit une égalité de traitement entre les travailleurs à durée déterminée et à durée indéterminée, mais aussi une limitation du recours au travail à durée déterminée. Il impose en effet aux États membres de restreindre le recours au travail à durée déterminée en soumettant le renouvellement du CDD à une raison objective, en limitant la durée maximale totale de succession de contrats ou en restreignant le nombre de renouvellements de ces contrats. Or, la CJCE a déclaré le système juridique grec relatif aux CDD incompatible avec la directive du 28 juin 1999. La CJCE fait ainsi peser sur les autorités nationales en charge de la transposition des directives une obligation d'assurer leur « effet utile » (CJCE, 8 avril 1976).

En écho à la position du droit communautaire et en considérant le contrat à durée indéterminée comme la norme, certains auteurs proposent de limiter strictement le domaine de l'emploi précaire. Celui-ci se limiterait aux « tâches » comportant un terme et une limite dans le temps par opposition aux emplois *stricto sensu* liés à l'activité permanente et durable de l'entreprise (Pélissier, Supiot, Jemmaud, 2008). La question de la compatibilité avec le droit communautaire du droit français du travail à durée déterminée est donc posée, notamment concernant l'égalité entre les travailleurs précaires et les travailleurs à durée indéterminée.

2 - Santé et restructuration d'entreprise

L'introduction de la flexibilisation dans l'organisation du travail favorise l'intensification du travail (Cartron, 2004). Elle maintient en effet à un niveau constamment élevé les contraintes de productivité tout en utilisant les ressources du chômage partiel ou du chômage d'exclusion pour éviter un fléchissement de l'activité des salariés. Dans ce contexte, le salarié est dans une situation de stress

occasionnée par la crainte du non-renouvellement de son contrat de travail et de la menace du chômage (Thébaud-Mony, 1997). En somme, un travail stable dépend de la politique d'organisation du travail adoptée par l'entreprise et de ses choix stratégiques en matière de restructuration. Au regard des problématiques relatives aux interactions entre la précarité du travail et la santé mentale, celle-ci est impactée par le choix de fidéliser la main-d'œuvre ou au contraire celui d'ériger la précarité du travail en mode de gestion, en mode de sélection à l'embauche ou en norme de recrutement (Linhart, Rist, Durand, 2002; Lizé, 2001).

Dans le même sens, les « plans sociaux » rebaptisés « plans de sauvegarde de l'emploi » (PSE) en 2002 ont par leur effet sur l'emploi des conséquences sur la santé d'un certain nombre de travailleurs. Certains auteurs parlent même d'une forme de violence qui accompagne la perte de l'emploi une fois que les parties ont trouvé un accord, que les possibilités de reclassement ou de départ à la retraite ont été envisagées et que l'entreprise s'est acquittée de ses obligations (*Debout, Larose, 2003*). À travers les licenciements économiques, les restructurations et les délocalisations, certains plans de sauvegarde de l'emploi revêtent une violence sociale et humaine. Cela peut parfois avoir des répercussions sur la santé mentale des travailleurs qui en sont victimes. Ces plans peuvent être ressentis par certains comme des variables d'ajustement au contexte économique du moment alors même que l'entreprise produit des bénéfices. Le salarié peut ainsi se sentir rejeté du milieu de l'entreprise, chassé « d'un cadre et d'un collectif de travail qui lui procurait un statut économique et social et une certaine dignité » (*Debout, Larose, 2003*). Ses repères et son équilibre personnel peuvent en être affectés, encore davantage s'agissant d'une personne psychologiquement fragile. Or, le rôle de la médecine du travail et les compétences du CHSCT s'arrêtent aux frontières de l'entreprise et disparaissent avec la perte d'emploi. Les institutions de prévention de la santé des travailleurs au travail n'interviennent pas dans l'élaboration des plans de sauvegarde de l'emploi.

Dans le cadre des restructurations, ces institutions peuvent néanmoins agir en faveur des salariés qui restent dans l'entreprise. Par exemple, concernant une réduction des effectifs, il faut adapter les nouvelles contraintes organisationnelles à la santé des travailleurs afin de limiter les effets de l'augmentation de la charge de travail et des tensions qui peuvent naître de la réorganisation de l'entreprise. Dans le cas d'une restructuration d'une entreprise de manière à flexibiliser sa main-d'œuvre pour l'adapter aux besoins du marché, il convient de prévenir les conséquences psychologiques et sociales de cette flexibilisation (Dejours, 2007). L'hypothèse des fusions-acquisitions doit également être envisagée, notamment en matière de concurrence et de relations interpersonnelles. Cela renvoie nécessairement au CHSCT et à la question de son efficacité dans ce contexte.

B - CONFRONTÉ À LA PRÉCARITÉ DU TRAVAIL&NBSP;: LE CHSCT EN QUESTION

Des arrêts récents rendus par la Chambre sociale de la Cour de cassation mettent la santé au cœur de l'organisation du travail et renforcent le rôle du CHSCT dans ce domaine (Cass. soc. 28 nov. 2007). Le CHSCT tient ainsi un rôle essentiel en matière de prévention des risques professionnels susceptibles d'altérer l'état de santé physique et mentale au travail, en épaulant notamment l'employeur. Toutefois, cette institution reste relativement méconnue (1) et on peut s'interroger sur son efficacité, surtout sur la manière dont elle appréhende la détérioration et l'évolution des conditions de travail (2).

1 - Une institution encore méconnue

En vertu de l'article L. 4612-1 du Code du travail, le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la « santé physique et mentale » et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et

de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure. Il a aussi pour attribution de participer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité. Enfin, il doit veiller à l'observation des prescriptions légales prises dans le cadre de ses missions. Le CHSCT doit également procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'expertise des conditions de travail. Il procède aussi à l'examen des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes (article L. 4612-2 du Code du travail). Selon la disposition suivante, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement sexuel. Le refus de l'employeur doit être motivé.

Afin de remplir ses missions, le CHSCT procède, à intervalles réguliers, à des inspections (article L. 4612-4 du Code du travail). L'article L. 4612-5 du Code du travail lui permet de réaliser aussi des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Toutefois, en vertu de l'article L. 4612-8, l'activité du CHSCT est avant tout du conseil. L'employeur doit le consulter avant toute mesure d'aménagement important qui modifierait les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail.

Outre les affaires liées à l'amiante ou encore à l'explosion de l'usine AZF à Toulouse en 2001, la question de la connaissance par les salariés et du rôle de cette institution de prévention des risques professionnels est notamment tirée des enseignements de la vague de suicides qui a touché l'ultra moderne Techno centre de l'entreprise Renault à Guyancourt. Si le rôle du CHSCT a contribué à réduire le nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles, cette institution de prévention des risques ô combien importante dans l'entreprise doit désormais intégrer toutes les situations susceptibles d'altérer la santé des salariés prise dans une dimension physique et mentale. Le rôle du CHSCT s'en trouve modifié, car il articule l'intervention d'un agent extérieur aux individus (produits chimiques, machines&) et la manière dont chaque individu réagit aux situations et aux relations de travail (*Debout, Larose, 2003*).

L'actualité sociale et jurisprudentielle en matière de santé au travail met en avant une instance souvent méconnue et peu étudiée. Selon une enquête de la DARES, seulement 18 % des salariés des établissements d'au moins 20 salariés du secteur marchand non agricole s'adressent prioritairement aux représentants du personnel (31 % à la direction ou l'encadrement supérieur, 45 % à l'encadrement intermédiaire) (*Jacod, 2007*). Plus précisément, les salariés perçoivent bien l'activité des CHSCT, mais ils s'adressent pourtant en priorité à leur hiérarchie lorsqu'ils rencontrent un problème concernant leurs conditions de travail. Les petits établissements évaluent aussi souvent les risques que les grands, mais les CHSCT sont plus présents et plus actifs dans les grandes unités (établissements appartenant à un groupe coté en bourse, insérés dans des réseaux patronaux et connaissant des conflits sociaux). Les salariés ne sollicitent que rarement en premier lieu leurs représentants au sujet de leurs conditions de travail. La présence d'un CHSCT dans l'entreprise ou l'établissement réduit cependant la propension des salariés à se plaindre des conditions de travail. La connaissance et la présence de cette institution dans l'entreprise semble marquer une certaine efficacité pour améliorer les conditions de travail, quoiqu'il se peut aussi qu'il s'agisse d'un effet de sélection. Les CHSCT semblent en effet plus présents dans les secteurs ou les établissements où les conditions de travail sont ressenties comme moins difficiles (*Thomas, 2007*).

En tout état de cause, l'enquête qui a suivi les suicides chez Renault a révélé que 31,2 % des salariés (ingénieurs et cadres) étaient sous tension avec un niveau de risques psychosociaux « particulièrement élevé ». Ces drames semblent coïncider avec le déploiement du « Contrat Renault 2009 » qui est décrit par la direction de l'entreprise comme un « plan de croissance concret et

ambitieux qui mobilise toute l'entreprise » (hausse de la qualité, hausse de la marge opérationnelle et hausse des ventes) (http://www.renault.com/renault_com/fr/main/10 GROUPE RENAULT /30 Strategie). Le CHSCT de l'établissement de Guyancourt aurait-il été dépassé par l'ampleur de l'augmentation de la charge de travail? La question du renforcement de cette institution est ainsi posée.

2 - Renforcer le rôle du CHSCT

Les partenaires sociaux de l'entreprise Renault ont réagi par la conclusion d'un accord collectif destiné à créer un cadre nouveau de réflexions et d'échanges entre la direction et les organisations syndicales. Pour la durée d'un an, ce cadre s'exprime au sein d'un comité paritaire dont l'objet est d'améliorer les conditions de vie et de travail des équipes du site de Guyancourt, tous les thèmes attenants à ce sujet seront abordés. Ce comité semble toutefois se cantonner aux « conditions de vie et de travail » plutôt qu'à l'hygiène et la sécurité qui sont de la compétence du CHSCT. La création d'une telle institution à côté du CHSCT pourrait s'interpréter comme le signe d'un affaiblissement de celui-ci, notamment face aux risques psychosociaux attachés « aux conditions de vie au travail », mais aussi à la précarité du travail. Toutefois, à la lumière des dernières évolutions jurisprudentielles, certains notent plutôt un renforcement de son utilité (Verkindt, 2007). Toujours est-il qu'un projet de réforme du CHSCT est en cours. Lors de la Conférence tripartite sur les conditions de travail du 4 octobre 2007, le ministre du Travail a souligné l'importance de réfléchir sur les compétences et les moyens des CHSCT et les modalités d'alerte sur les conditions de travail par les salariés. Ces sujets font en effet l'objet du document d'orientation sur les conditions de travail, remis aux partenaires sociaux, dans lequel il fixe le cadre des négociations. Depuis le 27 juin 2008, un renforcement du rôle des CHSCT est en cours d'examen, seulement un salarié sur quatre bénéficie de ses compétences dans son établissement. Le ministre invite les partenaires sociaux à promouvoir le rôle du CHSCT auprès des salariés dans les entreprises de plus de cinquante salariés, mais également à réfléchir à une représentation du personnel dédiée à la santé et à la sécurité au travail dans les établissements de moins de cinquante salariés (Liaisons sociales, 2007). Avec les facteurs psychosociaux y attenants, la précarité du travail et la prévention de ses effets sur la santé des travailleurs sont des thèmes qui pourraient être intégrés dans les futures négociations interprofessionnelles sur le rôle et le fonctionnement des CHSCT et le droit d'alerte; au moins pour amorcer une reconnaissance juridique de ces nouveaux risques associés à la transformation du travail.

Malgré l'avantage de posséder la personnalité morale pour défendre ses intérêts propres en justice, le CHSCT reste une institution seulement dotée d'un pouvoir consultatif. Il est en effet dénué de pouvoir de décision, il ne peut donc ni adresser directement de directives relatives aux conditions de travail, ni interrompre des travaux en cas de dangers graves et imminents. Reconnaître un tel pouvoir risquerait de transférer une partie de la responsabilité de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels au CHSCT (Teyssié, 2007) et d'affaiblir dans le même temps l'obligation de sécurité de résultat à laquelle il est tenu. Le renforcement du rôle et des moyens du CHSCT ainsi que son extension à la prévention des conséquences de la précarité du travail sur la santé des salariés pourraient en revanche passer par un renforcement des compétences consultatives, mais aussi par l'allocation d'un budget qui lui serait propre et par le renforcement du lien entre l'employeur et le CHSCT, ne serait-ce qu'envisager pour cela une convention entre ces deux institutions (objectifs, adaptation aux contraintes de l'entreprise, etc.).

Quant à l'expertise, celle-ci doit d'abord être développée auprès des membres propres au CHSCT. Presque rien ne lui échappe concernant la santé des travailleurs (conditions de travail, analyse des situations d'accident ou de maladies professionnelles, prévention, information et promotion de la santé) (Verkindt, 2007), si bien que la formation des représentants au CHSCT devient très diverse et complexe. À ce stade, une meilleure formation doit être dispensée aux représentants au CHSCT et

l'aide des syndicats pourrait s'avérer utile.

Lorsque le CHSCT ne dispose pas des compétences requises, le recours à une expertise externe est possible « sans l'obérer de son rôle » comme le précise l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008 (V. http://www.institut-formation.travail.gouv.fr/SSTFP/Doc/sstfp_horsFP_fr_acd_interpro_stress_trav_2008.pdf). L'intérêt est d'obtenir une expertise adaptée à la situation et d'éviter que celle-ci n'échappe au CHSCT afin de formuler un avis parfaitement adapté. Les nouveaux risques associés à l'évolution du travail et de ses conditions appellent au développement de ce recours étant donné les difficultés liées à leur reconnaissance et à leur maîtrise au sein de l'entreprise ou de l'établissement. Une expertise peut être ainsi réalisée par une personne ayant les compétences spécifiques en psychologie sociale, notamment dans le cas de situations de précarité du travail. Pour conforter son action, le CHSCT trouve également ici l'opportunité de se saisir de l'accord sur le stress au travail qui décrit le stress au travail et dont l'objet est d'augmenter la prise de conscience et la compréhension du stress au travail par les employeurs, les travailleurs et leurs représentants. Il s'agit aussi d'attirer leur attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail le plus précocement possible, de fournir aux employeurs et aux travailleurs un cadre qui permette de détecter, de prévenir, d'éviter et de faire face aux problèmes de stress au travail. Au sein de cet accord, les partenaires s'engagent en outre à transposer dans un délai d'un an l'accord-cadre européen sur le harcèlement et la violence au travail du 26 avril 2007 (V. <http://www.tradeunionpress.eu/Agreement%20violence/Framework%20Agreement%20Harassment%20and%20Violence%20at%20Work2.pdf> en anglais)

Le rôle du CHSCT concernant la précarité du travail pourrait être également confronté à la notion de « pénibilité au travail ». Le CHSCT a en effet un rôle à jouer si l'on considère le « travail pénible » comme celui qui est difficile à supporter et qui est caractérisé par des conditions particulières usant le salarié et sa santé. Comme le souligne Franck Héas, il est possible d'intégrer dans ce concept un élément objectif lié aux conditions et à la nature du travail fourni, mais aussi un élément subjectif au regard des conséquences du milieu de travail et de son environnement sur la santé des travailleurs (Héas, 2005). En considérant la pénibilité comme le résultat « d'une situation de travail difficile et contraignante » qui est susceptible de causer un dommage à celui qui réalise la prestation de travail, la prévention de la pénibilité entrerait dans les compétences du CHSCT.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Cieslar A., Nayer A., Smeesters B. (2007). *Le droit à l'épanouissement de l'être humain au travail : métamorphoses du droit social*, Bruylant, 857 p.

Cingolani P. (2006). *La précarité*, PUF, coll. Que sais-je?, 126 p.

Commissariat général au plan (2003). *Les mobilités professionnelles : de l'instabilité dans l'emploi à la gestion des trajectoires*, La Documentation française, coll. Qualification et Prospective, 126 p.

Debout M., Larose C. (2003). *Violence au travail : agression, harcèlement, plans sociaux*, Les éditions de l'Atelier, 207 p.

Dejours C. (dir.) (2007). *Conjurer la violence. Travail, violence et santé*, Payot, 316 p.

Gollac M., Volkoff S. (2007). *Les conditions de travail*, La découverte, coll. Repères, 121 p.

Haut Comité de la Santé Publique (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Édition ENSP, coll. Avis et Rapport, 350 p.

INTEFP (2006). *Souffrance mentale au travail*, Les Cahiers de l'INTEFP.

InVS (2003). *Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee*, InVS, 75 p.

Levi L., Levi I. (2000). *Manuel d'orientation sur le stress lié au travail - piment de la vie ou coup fatal?*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes.

Levi L., Lunde-Jansenn P. (1996). *Un modèle d'évaluation des coûts du stress au niveau national. Coûts socioéconomiques du stress au travail dans deux pays de l'Union européenne*, European Foundation for the improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities.

Linhart D., Rist B., Durand E. (2002). *Perte d'emploi, perte de soi*, Erès, coll. Sociologie clinique, 2002, 190 p.

Maruani M. (2002). *Les mécomptes du chômage*, Bayard, p. 83.

Molinier P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail*, Éditions Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 336 p.

Paugam S. (2007). *Le salarié de la précarité*, PUF, coll. Quadrige, 2007, 437 p.

Pélissier J., Supiot A., Jeammaud A. (2006). *Droit du travail*, Dalloz, coll. Précis, 24^e édition, 2008, 1516 p.

Rasclé N. (2002). *Le stress de la mobilité professionnelle. Rôle de diverses caractéristiques personnelles et contextuelles dans l'ajustement au stress de la mutation professionnelle*, Presse universitaire du Septentrion, 343 p.

Thébaud-Mony A. (2007). *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, La découverte, 291 p.

Article d'une revue scientifique

Amossé T., Gollac M. (2008). « Intensité du travail et mobilité professionnelle », *Travail et emploi*, janv.-mars, p. 59.

Bejean S., Sultant-Taïeb H., Trontin C. (2004). « Conditions de travail et coût du stress : une évaluation économique », INRS; <http://www.inrs.fr>, dossier « Le stress au travail »/« coût du stress ».

Bonnechère M. (1998). « La reconnaissance des droits fondamentaux comme condition du progrès social », *Dr. Ouv.*, juin, p. 249.

Bué J., Sandret N. (2008). « Un salarié sur dix estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail », *Premières synthèses*, DARES, mai, n° 22.2.

Bué J., Coutrot T., Guignon N., Sandret N. (2008). « Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer », *RFAS*, avr.-sept., n^{os} 2-3, p. 45.

Chirez A., Expert C. (2007). « Suicide et accident du travail », *Dr. Ouv.*, juin, p. 258.

- Chouanière D. (2006). « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention », INRS, dossier médico-technique, TC 108, Documents pour le médecin du travail, n° 106, 2^e trim., p. 169.
- Clarke M., Lewchuk W., de Wolff A., King A. (2007). « 'This just isn't sustainable' : Precarious employment, stress and workers' health », *International Journal of Law and Psychiatry - Special Issue on Work and Mental Health*. July - October 2007;30 (4-5):15.
- Coutrot T. (2008). « Se sentir capable de faire le même travail jusqu'à 60 ans. Le poids des facteurs psychosociaux », *Premières synthèses*, DARES, juillet, n° 29.2.
- Eckert H., Mora V. (2008). « Formes temporelles de l'incertitude et sécurisation des trajectoires dans l'insertion professionnelle des jeunes », *Travail et emploi*, janv.-mars, p. 31.
- Favennec-Héry F. (2000). « Le temps vraiment choisi », *Dr. Soc.*, mars, p. 295.
- Fondeur Y., Minni C. (2004). « Les jeunes au cœur des dynamiques du marché du travail », *Économie et statistique*, n° 378-379, p. 85.
- Gournay M., Laniece F., Kryvenac I. (2004). « Études des suicides liés au travail en Basse-Normandie », *Travailler*, n° 12, p. 91.
- Guignon N., Niedhammer I., Sandret N. (2008). « Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire Karasek dans l'enquête SUMER 2003 », *Premières synthèses*, DARES, mai, n° 22.1.
- Héas F. (2005). « Éléments pour une définition juridique de la pénibilité au travail », *Travail et emploi*, n° 104, oct.-déc., p. 19.
- Hélaridot V., Drulhe M. (2007). « Précarisation du travail et de l'emploi : vers de nouvelles dynamiques d'inégalités sociales de santé? », *Sociologie-santé*, n° 25, janv. 2007, p. 241.
- Hélaridot V. (2005). « Précarisation de l'emploi : quelles résonances dans la construction des expériences sociales? », *Empan*, 2005/4, n° 60, p. 30.
- Imbernon E. (2008). « Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique? », *Santé publique*, mai-juin, supplément n° 3, spéc. p. 13
- Jacod O. (2007). « Les institutions du personnel : davantage présentes, toujours actives, mais peu sollicitées par les salariés », *Premières synthèses*, DARES, février, n° 05.1.
- Lagarenne C., Legendre N. (2000). « Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux », *Économie et statistique*, n° 335, p. 3.
- Lefresne F. (2006) « Les transformations de l'emploi salarié », *Cahiers français*, n° 330, janv.-fév., p. 68.
- Lutinier B. (2006). « Les mouvements de main-d'œuvre au premier trimestre 2005 », *Premières informations*, DARES, février, n° 05.1.
- Nizard A. (1998). « Suicide et mal-être social », *Population et société*, n° 334, avril.
- Riquet O., Grossetête A. (2007). « Précarité? La banalisation. Enjeux pour la santé et la sécurité.

Compte-rendu des débats du Congrès de l'ASMT, 9 et 10 décembre 2006 », *Les Cahiers SMT*, novembre, p. 39.

Supiot A. (1997). « Du bon usage des lois en matière d'emploi », *Dr. Soc.*, mars, p. 229.

Teyssié B. (2007). « Les missions du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail », *JCP S*, n° 23, 5 juin, n° 1441.

Thomas C. (2007). « Plus de trois établissements sur quatre déclarent évaluer les risques professionnels », *Premières synthèses*, DARES, mars 2007, n° 09.3.

Verkindt P.-Y. (2007). « La montée en puissance du CHSCT », *Semaine sociale Lamy*, 10 décembre, n° 1332, p. 11.

Verkindt P.-Y. (2007). « Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Quelques développements jurisprudentiels récents », *Dr. Soc.*, décembre, p. 1253.

Vogel L. (2006). « Génération "précaire", santé et travail », *HESA newsletter*, octobre, n° 30-31, p. 16.

Chapitre d'un livre

Cartron D. (2004), « L'intensification du travail » in J. Bué, T. Coutrot, I. Puech (coord.), *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Octarès, 2004, p. 25.

Gollac M. (2008). « Le bonheur au travail : une question de statut? » in G. Terssac (de), C. Saint-Martin, C. Thébault (coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Octarès éditions, coll. Le travail en débat, p. 8.

Hélarlot V., Drulhe M., (2006). « Intensité, densité et sens du travail : quelques configurations de l'expérience des salariés aux prises avec la précarisation » in Askenazy P., Cartron D., Coninck (de) F., Gollac M. (coord.), *Organisation et intensité du travail*, Octarès éditions, coll. Le travail en débats, p. 345.

Lizé L. (2001)., « Usage des emplois temporaires dans la sélection à l'embauche » in M. Del Sol, A. Eydoux, A. Gouzien, P. Merle, P. Turquet (dir.), *Nouvelles dimensions de la précarité*, PUR, p. 143.

Rio J.-F. (2007). « Entretien avec Christian Larose. Il faut renforcer le rôle et les moyens du CHSCT », in « *Suicides. Le monde du travail en accusation* », *Entreprise et carrières*, n° 861, 12 au 18 juin, p. 35.

Saint-Martin C. (2008). « La normalisation de la précarité dans les organisations professionnelles : de quoi parle-t-on? » in G. Terssac (de), C. Saint-Martin, C. Thébault (coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Octarès éditions, coll. Le travail en débat, p. 1.

Thébaud-Mony A. (1997). « La santé au travail : instrument et enjeu de la précarisation sociale » in B. Appay, A. Thébaud-Mony (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, IRESCO, p. 555.

Rapports

Bernier J., Vallée G., Jobin C. (2003). *Les besoins de protection des personnes en situation de travail non traditionnelle*, ministère du Travail, Québec, 568 p.

CES (2004). *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*, Avis et rapports du CES, 2004, Elyane Bressol (rap.), p. I-11.

CNAMTS, (2004). « Description des populations du Régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois », *DSM - Mission des Soins de Ville - Mission Statistique - NV/GS/PhR/PF/HA*, octobre, 35 p.

INSEE (2007). *Les salaires en France*, 135 p.

INSEE (2007). *Informations rapides*, n° 349, 11 décembre 2007.

Dalm C., Maysonave C., Pouchard D. (2007). *Inaptitudes médicales totales et définitives. Enquête 2005-2006*, DRTEFP d'Aquitaine, juillet, 10 p.

Méda D., Minault B. (2005). *La sécurisation des trajectoires professionnelles*, DARES, Documents d'études, n° 107, octobre, 38 p.

Mouquet M.-C., Bellamy V. (2006). *Suicides et tentatives de suicide en France*, DREES, Études et résultats, n° 488, mai, 8 p.

Nasse P., Légeron P. (2008). « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail », 12 mars, http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_FINAL_12_mars_2008.pdf.

Supiot A. (dir.) (1999). *Au-delà de l'emploi. Transformation du travail et devenir du droit du travail en Europe*, Rapport pour la Commission européenne, Flammarion, 321 p.

Thèses

Bonne E. (2005). « La santé des suicidés », thèse médecine, Saint-Etienne, 74 p.

Roupnel-Fuentes M. (2007). « Une rupture totale. Le licenciement massif des salariés de Moulinex », thèse sociologie, EHESS, p. 34.

