Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

2019

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 5 avril 2019 à Toulouse
par Madame Laurence GRIBIAS EDMOND

Risques psychosociaux des dirigeants de très petites entreprises et réflexion sur des moyens de prévention en service de santé au travail :
enquête auprès d'artisans du bâtiment dans la Charente et la Charente-Maritime.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC

Membres : Madame le Professeur Isabelle BALDI
Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT
Madame le Docteur Yolande ESQUIROL
Monsieur le Docteur Fabrice HERIN

Directrice de thèse : Madame le Docteur Mathilde CHARRUE

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie **(retraite 09/2019)**
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale **(retraite 09/2019)**
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- *DROUOT Xavier, physiologie*
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- *INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale*
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie **(retraite 09/2019)**
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation **(en mission 1 an)**
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie **(en mission 1 an)**
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie **(pas avant janvier 2019)**
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- *RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)*
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC, Service de Santé au Travail Consultation de Pathologies Professionnelles du CHU de Limoges, vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie pour les conseils prodigués tout au long de ce travail.

A Madame le Professeur Isabelle BALDI, Institut de Santé publique, d'Épidémiologie et de Développement du CHU de Bordeaux, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Michel SOULAT, Service des Maladies Professionnelles et Environnementales du CHU de Toulouse, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur Yolande ESQUIROL, Service des Maladies Professionnelles et Environnementales du CHU de Toulouse, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Fabrice HERIN, Service des Maladies Professionnelles et Environnementales du CHU de Toulouse, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail.

A Mathilde, merci pour ta bienveillance au cours de nos années d'internat et pour avoir m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse. Tes précieux conseils et ton soutien m'ont permis de mener à bien ce travail, je te suis infiniment reconnaissante.

A Madame Fabienne DELACHAISE, CAPEB 17 et Monsieur David LEOBET, CAPEB 16, merci d'avoir accepté de relayer l'enquête. A Monsieur Laurent PARROT, FFB 17, Monsieur le Docteur Jean-Philippe DECOURT, médecin chef de la MSA Poitou, Monsieur Marc BINNIE, fondateur d'APESA, les membres de l'équipe du SESE de la DIRECCTE Nouvelle-Aquitaine et tous les autres interlocuteurs, merci d'avoir accepté de répondre avec gentillesse à mes questions et pour le bon accueil que vous m'avez réservé.

A tous les participants de l'étude, merci d'y avoir consacré un peu de votre temps.

A Quentin DUDON, interne de Santé publique, merci pour l'aide et les conseils apportés pour l'analyse statistique de cette étude.

A Monsieur le Docteur James ALVES, médecin inspecteur du travail de la DIRECCTE Nouvelle-Aquitaine site de Poitiers, merci pour ton appui et tes précieux conseils qui m'ont permis d'avancer tout au long de ce travail, ainsi que pour ton enseignement au cours de mon stage dans le service. Sois assuré de toute mon estime.

A Monsieur le Docteur Jean-Claude MARTIGNAC, vous m'avez tant appris au cours de mon premier stage, merci du dévouement dont vous avez fait preuve pour me faire découvrir la spécialité. Aux Docteurs Danilo FONTANELLA, Catherine BOIJOUX, Jean-Baptiste BOUSQUET, Jean-Luc JULINET, merci d'avoir enrichi ma formation. J'ai pu lors de mes stages à vos côtés apprendre cette spécialité passionnante. Soyez assurés de toute mon estime.

A mes autres co internes poitevins et co externes bordelais, merci pour tous les moments que nous avons partagés en toute simplicité durant ces années. Ces bons souvenirs resteront gravés.

A mes amis et famille de cœur, bordelais et anciens bordelais, pour tous ces instants passés ensemble loin de nos parents. Je n'oublierai pas nos moments de partage et de joie, tantôt festifs, tantôt studieux. Merci pour ce que vous m'avez apporté durant toutes ces années.

A ma famille et ma belle-famille,

A mon père, merci pour ton soutien et ton amour qui, malgré la distance parfois, me sont précieux.

A ma sœur, merci pour tous nos moments partagés depuis notre enfance et pour notre complicité qui grandit avec les années. Je ne te remplacerais pour rien au monde.

A ma mère, je n'ai pas de mots pour t'exprimer ma reconnaissance pour t'être rendue totalement disponible pour me soutenir durant ce travail. Merci pour ton amour et ton dévouement inégalable tout au long de ma vie.

A mes enfants, vous me remplissez de bonheur depuis votre venue au monde, merci pour vos rires et votre innocence.

A Kévin, il me faudrait beaucoup d'espace pour t'exprimer ma reconnaissance pour ton soutien et ta patience durant ce travail. Merci de t'être réjoui de mes réussites et de m'avoir épaulée dans les moments de doute. Merci de partager ta vie avec moi. *GBY my dream team partner*.

AVANT-PROPOS

J'ai commencé à m'intéresser au sujet de la santé au travail des dirigeants de petites entreprises en observant un chef d'entreprise interviewé qui exprimait sa vulnérabilité face au concept des trois « D » : dépôt de bilan, dépression, divorce. J'ai découvert par la suite que ce concept pouvait être élargi à un quatrième « D » : décès par suicide. Au cours de ma formation, diverses rencontres ont ensuite confirmé cet intérêt. D'abord, un patron de bar en liquidation judiciaire hospitalisé pour idées suicidaires me confiait au cours d'un de nos entretiens : « j'espère qu'on me laissera ma voiture pour que je retrouve plus facilement un autre travail ». Ensuite, j'ai reçu en consultation une salariée cadre mise à mal lors d'une restitution d'enquête sur les risques psychosociaux dans son entreprise et qui reprochait, selon ses dires, au Service de Santé au Travail interentreprises de ne s'intéresser qu'aux salariés et de souvent délaisser les cadres et dirigeants.

Durant mes recherches j'ai rencontré quelques rares réactions d'étonnement vis-à-vis de ce sujet, provenant aussi bien des professionnels de santé au travail que des employeurs, la santé au travail étant considérée par certains comme étant « réservée » aux salariés. Lorsqu'on se penche sur la santé des dirigeants par le biais des médias d'information, l'altération de la santé mentale est rapidement mise en avant.

De nombreux dispositifs de prévention tertiaire existent pour ce public, mais il n'existe que peu de prévention primaire. Ce travail a pour origine une volonté de réflexion sur des moyens de prévention.

ABRÉVIATIONS

APESA : Aide psychologique pour les entrepreneurs en souffrance psychologique aiguë

ARACT : Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail

AT : Accident du travail

BMS : *Burnout Measure Short version*

BTP : Bâtiment et travaux publics

CAPEB : Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment

CMA : Chambre des métiers et de l'artisanat

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

EVA : Échelle visuelle analogique

ÉVREST : Évolutions et relations en santé au travail

FFB : Fédération française du bâtiment

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRIS-ST : Institut de recherche et d'innovation sur la santé et la sécurité au travail

MBI : *Maslach Burnout Inventory*

MP : Maladie professionnelle

MSA : Mutualité sociale agricole

PME : Petite et moyenne entreprise

PRST : Plan régional santé au travail

PSST : Plan santé sécurité au travail

RPS : Risques psychosociaux

RSI : Régime social des indépendants

SESE : Service études-statistiques-évaluation

SIRENE® : système informatique pour le répertoire des entreprises et des établissements

SSA : Service de santé au travail en agriculture

SST : Service de santé au travail

TMS : Trouble musculosquelettique

TPE : Très petite entreprise

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. Détails de l'action « Prévenir les Risques Psychosociaux » - Extrait du Plan Régional Santé Travail 3 en Nouvelle-Aquitaine…….94

Annexe 2. Synthèse du projet d'accompagnement des entrepreneurs en difficulté psychologique – Fédération Française du Bâtiment 86……....95

Annexe 3. Effectifs et catégories professionnelles des artisans employeurs de très petites entreprises en Charente et Charente-Maritime (données SIRENE® au 31/12/2018)……99

Annexe 4. Courrier de présentation de l'étude et message d'annonce réalisé par la CAPEB de Charente-Maritime……..100

Annexe 5. Questionnaire de l'étude……102

Annexe 6. Commentaires libres des répondants de l'étude et autres propositions de moyens de prévention des risques psychosociaux.....106

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1. Diagramme de flux ……..……48
Figure 2. Les secteurs d'activité professionnelle de la population incluse……...50
Figure 3. Répartition de la population incluse en fonction du nombre de salariés……...51
Figure 4. Présence de stress lié au travail en fonction des tranches d'âge……...52
Figure 5. Présence de stress lié au travail en fonction de l'ancienneté sur le statut de dirigeant……....52
Figure 6. Présence de stress lié au travail en fonction du nombre de salariés ...……..52
Figure 7. Degrés d'épuisement professionnel en fonction de l'âge des dirigeants….…….55
Figure 8. Degrés d'épuisement professionnel en fonction du nombre de salariés……...55
Figure 9. Degrés d'épuisement professionnel en fonction de l'ancienneté sur le statut de dirigeant……56
Figure 10. Antécédent de diagnostic de *burnout* selon le degré mesuré….…….57
Figure 11. Pathologies déclarées par les dirigeants de la population incluse ...……...61
Figure 12. Avis au sujet de la prévention des risques psychosociaux destinée aux dirigeants……..……...……..63
Figure 13. Avis au sujet de la prévention des risques psychosociaux en fonction de l'épuisement professionnel……...……..…..65

Tableau 1. Caractéristiques démographiques de la population incluse……49
Tableau 2. Caractéristiques professionnelles de la population incluse……51
Tableau 3. Prévalence de l'épuisement professionnel selon l'échelle de mesure de Pines.….54
Tableau 4. Temps de travail hebdomadaire de la population incluse……...58
Tableau 5. Consommations de toxiques, activité professionnelle et état de santé perçu des dirigeants…….…..59
Tableau 6. Avis des artisans exprimant un stress lié au travail au sujet de la prévention des risques psychosociaux……..……...…….……64
Tableau 7. Analyses univariées de l'association entre les facteurs étudiés et la présence de stress au travail…….67
Tableau 8. Analyses univariées de l'association entre les facteurs étudiés et la présence d'épuisement professionnel…….…….69
Tableau 9. Facteurs associés au stress au travail : analyses multivariées……72
Tableau 10. Facteurs associés à l'épuisement professionnel : analyses multivariées……..73

SOMMAIRE

LISTE DES ENSEIGNANTS

REMERCIEMENTS

AVANT-PROPOS

ABRÉVIATIONS

TABLE DES ANNEXES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION……13

2. ÉTAT DE LA QUESTION……..14

2.1 RISQUES PSYCHOSOCIAUX……..14

2.1.1 Définitions……..14

2.1.1.1 Facteurs psychosociaux au travail……14

2.1.1.2 Risques psychosociaux……..…….15

2.1.1.3 Stress au travail…….16

2.1.1.4 Épuisement professionnel ou *burnout*……...…17

2.1.2 Facteurs à l'origine des risques psychosociaux……..17

2.1.3 Conséquences des risques psychosociaux……..19

2.1.3.1 Conséquences sur la santé…….19

2.1.3.2 Accident du travail et maladie professionnelle…….……20

2.1.3.3 Impact sur l'entreprise……..21

2.1.4 Prévention des risques psychosociaux……...21

2.2 CONTEXTE JURIDIQUE……...24

2.2.1 Protection de la santé mentale des travailleurs……..24

2.2.2 Législation portant sur le stress au travail……..25

2.3 DIRIGEANT D'UNE PETITE ENTREPRISE……26

2.3.1 TPE et PME……26

2.3.2 Entreprises artisanales……26

2.3.3 Artisanat du bâtiment…….26

2.4 PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DES DIRIGEANTS EN FRANCE……...27

2.4.1 Sécurité sociale pour les indépendants……...27

2.4.2 Mutualité Sociale Agricole…….28

2.4.3 Observatoire Amarok……30

2.4.4 APESA France……...31

2.4.5 Organisations représentatives de l'artisanat du bâtiment……..…….32

2.4.5.1 Chambre des Métiers et de l'Artisanat……..32
2.4.5.2 Organisations professionnelles et syndicales……32
2.5 REVUE DE LITTÉRATURE……..34
2.5.1 Le statut de dirigeant : différences culturelles……..……34
2.5.2 Santé des dirigeants et conséquences sur l'entreprise……35
2.5.3 Santé mentale des dirigeants : stress au travail et épuisement professionnel…..…36
2.5.3.1 Sur le plan international……36
2.5.3.2 Sur le plan national……36
2.5.4 Santé mentale des dirigeants : des études contradictoires……..37
2.5.4.1 Sur le plan international……37
2.5.4.2 Sur le plan national……37
2.5.5 Revue de littérature à propos de la santé des artisans en France……..38
2.6 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE……40

3. MATÉRIELS ET MÉTHODE.....41
3.1 SCHÉMA D'ÉTUDE……..41
3.2 POPULATION ÉTUDIÉE……...41
3.3 RECUEIL DES DONNÉES……42
3.4 CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL……...43
3.5 CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES……..45
3.6 ANALYSE STATISTIQUE……46
3.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES……...47

4. RÉSULTATS……48
4.1 DIAGRAMME DE FLUX……48
4.2 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES GÉNÉRALES DE LA POPULATION INCLUSE……..49
4.3 CARACTÉRISTIQUES PROFESSIONNELLES DE LA POPULATION INCLUSE…...49
4.4 CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL : PRÉVALENCE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX……52
4.4.1 Prévalence du stress au travail……52
4.4.2 Prévalence de l'épuisement professionnel……..53
4.5 CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES……..……....57
4.5.1 Conditions de travail et situation de l'entreprise……...57
4.5.2 État de santé……58
4.5.3 Prévention……...62
4.6 FACTEURS ASSOCIÉS AUX RISQUES PSYCHOSOCIAUX : ANALYSES UNIVARIÉES……..65

4.6.1 Facteurs associés au stress lié au travail……..……..66
4.6.2 Facteurs associés à l'épuisement professionnel……..……...68
4.7 ANALYSES MULTIVARIÉES : AJUSTEMENT SUR LES FACTEURS DE CONFUSION……...71

5. DISCUSSION.....74
5.1 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET REPRÉSENTATIVITÉ DE NOTRE ÉCHANTILLON D'ÉTUDE……74
5.2 DISCUSSION DE LA MÉTHODE……..75
5.3 DISCUSSION DES RÉSULTATS ET COMPARAISON AVEC LA REVUE DE LITTÉRATURE……...76
5.3.1 Critère de jugement principal……76
5.3.2 Facteurs associés au stress et à l'épuisement professionnel……...78
5.3.3 Critères de jugement secondaires……...79
5.4 LIMITES ET BIAIS DE l'ÉTUDE……..84
5.5 INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES……85
6. CONCLUSION.....87
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES
ANNEXES
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS
SERMENT

1. INTRODUCTION

Selon le code du travail, la principale mission des Services de Santé au Travail (SST) consiste à prévenir l'altération de l'état de santé des travailleurs du fait de leur travail (1). L'article R 4623-1 précise que le médecin du travail est le conseiller des travailleurs, mais aussi des employeurs, représentants du personnel et services sociaux (2). Dans cet article, une distinction serait faite entre les « employeurs » et les « travailleurs ».

En France, il n'existe pas de suivi médico-professionnel pour les employeurs non-salariés par les SST du régime général, au sein des entreprises de droit privé. Pourtant, dans les très petites entreprises (TPE) et les petites et moyennes entreprises (PME), un dirigeant chef d'entreprise est souvent exposé aux mêmes risques professionnels que ses collaborateurs et doit de surcroît assurer les responsabilités liées à la gestion de l'entreprise.

Le stress au travail, le *burnout* ou la dépression ne touchent pas que les salariés, le rapport d'enquête décennale réalisé par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en 2003 montrant que la prévalence de la dépression chez les hommes artisans/commerçants/chefs d'entreprise est deux fois plus importante que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (13,6% contre 7,8%) (3).

Les risques psychosociaux (RPS) ne peuvent toutefois pas être considérés de la même façon chez les employeurs et les salariés, les « stresseurs professionnels » n'étant pas les mêmes (4). Des études ont montré que les entrepreneurs sont sujets au stress professionnel en raison de différents facteurs parmi lesquels le haut niveau de responsabilité, la nécessité d'acquérir de nombreuses compétences ou la vulnérabilité financière, cette dernière étant surtout présente dans les petites entreprises (4) (5).

Les travaux de recherche portant sur la santé des entrepreneurs se sont multipliés ces dernières années. On constate néanmoins qu'il n'existe que peu d'études concernant la santé mentale des dirigeants de très petites entreprises.
Nous avons cherché à étudier la présence de RPS chez les dirigeants employeurs de TPE. Pour ce faire, une enquête a été menée auprès d'un échantillon d'artisans du bâtiment exerçant dans la Charente et la Charente-Maritime.

2. ÉTAT DE LA QUESTION

2.1 RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Les RPS représentent un enjeu de prévention prioritaire pour les acteurs du monde du travail, c'est-à-dire les SST, les organismes de prévention des risques professionnels, les préventeurs au sein des entreprises, mais aussi les syndicats de salariés et d'employeurs, le Ministère de la Santé ainsi que le Ministère du Travail.

Le terme de « risque psychosocial » est utilisé par la société pour englober un ensemble de plaintes et de symptômes : stress, mal-être, souffrance au travail, épuisement professionnel, conflits et violences internes et externes à l'entreprise…

Malgré les nombreuses actions menées depuis plusieurs années pour réduire les RPS en France, il n'existe pas actuellement de définition validée légalement.
La difficulté à retenir une définition unique et précise semble liée à la variabilité et la complexité de ce concept, comme le souligne le rapport de Philippe Nasse et Patrick Legeron de 2008 (6) :

> La grande variété des thèmes mis sous le vocable de risques psychosociaux est source d'une grande confusion. Ces thèmes recouvrent en effet les déterminants et les effets, sans distinguer entre les causes et les conséquences. Cette confusion tient non seulement à la diversité de ces risques mais aussi à la complexité des liens qui les unissent et qui ne relèvent pas toujours de la causalité linéaire car, interagissant fortement entre eux, ils sont plutôt de type circulaire ou systémique.

Plusieurs définitions ont néanmoins été proposées. Nous avons choisi d'en exposer quelques-unes.

2.1.1 Définitions

2.1.1.1 Facteurs psychosociaux au travail

En 1995, un groupe d'experts réunis par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) s'est intéressé aux contraintes de nature psychosociale impliquées dans la survenue des rachialgies en milieu professionnel. Cette réflexion collective a permis de proposer une définition des facteurs psychosociaux au travail : ceux-ci désignent un « vaste ensemble de variables qui se situent à l'intersection des dimensions individuelle, collective et

organisationnelle de l'activité professionnelle, d'où leur complexité et leur caractère souvent composite. Habituellement, ces facteurs sont subdivisés en trois catégories : facteurs relatifs à la demande et au contrôle du travail, facteurs relatifs au support social et symptômes de stress au travail. » (7)

Cette définition émerge suite à l'observation d'un paradoxe : celui d'une augmentation chez les Français de la prévalence des pathologies rachidiennes ainsi que des plaintes pour lombalgies, et ce malgré l'autonomisation des activités industrielles les plus pénibles ayant en principe amélioré l'ergonomie à de nombreux postes.

2.1.1.2 Risques psychosociaux

Aux alentours des années 2000 est apparue en France l'expression de « risque psychosocial au travail ». Dans le contexte des vagues de suicides ayant eu lieu au sein des grandes entreprises françaises et de par leur médiatisation, elle s'est ensuite largement et rapidement répandue.

- **Définition selon le rapport Gollac**

Un collège d'expertise présidé par Michel Gollac, statisticien et sociologue, a rédigé en 2011 un rapport à la demande du ministère du Travail, de l'emploi et de la santé (8). Les RPS sont définis dans ce document 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 ». Le rapport Gollac souligne également que « ce qui fait qu'un risque […] est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine ».

Cette définition constitue une référence pour les professionnels de la santé au travail, insistant sur le lien direct existant entre les facteurs professionnels et la santé non seulement physique, mais aussi mentale et sociale.

- **Définition retenue par l'Institut National de Recherche et de Sécurité**

Dans un dossier de 2017 s'intéressant aux risques psychosociaux (9), l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) définit ces derniers comme susceptibles d'atteindre la santé physique et mentale des travailleurs, remarquant qu'ils « peuvent être induits par l'activité ou générés par l'organisation du travail et les relations de travail ».

Plusieurs situations peuvent être observées, parfois de manière combinée :

- le stress au travail : il correspond au déséquilibre entre la perception qu'a l'individu des contraintes liées à son environnement de travail et celle de ses propres ressources ;
- les violences au travail :
    - internes, entre collègues ;
    - externes, c'est-à-dire exercées par des personnes extérieures à l'entreprise.

- **<u>Définition retenue par l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail</u>**

Différentes Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) se sont accordées afin de proposer une définition des RPS. Celle-ci met en avant la notion de trouble psychosocial, présent lorsqu'il y a déséquilibre entre l'individu et son environnement de travail. Les troubles se manifestent par le stress, le mal-être, l'inquiétude, et peuvent prendre des formes plus aggravées : angoisse, souffrance, voire dépression. On définit le risque comme la « probabilité d'apparition de troubles tant individuels que collectifs ayant pour origine l'environnement professionnel » (10) (11).

Nous avons choisi dans le cadre de cette étude de nous intéresser spécifiquement au stress rencontré dans l'environnement de travail et à l'épuisement professionnel. Les autres formes de RPS (comme les violences au travail) ne seront pas abordées.

2.1.1.3 Stress au travail

Le stress au travail constitue l'une des composantes principales des risques psychosociaux. Selon l'INRS, il se définit comme un déséquilibre apparaissant entre la perception qu'a l'individu des contraintes imposées par son environnement professionnel et les ressources dont il dispose pour y répondre (12).
Il peut être aigu (lors d'une augmentation de la charge de travail sur une période ponctuelle par exemple) ou chronique si la situation qui l'a généré se pérennise.
Ce stress concerne tous types de travailleur et sa chronicisation peut avoir des effets délétères sur la santé mentale de l'individu.

2.1.1.4 Épuisement professionnel ou *burnout*

Nous retiendrons ici la définition donnée par la Direction Générale du Travail, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail et l'INRS, qui résument la notion de *burnout* à un « état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail ‘‘émotionnellement’’ exigeantes » (13).

De nombreux travaux ont été réalisés au sujet du *burnout*. Ceux de la psychologue Cristina Maslach, largement exploités, caractérisent le syndrome d'épuisement professionnel suivant trois axes (14) :

- **l'épuisement émotionnel** : composante centrale du syndrome, il est le plus souvent le premier à être rapporté dans le discours d'une personne en état d'épuisement professionnel. Il reflète le vécu d'une surcharge de travail qui rend l'individu incapable de se distancer de son travail tant émotionnellement que cognitivement. Il est décrit comme un état de fatigue générale devenue chronique.
- **la dépersonnalisation (ou cynisme)** : dans les métiers d'aide à la personne, cette dimension représente une « tentative de mettre de la distance entre soi et les destinataires des services ». La relation d'aide se transforme, le travailleur rend les services en considérant l'interlocuteur comme un objet impersonnel. Il s'agit d'une déshumanisation des rapports entretenus avec les personnes aidées.
- **la diminution de l'accomplissement personnel** : elle se traduit par un sentiment d'inefficacité dans le travail. Face à une situation de travail vécue comme difficile, conduisant à des échecs, l'individu exprime un sentiment d'impuissance, une perte de confiance en soi et aboutit à une dévalorisation de ses compétences et de ses résultats.

2.1.2 Facteurs à l'origine des risques psychosociaux

Le rapport Gollac (8) sert de référence pour la définition des facteurs de RPS par les acteurs du monde du travail. Il préconise l'évaluation des facteurs suivants :

- intensité du travail et temps de travail (exigences temporelles) ;
- exigences émotionnelles ;
- manque d'autonomie ;
- rapports sociaux ou relations de travail dégradés ;
- conflits de valeurs ;
- insécurité de la situation de travail.

Certains de ces facteurs de risque ne peuvent pas être transposés au cas des dirigeants d'entreprise et travailleurs indépendants (indépendant signifie ne travaillant pas pour un employeur).

Olivier Torrès, fondateur du premier observatoire national de la santé des dirigeants de TPE-PME, et Thomas Lechat, chercheur en entrepreneuriat, ont dressé une liste de facteurs de risque, par le biais d'une étude réalisée sur une population de 357 propriétaires-dirigeants de TPE et PME (4) (15). Les auteurs qualifient ceux-ci de « stresseurs évènementiels de l'activité du dirigeant ». Au nombre de 30, ils sont répartis en quatre classes, selon leur intensité (ressentie par rapport au stress associé) et leur fréquence :

- la classe A (appelée la « pérennité en péril »), regroupe les stresseurs les moins fréquents : **dépôt de bilan, procédures judiciaires, conflits avec associé(s)/actionnaire(s), maladie grave d'un salarié, départ d'un associé/d'un investisseur, décès d'une partie prenante de l'entreprise, problème de sécurité** ;

- la classe B (« l'enfer du devoir entrepreneurial ») est constituée par les stresseurs les plus intenses : **problème de trésorerie, baisse de l'activité commerciale, mauvais résultats annuels, surcharge de travail du dirigeant** ;

- la classe C (« la résignation patronale intériorisée ») comprend les stresseurs les moins intenses **: conflit avec un fournisseur, revendications du personnel, démission d'un salarié, manque de reconnaissance sociale de la part du dirigeant** ;

- la classe D (« le poids des pressions managériales »), inclue le plus grand nombre de stresseurs, moyennement intenses et fréquents, et pouvant être quotidiens : **conflits avec des salariés, licenciement d'un salarié, pression fiscale, erreur/échec stratégique, impayés, problèmes de santé du dirigeant, problème de qualité, difficultés avec l'administration, partie prenante de l'entreprise en difficulté, pression de la concurrence, panne/casse de matériel, perte d'un client, conflit avec un client, contrôle des autorités, absence de personnel**.

Torrès et Lechat soulignent néanmoins la possibilité pour certains stresseurs de cette liste d'être considérés par les dirigeants comme des évènements positifs. C'est le cas de la pression de la concurrence ou de la surcharge de travail, qui sont parfois vécues comme des défis.

Selon les auteurs, cette analyse permet de mettre en lumière la particularité des RPS du dirigeant non-salarié en comparaison avec ceux du salarié. Ces derniers sont davantage liés au lien de subordination (par exemple manque d'autonomie, de reconnaissance, conflits relationnels avec la hiérarchie, injonctions contradictoires qui ont des conséquences sur l'organisation de travail). Il apparaît que les RPS du dirigeant non-salarié sont principalement générés par le lien patrimonial qui l'unit à son entreprise (risques liés au dépôt de bilan, aux problèmes de trésorerie, à la pression fiscale, au départ d'un salarié) (4).

2.1.3 Conséquences des risques psychosociaux

2.1.3.1 Conséquences sur la santé

Les mécanismes physiologiques du stress ont été étudiés par Hans Seyle, endocrinologue canadien (16). Il décrit le syndrome général d'adaptation (17) (18), regroupant trois phases que traverse l'organisme humain en réponse à un évènement stressant : alarme, résistance et épuisement. Lors de la phase d'alarme, une libération de catécholamines (dont l'adrénaline), entraîne la sollicitation de certains organes comme le cœur, le cerveau et les muscles, avec des conséquences hémodynamiques (augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et de la température corporelle…) préparant l'organisme à fuir ou à combattre. S'ensuit la phase de résistance, lors de laquelle une sécrétion de glucocorticoïdes permet l'augmentation du taux de sucre dans le sang à destination des muscles, du cœur et du cerveau. Si le facteur de stress est suffisamment grave ou s'il s'intensifie, les mécanismes d'adaptation de l'organisme sont dépassés et celui-ci entre dans une phase d'épuisement.

Un état de stress chronique peut avoir des conséquences sur la santé psychologique, mais aussi sur la santé physique. Il entraîne l'apparition de conséquences multiples (18) :
- physiques : douleurs variables, sensation d'essoufflement ou d'oppression, troubles du sommeil, digestifs ou de l'appétit … ;
- émotionnelles : nervosité, angoisse, tristesse... ;
- comportementales : troubles de la concentration, difficultés à prendre des décisions, agressivité, repli sur soi… ;
- addictives : apparition ou augmentation d'une prise de toxiques (tabac, alcool, drogues) voire de médicaments psychotropes.

Une situation de stress qui persiste peut être à l'origine de divers symptômes et pathologies :

- syndrome métabolique associant hypertension artérielle, obésité abdominale, hypertriglycéridémie, taux de HDL-cholestérol bas (High-density lipoprotein-cholestérol) et résistance à l'insuline ;
- maladies cardiovasculaires ;
- troubles musculosquelettiques (TMS) ;
- anxiété et dépression.

Un état de stress professionnel chronique chez une personne dont les mécanismes d'adaptation sont dépassés peut aboutir à l'épuisement professionnel. Un état de détresse psychologique sévère peut également mener au suicide.

En ce qui concerne les TMS, ils sont souvent décrits comme étant multifactoriels : exigences physiques liées à des situations de travail précises (gestes répétitifs, port de charges lourdes, contraintes posturales…) mais aussi facteurs psychosociaux (tels qu'un manque de soutien social ou une forte demande de productivité).

2.1.3.2 Accident du travail et maladie professionnelle

Lorsqu'une situation de travail entraine l'apparition de RPS susceptibles de provoquer par la suite une altération brutale de l'état de santé du salarié, une déclaration d'accident du travail (AT) est possible. C'est le cas par exemple de l'état de stress aigu après un conflit avec un collègue ou de la tentative de suicide sur le lieu de travail.
Les RPS n'ont pas fait l'objet d'une inscription au tableau des maladies professionnelles (MP). Une demande de reconnaissance en maladie d'origine professionnelle par recours aux Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) est rendue possible par la législation depuis 2015 (19) pour les pathologies suivantes : trouble dépressif, trouble anxieux généralisé et syndrome de stress post-traumatique (20) .

Les travailleurs non-salariés peuvent s'assurer volontairement auprès des caisses primaires d'assurance maladie et ainsi bénéficier des prestations légales relatives aux AT/MP. Malgré cette assurance, ils ne peuvent néanmoins pas percevoir les indemnités journalières liées à ces derniers (21).

2.1.3.3 Impact sur l'entreprise

Les RPS entrainent des conséquences pour la santé de l'individu mais aussi pour l'entreprise, parmi lesquelles on peut mentionner les incidents au cours des tâches ou des activités dus à une diminution de la vigilance (pouvant avoir des conséquences parfois graves), les situations de RPS reconnues en accident de travail ou en maladie à caractère professionnel, les situations d'inaptitude médicale (conséquences financières), le turn-over, l'absentéisme ou la dégradation du climat social.

Dans une petite entreprise, si c'est le dirigeant qui est en souffrance, l'impact sur celle-ci en sera d'autant plus fort. La capacité pour un dirigeant à se mettre en arrêt de travail pour maladie dépendra de ses ressources, notamment humaines : présence d'un associé, possibilité de délégation des responsabilités à un collaborateur de confiance. Le présentéisme est aussi délétère que l'absentéisme et peut entraîner une baisse de la productivité, des erreurs dans la réalisation des tâches, une diminution de la créativité dans le travail ou une altération des relations sociales (avec les salariés mais aussi les clients, partenaires…) à l'origine d'une altération de l'image de l'entreprise.

2.1.4 Prévention des risques psychosociaux

Les RPS occupent aujourd'hui une place importante parmi les missions des acteurs de la santé au travail.
Les situations de RPS dans le cadre d'une inaptitude médicale à un poste sont de plus en plus répandues. La prévention de ces risques, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, apparaît donc cruciale.

Comme le soulignent Céline Czuba et Paul Frimat (22), la loi de modernisation de la médecine du travail du 20 juillet 2011 redéfinit le cadre des missions des SST et met en avant la prévention de la santé mentale et psychique des travailleurs (23). La pluridisciplinarité revêt au sein de ces services une importance certaine, le médecin du travail animant et coordonnant une équipe qui peut être notamment complétée par des psychologues du travail.

La prévention des RPS consiste tout d'abord à éviter l'apparition des facteurs à leur origine ou, s'ils sont déjà présents, à les réduire : il s'agit de dépister les signaux collectifs et

individuels de souffrance au travail. Dans le cadre de la prévention tertiaire, l'accompagnement et les démarches favorisant le maintien dans l'emploi sont mis en œuvre.
Ces moyens passent par l'information et la formation de l'employeur, des travailleurs et de leurs représentants. Ceux-ci ont à leur disposition de nombreux outils les aidant à repérer, évaluer et prévenir des RPS (INRS, ARACT…), et peuvent également demander l'intervention des équipes pluridisciplinaires de santé au travail. Les outils utilisés, notamment la mise en place de groupes de travail, ont pour objectif de permettre l'amélioration des conditions de travail, la communication et le dialogue.

Actuellement, l'organisation de la prévention des RPS pour les employeurs non-salariés au sein d'entreprises et structures privées n'est cependant pas prévue dans le système de santé au travail.

- **<u>Outils d'évaluation des RPS</u>**

De même que pour le suivi médico-professionnel, la majorité des outils et questionnaires d'évaluation des risques psychosociaux utilisés pour les salariés ne conviennent pas pour les chefs d'entreprise. Parmi les questionnaires existants, nous pouvons mentionner :
- le questionnaire de Karasek, qui explore trois axes : la demande psychologique (aspects quantitatifs et qualitatifs de la charge psychologique de travail), la latitude décisionnelle et le soutien social au travail. Le modèle de Karasek est largement utilisé pour évaluer les facteurs psychosociaux dans le cadre qui nous occupe. Des études utilisant ce modèle – dont l'enquête de santé Sumer 2003 (24) – ont permis de rassembler des données sur les facteurs de risques psychosociaux au travail dans la population française. De cette enquête prenant également en compte le cas des dirigeants d'entreprise, il ressort que ces derniers supportent une demande psychologique très forte tout en détenant une latitude décisionnelle elle aussi très élevée (25) ;

- le questionnaire dit de SIEGRIST : il s'agit d'une évaluation du déséquilibre « efforts-récompenses » (qui caractérise le rapport entre les efforts fournis par l'individu afin d'effectuer son travail et la reconnaissance reçue en retour). Il a pour objectif de prédire l'apparition de RPS et leurs conséquences médicales ;

- le dispositif Évolutions et Relations en Santé au Travail (EVREST) : ce questionnaire est rempli conjointement par les salariés et le médecin du travail au moment de la consultation périodique de suivi médico-professionnel. Il permet de recueillir des informations sur les

conditions de travail et des données individuelles de santé, notamment sur le plan neuropsychique. Le dispositif prévoit également un EVREST entreprise qui permet une analyse de données de santé « collective » (26).

Certains questionnaires peuvent néanmoins être adaptés à la situation du chef d'entreprise :
- le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) : il s'agit du questionnaire le plus utilisé par les professionnels de santé au travail dans l'évaluation de l'épuisement professionnel, composé de 22 items, explorant les trois dimensions citées précédemment – l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel. Initialement, les personnes exerçant un métier dans le domaine de l'aide ou des services (MBI-HSS pour *Human Services Survey*) constituaient le public cible de cet outil. Le test a ensuite été décliné pour les autres professions (MBI-GS pour *General Survey*) et les éducateurs (MBI-ES pour *Educators Survey*). Seul le MBI-HSS existe en version française (27) (28) ;

- le *Burnout Measure* de Pines, qui évalue le degré d'épuisement physique, mental et émotionnel (ce dernier correspondant au sentiment de ne plus être capable de répondre convenablement aux sollicitations provenant de son environnement social). Il est composé de 21 items. Une version courte, adaptée en français, comporte 10 items (29).

D'autres mesures d'évaluation collective existent, comme par exemple l'outil « RPS-DU » réalisé sur la base du rapport Gollac et qui sert à identifier les facteurs de risques psychosociaux au travail présents au sein de l'entreprise et à les intégrer dans le Document Unique. De même, l'outil « RPS : faire le point », adapté aux entreprises de moins de 50 salariés, permet de repérer la présence de ce type de risque.

- **<u>Plan Régional Santé au Travail</u>**

Les Plans Régionaux Santé au Travail (PRST) sont pilotés par les Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE), ces dernières travaillant en collaboration avec de multiples acteurs qui œuvrent à la prévention des risques dans le monde du travail : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail, Agence Régionale de Santé, Directions Régionales de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement, Mutualité

Sociale Agricole, Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics, partenaires sociaux ou membres des SST interentreprises. Le PRST 3 (2016-2020) a pour objectifs :

- la prévention primaire et le développement d'une culture de prévention ;
- l'amélioration de la qualité de vie au travail, la valorisation du maintien dans l'emploi et de la performance économique et sociale des entreprises ;
- le renforcement du dialogue social et l'accompagnement des acteurs de prévention des risques professionnels en entreprise en priorisant les PME-TPE.

La prévention des risques psychosociaux fait partie des actions du PRST 3 (2016-2020) Nouvelle-Aquitaine, au sein duquel elle apparait comme mission prioritaire. Le groupe de travail pluridisciplinaire responsable de cette action a pour objectifs d'« informer, sensibiliser et outiller » les personnes concernées par la prévention des RPS (fiche action RPS du PRST3 en Nouvelle-Aquitaine, annexe 1).

2.2 CONTEXTE JURIDIQUE

2.2.1 Protection de la santé mentale des travailleurs

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (30) met pour la première fois en avant l'importance de la prévention des risques professionnels pouvant porter atteinte à la santé mentale des travailleurs. L'obligation pour l'employeur de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer la protection de la santé mentale de ses collaborateurs est ainsi introduite, celle-ci étant détaillée dans les articles L 4121-1 à 5 du code du travail (31).
Rassemblées sous le terme de *santé mentale*, ces dispositions règlementaires générales visent en priorité la prévention des RPS.

L'employeur doit ainsi s'assurer en permanence que les conditions de travail dans lesquels évolue chacun de ses collaborateurs ne sont pas susceptibles de porter atteinte à leur sécurité ni à leur santé physique et mentale.

Face à ses responsabilités, l'employeur est aidé par les SST. Le salarié est également mis à contribution. Selon l'article L 4122-1 du code du travail : « […] il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et

de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail. […] Les dispositions du premier alinéa sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur. » (32)

2.2.2 Législation portant sur le stress au travail

Un accord national interprofessionnel a été signé le 2 juillet 2008 par les partenaires sociaux français et a pour but de définir un cadre et des principes visant à prévenir le stress en entreprise (33). D'après cet accord, l'employeur doit mettre en place diverses mesures afin de « prévenir, éliminer ou à défaut réduire » les facteurs de stress au travail. L'application de cet accord a été rendue obligatoire en France par arrêté ministériel le 23 avril 2009 (34).

Pour résumer, l'employeur est responsable de la sécurité et de la santé mentale de ses collaborateurs. Il doit être sensibilisé à la prévention du risque psychosocial en ce qui concerne l'organisation du travail, les conditions de travail, le management et les relations interprofessionnelles. Il doit être vigilant quant à la présence de facteurs de risque. Il est tenu de détecter ces derniers, les évaluer et s'ils sont présents, il doit mettre en œuvre tous les moyens nécessaires afin de les éliminer ou au moins de les réduire. Il doit enfin s'informer lui-même et former les travailleurs : il est en effet indispensable qu'un salarié dans l'exercice de ses fonctions se sente en sécurité et protégé.
Le cadre juridique de l'emploi de salariés peut ainsi engendrer une pression psychologique chez le chef d'entreprise et constituer pour lui un facteur de risque psychosocial.

La prévention des risques concernant la santé mentale de l'employeur lui-même n'est encadrée par aucune réglementation. Au sein d'une TPE, les mesures de prévention collective des risques professionnels mises en place par l'employeur lui servent également, mais celui-ci est seul à décider s'il applique ces actions préventives pour sa propre personne.

2.3 DIRIGEANT D'UNE PETITE ENTREPRISE

2.3.1 TPE et PME

Les TPE (également appelées micro entreprises) et les PME sont définies par l'article 3 du décret n° 2008-1354 du 18 décembre 2008 :

« La catégorie des micro entreprises est constituée des entreprises qui :

- d'une part occupent moins de 10 personnes ;
- d'autre part ont un chiffre d'affaires annuel ou un total de bilan n'excédant pas 2 millions d'euros.

La catégorie des petites et moyennes entreprises (PME) est constituée des entreprises qui :

- d'une part occupent moins de 250 personnes ;
- d'autre part ont un chiffre d'affaires annuel n'excédant pas 50 millions d'euros ou un total de bilan n'excédant pas 43 millions d'euros. » (35)

2.3.2 Entreprises artisanales

L'article 19 de la loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 indique que « relèvent du secteur de l'artisanat les personnes […] qui n'emploient pas plus de dix salariés et qui exercent à titre principal ou secondaire une activité professionnelle indépendante de production, de transformation, de réparation ou de prestation de services figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'État […] » (36).

La loi prévoit néanmoins pour les entreprises dépassant le seuil des 10 salariés de garder l'appellation « artisanale » grâce à un « droit de suite », accessible sous certaines conditions précisées juridiquement.

L'artisanat est réparti en quatre secteurs : l'alimentation, le bâtiment, la fabrication et les services. Les annexes du décret n°98-247 du 2 avril 1998 relatif à la qualification artisanale et au répertoire des métiers listent les activités relevant de chaque secteur.

Dans le cadre de notre enquête, nous avons ciblé les artisans du bâtiment employant un maximum de 10 salariés.

2.3.3 Artisanat du bâtiment

Les activités relevant de l'artisanat du bâtiment sont énumérées ainsi dans le décret mentionné ci-dessus :

- « Orpaillage,
- Autres industries extractives,
- Activités de soutien aux autres industries extractives,
- Incinération des déchets non dangereux et production de cendres et scories associées,
- Désamiantage, enlèvement des peintures à base de plomb,
- Construction de bâtiments résidentiels et non résidentiels,
- Génie civil (sauf promotion immobilière de lotissements fonciers viabilisés),
- Travaux de construction spécialisés,
- Installation de systèmes d'alarme et activités associées de surveillance. » (37)

L'artisanat demeure sur le plan statistique le premier employeur de France. En 2016, on dénombre dans le secteur du bâtiment un effectif de 1 052 821 salariés dont 60% sont employés dans des entreprises de moins de 20 salariés. Au 1er janvier 2015, le nombre total d'entreprises du bâtiment au niveau national est de 559 139 dont :
- 69 % n'ont pas de salarié ;
- 27 % comptent 1 à 9 salariés ;
- 3 % comptent 10 à 19 salariés ;
- 2 % comptent 20 salariés ou plus (38).

L'effectif des artisans-dirigeants est supérieur au nombre d'entreprises artisanales en raison des possibilités d'association dans une même entreprise. Pour l'ex région Poitou-Charentes par exemple, l'effectif des chefs d'entreprises artisanales du bâtiment (au 31 décembre 2014) est de 15079 pour 14307 entreprises (39).

2.4 PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DES DIRIGEANTS EN FRANCE

2.4.1 Sécurité Sociale pour les indépendants

L'organisme de prévoyance sociale pour les travailleurs indépendants, artisans, commerçants et professions libérales (anciennement Régime Social des Indépendants – RSI) propose un programme de prévention des risques professionnels intitulé « Prévention Pro Indépendants ». Il consiste en :

- une consultation dédiée au médico-professionnel avec le médecin traitant, prise en charge à 100 %, pour laquelle l'assuré reçoit un courrier préalable l'invitant à prendre un rendez-vous de consultation et comprenant un questionnaire de santé à remettre au médecin ;
- des conseils et gestes de prévention concernant les risques professionnels adaptés à chaque métier ;
- un accompagnement spécifique en cas de besoin ou de difficultés, par le biais de l'action sanitaire et sociale de la Sécurité sociale pour les indépendants (comprenant notamment une aide pécuniaire).

Depuis le 1er janvier 2018, le RSI est progressivement supprimé et la protection sociale des travailleurs indépendants devient désormais assurée par le régime général de la Sécurité Sociale (ce changement s'étalant sur une période de deux ans). Le maintien du programme Prévention Pro Indépendants n'est pas précisé dans les informations disponibles à propos de cette migration.

2.4.2 Mutualité Sociale Agricole[1]

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) est l'organisme de Sécurité Sociale attachée à la population agricole et ses ayants-droits. Elle gère les Services de santé au travail en agriculture (SSA) qui ont pour mission la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail des adhérents, qu'ils soient salariés, exploitants ou chefs d'entreprise. On recense 35 agences de la MSA réparties sur l'ensemble du territoire français.
Au sein des SSA, les équipes pluridisciplinaires de santé au travail travaillent en collaboration permanente avec le service d'action sanitaire et sociale et les conseillers en prévention des risques professionnels (psychologues, ergonomes, préventeurs de terrain, etc.). Elles s'organisent sous la forme d'un guichet unique, facilitant ainsi la pluridisciplinarité et la communication entre les différents professionnels.

Les travailleurs non-salariés exploitants et employeurs ont la possibilité de bénéficier du suivi médico-professionnel commun aux salariés, sous couvert d'une cotisation supplémentaire.

[1] Des données de cette partie ont été recueillies auprès du Docteur Jean-Philippe DECOURT, médecin du travail chef du service de la MSA Poitou, qui a accepté avec gentillesse de répondre à nos questions (entretien téléphonique le 19 octobre 2018).

En pratique, rares sont les employeurs qui cotisent volontairement. Un point médical sans avis d'aptitude est néanmoins souvent réalisé dans certaines situations telles que :
- un questionnement sur les possibilités de maintien dans l'emploi, dans le cadre duquel les travailleurs non-salariés peuvent être adressés par les préventeurs du service ou par Cap emploi (regroupement des organismes de placement spécialisés Cap emploi et Sameth – Service d'appui et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés) ;
- la nécessité d'une évaluation médico-professionnelle ; ils sont alors adressés par le médecin conseil.

La prévention des RPS des travailleurs agricoles revêt une grande importance. Des études font état d'un nombre élevé de suicides dans ce milieu (40), en lien avec un environnement de travail à risque. Le Plan Santé Sécurité au Travail (PSST) 2016-2020 prévoit :
- Des « actions de sensibilisation des chefs d'entreprise, de l'encadrement, des représentants des entreprises à l'aide d'actions collectives : séminaires dirigeants, cercles des managers, … » (action 1 de la fiche n°4) ;
- Des actions ciblées auprès des exploitants pour la prévention des RPS (action 2 de la fiche n°4). Le PSST souligne en effet qu'une « étude ergonomique de l'activité d'exploitants agricoles a notamment mis en évidence qu'être exploitant agricole c'est exercer à la fois le métier de dirigeant d'entreprise, de cadre/ingénieur et d'opérateur/ouvrier. Cette spécificité crée un terrain favorable aux RPS […]. C'est ainsi que la ''santé'' de l'entreprise agricole repose uniquement sur la santé de l'exploitant, d'où la nécessité de la préserver au maximum. » (41)
On relève notamment dans le cas de la MSA Poitou un fort taux de participation des employeurs et exploitants lors de ces actions de sensibilisation organisées par les préventeurs du service.

De plus, le service d'action sanitaire et social de la MSA offre aux agriculteurs et salariés agricoles en situation d'épuisement professionnel l'accès à un dispositif d'aide au répit. Celui-ci comprend des aides financières (notamment pour un temps alloué aux loisirs ou un départ en vacances), des aides au remplacement lors de la nécessité d'un arrêt de travail, mais aussi des aides aux démarches administratives. Le service d'action sanitaire et social peut aussi être alerté par le service contentieux au sujet d'une personne en difficulté.

2.4.3 Observatoire AMAROK

L'observatoire Amarok est une association créée en 2009 par Olivier Torrès (professeur en Sciences de Gestion à l'université de Montpellier) et dédiée à la santé physique et mentale des travailleurs non-salariés (dirigeants de PME, commerçants, artisans et professions libérales).

Voué à la recherche scientifique, il rassemble de nombreux chercheurs qui étudient les liens entre l'entrepreneuriat et la santé du dirigeant. Bon nombre d'études sur la santé des dirigeants de PME ont été menées grâce à Amarok et à ses partenaires. Les travaux ayant fait l'objet de publications ont abordé divers sujets de santé et leur impact sur l'entreprise : la situation de handicap, les troubles du sommeil, les pratiques alimentaires, les risques psychosociaux, l'état de stress post-traumatique, la mortalité et la morbidité du dirigeant (42).

L'observatoire a également mis en place plusieurs dispositifs d'aide aux travailleurs non-salariés, parmi lesquels :
- La Cellule de Coordination et d'Accompagnement (CCA SANTÉ), destinée aux personnes victimes d'un évènement traumatique tel qu'une agression ou un braquage : celles-ci ont la possibilité d'appeler un numéro dédié qui leur permet d'être écoutées et orientées vers une prise en charge psychologique adaptée. Cette action est réalisée grâce à un partenariat avec différents psychologues, les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique, le RSI et des organisations professionnelles (CMA notamment).
- Le pack prévention et assistance Amarok, qui comprend des actions de prévention (formation et mise en valeur des bonnes pratiques) et d'assistance (plateforme d'écoute par un psychologue du travail pour les dirigeants en souffrance).

Des évènements sont également menés par Amarok et ont pour but de sensibiliser les acteurs du monde du travail sur la santé des chefs d'entreprise. L'observatoire organise aussi des séminaires à destination des dirigeants, ayant pour thème la gestion du sommeil, celle du stress ou la prévention du risque d'épuisement professionnel.

2.4.4 APESA France[2]

L'abréviation APESA correspond à « Aide Psychologique pour les Entrepreneurs en Souffrance Psychologique Aiguë ». Fondé en 2013 par Marc Binnié (greffier au Tribunal de Commerce de Saintes) et par Jean-Luc Douillard (psychologue clinicien), ce dispositif gratuit de soutien psychologique est destiné au chef d'entreprise justiciable et a comme objectif de l'aider à surmonter l'épreuve du tribunal de commerce.

Le dispositif se déroule selon les étapes suivantes :

- Des professionnels des tribunaux (mandataires, greffiers, juges ou président) sont formés à la méthode APESA, devenant ainsi ce qu'on appelle des « sentinelles » ;

- Face à un chef d'entreprise dont l'état psychologique est altéré, la sentinelle pose à ce dernier la question clef suivante : « Acceptez-vous d'être aidé ? » ;

- D'après la réponse donnée à cette question, une fiche alerte est remplie par le professionnel déclenchant l'alerte et par le chef d'entreprise en grande souffrance (voire en risque suicidaire), ou par l'un de ses proches ;

- La fiche alerte est adressée à un coordinateur chargé d'effectuer un état des lieux précis de la gravité de la situation en contactant le chef d'entreprise par téléphone dans un délai maximum de 24 heures ;

- Cinq séances gratuites avec un psychologue sont proposées au dirigeant. Le psychologue faisant partie du réseau APESA, c'est lui qui prend contact avec la personne en détresse.

Les cinq séances suffisent le plus souvent et si la poursuite du suivi s'avère nécessaire, le chef d'entreprise peut être orienté vers une consultation spécialisée. Dans la pratique, on constate que la plupart des dirigeants concernés ont entamé un suivi psychiatrique ou psychologique spécialisé en amont de la prise en charge par le dispositif APESA.

[2] Des données de cette partie ont été recueillies auprès de Monsieur Marc Binnié, cofondateur d'APESA, qui a accepté avec gentillesse de répondre à nos questions (entretien téléphonique le 5 juillet 2018).

2.4.5 Organisations représentatives de l'artisanat du bâtiment

Étant donné que notre enquête autour de la santé des dirigeants porte sur une population d'artisans du bâtiment, on s'intéressera ici spécifiquement aux organismes représentatifs de cette population.

2.4.5.1 Chambres des Métiers et de l'Artisanat

Les Chambres des Métiers et de l'Artisanat (CMA) sont des établissements publics gérés par des chefs d'entreprises artisanales et chargés de représenter les intérêts généraux de l'artisanat, d'accompagner les entreprises ainsi que de former aux métiers de l'artisanat à travers la gestion de Centres de Formation des Apprentis.
Le réseau des CMA est constitué de 93 établissements publics administratifs d'État :

- 1 établissement national : l'Assemblée permanente des chambres de Métiers et de l'Artisanat ;
- 13 établissements d'échelon régional dans l'hexagone et 5 se trouvant outre-mer ;
- 75 établissements d'échelon départemental (43).

En ce qui concerne les risques psychosociaux, les CMA détiennent un rôle d'écoute, de conseil dans la gestion des ressources humaines de l'entreprise et sur le plan juridique. Elles organisent des formations à destination des entrepreneurs au sujet de la gestion du stress, du temps et de l'optimisation de l'organisation de travail, la gestion et l'animation d'une équipe ou des formations pour l'intégration des RPS dans l'élaboration du Document Unique (document d'évaluation des risques professionnels, obligatoire dans chaque entreprise).
Les CMA dirigent également des enquêtes sur les RPS et plus généralement sur la santé des dirigeants d'entreprises artisanales (travaux sur lesquels nous reviendrons plus en détail).

2.4.5.2 Organisations professionnelles et syndicales

- **<u>Fédération Française du Bâtiment</u>**

La Fédération Française du Bâtiment (FFB) est une organisation professionnelle qui assiste les artisans et défend leurs intérêts notamment auprès des pouvoirs publics. Elle cherche également à promouvoir l'image de la profession.

Une antenne de la FFB est présente dans chaque département et chaque région. Certaines travaillent en collaboration avec l'observatoire Amarok afin de contribuer aux recherches portant sur la santé des dirigeants.

Dans certains départements, les antennes de la FFB ont instauré des mesures de soutien et d'aide aux dirigeants. Depuis le 22 juillet 2014, la FFB de la Vienne (FFB 86) a mis en œuvre un dispositif d'accompagnement des entrepreneurs en souffrance psychologique[3] (annexe 2). Ce dispositif a pour objectif de :

- « proposer un appui, une écoute à tout entrepreneur lors d'une difficulté ponctuelle, dans un but de prévention,
- détecter les entrepreneurs en situation de fragilité,
- éviter les drames (cessation d'activité, suicide…) »

Les moyens proposés pour la mise en œuvre de ce dispositif sont :

- la formation de tous les salariés de la FFB86 à la détection des entrepreneurs en souffrance et à leur orientation ;
- la mise en place de partenariats externes offrant une écoute 24h/24 pour les situations d'urgence en toute confidentialité et un point d'écoute sur un temps hebdomadaire défini ;
- la création d'un partenariat avec Olivier Torrès visant à l'accompagnement à distance de 15 entrepreneurs en difficulté.

Depuis le démarrage du dispositif, tous les salariés de la FFB 86 ont été formés. Plusieurs entrepreneurs ont bénéficié d'un accompagnement individualisé, dans un but qui n'est « ni médical, ni technique », mais consistant en une « écoute active, empathique et bienveillante », qui plus est de manière anonyme. Des ateliers de pratique professionnelle ont été mis en place, consistant en une formation ayant pour but d'aider les entrepreneurs à atteindre un équilibre entre les sphères professionnelle, familiale, sociale et personnelle. Enfin, quelques entretiens individualisés avec une équipe de psychologues ont eu lieu.

- **<u>Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment</u>**

De nombreuses antennes de la Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment (CAPEB) se répartissent sur le territoire français à l'échelon départemental, régional et national.

[3] Les informations sur le dispositif d'accompagnement des entrepreneurs en difficulté psychologique nous ont été transmises directement par les FFB86 et FFB17, disponibles en annexe 2.

Au niveau régional, celles-ci ont pour objectif de représenter, défendre et promouvoir les intérêts des entreprises artisanales. Au niveau départemental, elles assurent la fonction d'accompagnement et de conseil à leurs adhérents.

La CAPEB n'intervient pas directement sur le sujet des RPS. Ses professionnels sont néanmoins des interlocuteurs pour les chefs d'entreprise et peuvent assumer un rôle d'écoute face à une personne en difficulté. Ils travaillent en partenariat avec d'autres organismes, relayant des plaquettes d'information et d'aide à la prévention des risques psychiques des salariés ou diffusant des enquêtes de santé à destination des entrepreneurs.

2.5 REVUE DE LITTÉRATURE

2.5.1 Le statut de dirigeant : différences culturelles

En raison de la diversité des cultures, la fonction de chef d'entreprise est vécue de manière différente d'un pays à l'autre. Dans un des chapitres de l'ouvrage *Voyage au cœur de la dirigeance* (44), ce rôle est comparé entre plusieurs pays. Aux États-Unis, les notions de hiérarchie et de subordination sont prédominantes. Aux Pays-Bas et en Suède, on constate plutôt une attitude conciliante entre pairs. Pour ce qui est de la France, l'auteur spécifie que le « rôle de supérieur français ne peut être tenu par n'importe qui ». En d'autres termes, la position de chef correspond à une certaine stature. Un dirigeant doit être « à la hauteur de la grandeur de sa tâche ».

La mentalité française rejoint l'idée que pour tenir le rôle de chef d'entreprise, il faut posséder des traits de personnalité particuliers. Une étude a analysé la propension entrepreneuriale des étudiants d'une université portugaise (45) : il apparaît dans cet échantillon que celle-ci dépendait de facteurs ou déterminants sociaux personnels (tels que le genre masculin ou le niveau d'expérience dans la gestion) et de facteurs externes (comme le parcours de formation ou la présence d'entrepreneurs dans la famille). L'aversion pour le risque diminuait par contre la propension à devenir entrepreneur.
Une étude à échelle européenne a mis en évidence que dans les pays où le travail indépendant était perçu de manière positive (mentalité plus avantageuse, facilité de travail à son compte),

les indépendants présentaient des scores de bien-être mental auto-évalué plus élevés que dans les autres pays (46).

Malgré ces distinctions, la santé du chef d'entreprise (particulièrement sur le plan mental) suscite de l'attention dans plusieurs pays.

2.5.2 Santé des dirigeants et conséquences sur l'entreprise

En Suède, une enquête sur la santé et les conditions de travail des entrepreneurs de petites entreprises, en comparaison avec des salariés, a montré que les chefs d'entreprise masculins signalaient davantage de problèmes de santé générale que les autres populations étudiées, et plus de TMS et d'altération de la santé mentale que les employés du même sexe (47). La satisfaction au travail était médiocre, aussi bien chez les entrepreneurs que chez les employés. Pour finir, la majorité des entrepreneurs de l'échantillon ont signalé un important volume horaire de travail qui était associé à une atteinte de la santé mentale.

Certains travaux ont mis en évidence un lien entre la santé du dirigeant et celle de l'entreprise. Dans le cadre d'une étude menée **en Afrique du Sud** (48), les auteurs ont souligné la corrélation existant entre la mauvaise santé d'un échantillon de propriétaires de micro entreprises (jusqu'à 5 employés) et de petites entreprises (jusqu'à 100 salariés), et la fermeture de ces dernières. Les résultats se limitant à l'échantillon étudié et celui-ci étant petit, ils ne pouvaient néanmoins pas être généralisés.

De même, une étude **australienne** (49) réalisée à partir d'un échantillon de propriétaires dirigeants de PME (moins de 200 salariés) a montré que 36,9 % d'entre eux ont signalé des signes de détresse psychologique (ces chiffres étant supérieurs à ceux de la population générale) ; 38,8 % de ceux-ci relataient un absentéisme et 82,5 % ont indiqué avoir fait preuve de présentéisme. Ceux qui ont témoigné d'une détresse psychologique et d'un présentéisme ont estimé une baisse de leur productivité à hauteur de 50 %. Les auteurs insistent sur l'importance économique que revêt ce phénomène pour les PME en question et a fortiori pour le pays.

2.5.3 Santé mentale des dirigeants : stress au travail et épuisement professionnel

2.5.3.1 Sur le plan international

Des travaux se sont penchés sur les facteurs de stress rencontrés par les entrepreneurs.

Une étude menée chez des entrepreneurs de PME **malaisiennes** (5) a mis en évidence des sources de stress propres à ces dirigeants, la responsabilité et les valeurs que doivent dégager le chef d'entreprise apparaissant comme les plus importantes. On mentionnait également une concentration trop importante sur le travail ou la volonté trop forte d'acquérir un grand nombre de compétences.

En **Australie**, l'analyse d'un échantillon de travailleurs indépendants a démontré que ceux qui travaillaient avec des salariés subissaient davantage de stress que les autres (50). Les auteurs justifient ce constat par le fait que, chez les employeurs, le *job demand* apparaissait plus élevé que le *job control* – le premier désignant des sources de stress telles que la surcharge de travail et le manque de temps pour effectuer ses tâches, le second équivalant à la latitude décisionnaire et la liberté dans l'organisation du travail.

2.5.3.2 Sur le plan national

Dans sa thèse sur le *burnout* dans l'entrepreneuriat, Yosh Ben Tahar, chercheuse à l'observatoire Amarok, fait ressortir à travers une étude auprès des dirigeants de PME le rôle primordial des demandes psychologiques comme source de l'épuisement professionnel (51). Ces demandes comprennent la surcharge de travail, la pression du temps ainsi que la concentration et la vigilance nécessaires pour effectuer le travail. Les exigences émotionnelles telles que les relations interpersonnelles et le fort engagement dans l'entreprise sont également corrélées au *burnout*. Les demandes psychologiques et les exigences émotionnelles ont en outre un impact sur le conflit travail-famille.

Une étude réalisée par Claude Fernet et al. auprès de dirigeants de TPE et PME en milieu urbain (en dehors du secteur agricole) a mis en évidence que des facteurs de stress au travail liés à la gestion de l'entreprise influençaient positivement la survenue d'épuisement professionnel (52). Cette relation était en lien avec la solitude au travail, modérée par l'orientation entrepreneuriale (définie par les auteurs comme l'esprit d'entreprise c'est-à-dire

d'« innovation, proactivité et prise de risque »). En d'autres termes, la survenue d'épuisement professionnel augmentait avec la présence de solitude au travail et cette augmentation était plus importante en cas d'esprit d'entreprise bas.

Si l'on interroge les conséquences de l'épuisement professionnel, l'ouvrage d'Olivier Torrès souligne (en se référant à Shepherd et al.) que dans un contexte entrepreneurial, on peut mettre en évidence des somatisations telles que la perte d'appétit, les troubles gastro-intestinaux ou les troubles du sommeil engendrant une fatigue chronique (42). Les atteintes à la santé mentale sont caractérisées par une baisse des ressources psychologiques. Le *burnout* peut également entraîner une apparition d'addictions comme celles au tabac, à l'alcool, aux autres drogues ou à la prise de sédatifs.

2.5.4 Santé mentale des dirigeants : des études contradictoires

2.5.4.1 Sur le plan international

Une étude de grande ampleur réalisée dans 23 pays auprès des indépendants (**Europe occidentale, Europe de l'Est, Amérique du Nord, Asie et Océanie**) a démontré que ceux-ci connaissaient dans la quasi-totalité des pays observés une satisfaction professionnelle plus élevée que les salariés, ceci non pour une raison pécuniaire mais parce qu'ils exercent le métier qu'ils aiment (53).

Une étude **allemande** a analysé la santé de deux échantillons d'entrepreneurs et de salariés, appariés du point de vue de la classe professionnelle, du sexe et de l'âge (54). Les résultats ont montré que les entrepreneurs avaient une prévalence de maladies somatiques et mentales plus basse que les employés et exprimaient un bien-être (autoévalué) plus élevé que ces derniers.

2.5.4.2 Sur le plan national

L'observatoire Amarok a livré dans l'ouvrage *La Santé du dirigeant – De la souffrance patronale à l'entrepreneuriat salutaire* (réalisé sous la direction d'Olivier Torrès) quelques résultats d'une étude épidémiologique menée en 2011 et ayant pour objet la santé des

dirigeants de PME en France (42). À travers cette enquête, il apparaît que parmi plus de 500 dirigeants interrogés, 86 % se considéraient comme étant en bonne santé, se classant devant les salariés (71 %) et même les cadres (76 %). Il est à noter que les dirigeants de TPE s'affirmaient en meilleure santé que ceux des entreprises comptant plus de 10 salariés ; 80 à 86 % des dirigeants déclaraient n'avoir jamais ressenti de déprime, ni de sentiment d'isolement, contre 40 % des salariés (l'enquête ayant ciblé les employeurs de plus de 3 salariés, ces résultats sont à interpréter avec prudence). Les dirigeants se déclaraient aussi moins stressés (38,6 % d'entre eux ne se sentent jamais stressés, contre 11 % des salariés). Ils étaient deux fois plus nombreux que les salariés à affirmer qu'il n'existe pas de conflit entre leur travail et leur vie personnelle et familiale. Si l'on compare aux différents travaux ayant été menés auparavant, d'autres critères se trouvent néanmoins confirmés dans cette étude : le manque de prévention vis-à-vis de leur santé, une amplitude horaire élevée, la rareté des vacances ainsi qu'une forte incertitude économique.

Face à ce constat de « bien-être », Torrès et Lechat ont recherché des éléments salutogènes pour le dirigeant à travers une étude sur un échantillon de 357 propriétaires dirigeants de PME en France (42). Ils ont listé 28 « satisfacteurs », parmi lesquels nous pouvons citer la satisfaction de la clientèle, la bonne entente avec les associés, la prise de vacances des dirigeants, la valorisation du travail du dirigeant et les bons résultats annuels.

Dans sa thèse intitulée « Les événements stressants et satisfaisants de l'activité entrepreneuriale et leur impact sur la santé du dirigeant de PME » (55), Lechat démontre que la satisfaction entrepreneuriale améliore la santé mentale, contrairement au stress, qui l'altère.

2.5.5 Revue de littérature à propos de la santé des artisans en France

Une étude menée auprès de **menuisiers français** a montré, en comparaison avec les salariés de l'échantillon, que les indépendants présentaient davantage de pathologies dermatologiques, respiratoires, musculosquelettiques et oto-rhino-laryngologiques (56). Leur audiogramme et leur spirométrie montraient également plus d'anomalies que ceux des salariés (analyses ayant pris en compte l'exposition à la fumée de tabac). Face à une morbidité plus élevée chez les indépendants de leur population incluse (89,3 %) que chez les employés (52,9 %), les auteurs émettent différentes hypothèses étiologiques face à ces différences : manque d'accès à la

médecine préventive ou défaut d'investissement financier par les indépendants dans les équipements de protection.

La **CMA du Rhône** a mené en 2017 une étude sur **la santé et les RPS des chefs d'entreprises artisanales** (57). Elle met en évidence une altération de la santé mentale : 47 % de l'échantillon composé de 385 artisans rapportaient un état d'anxiété et 12 % se disaient en état dépressif. Plusieurs facteurs de risque ressortent de cette étude : un volume horaire de travail élevé, un sentiment de solitude pour la majorité (78 %), des problèmes financiers ainsi qu'une activité menacée (pour la moitié d'entre eux). De plus, presque deux tiers des personnes interrogées (61 %) pensaient que le travail nuisait à leur santé. Face à ces éléments, l'étude démontrait la présence d'un soutien familial et amical et une hygiène de vie relativement correcte avec notamment une absence d'addiction pour 80 % des artisans de l'échantillon.

La **FFB** s'est associée avec l'**observatoire Amarok** afin de réaliser une étude au sujet de **la santé d'un échantillon de 317 dirigeants de PME du bâtiment et travaux publics (BTP)** (58) . Cette étude met en avant un risque fort à très fort d'épuisement professionnel chez 16,3 % d'entre eux, avec une prédominance chez les femmes.
Près du tiers des dirigeants présentaient un inconfort émotionnel élevé que les auteurs décrivaient comme un facteur prédictif de l'affectivité négative (se manifestant par des tensions, de l'hostilité, de la crainte ou de la détresse). Parmi tous les stresseurs mesurés dans l'étude, le *technostress* (induit par les technologies de l'information et de la communication), apparaissait comme le facteur le plus souvent associé aux signes d'épuisement professionnel.
Deux tiers des chefs d'entreprise avaient un engagement fort dans leur travail (décrit dans l'étude comme un facteur protecteur du *burnout*). Cet aspect diffère des résultats de l'étude réalisée par Ben Tahar (citée précédemment) où l'engagement fort dans le travail apparaissait comme prédictif de *burnout* chez l'entrepreneur (51).
En ce qui concerne la prévention, l'étude montre que ce sont les dirigeants exposés au risque d'épuisement professionnel qui sont particulièrement sensibilisés vis-à-vis de l'utilité d'un dispositif d'écoute psychologique.

En raison d'un manque de données disponibles concernant la santé des artisans, l'**Institut de Recherche et d'Innovation sur la Santé et la Sécurité au Travail** (IRIS-ST, dédié aux entreprises artisanales du BTP) réalise une **enquête nationale annuelle sur les conditions de travail et la santé des dirigeants** depuis 2014, nommée « baromètre ARTI SANTÉ BTP »

(59). L'enquête de 2017 a mis en évidence un rythme de travail élevé. Un artisan sur trois s'estimait en mauvaise santé. Le suivi médical des dirigeants se faisait selon une démarche curative plutôt que préventive.
Concernant les RPS, 58 % des artisans se trouvaient stressés voire très stressés, 58 % déclaraient une fatigue importante, 8 % relataient un antécédent de dépression au cours des cinq années précédentes et 8% déclaraient un antécédent de *burnout* (quand 29 % *pensaient* l'avoir déjà vécu). Le sentiment d'isolement dans le travail était, lui, présent chez 35 % des dirigeants. Enfin, la majorité des artisans déclaraient avoir des difficultés à concilier vie professionnelle et vie privée.

Grâce aux travaux de recherche de l'observatoire Amarok, les données ayant pour objet la santé des dirigeants de PME commencent à se multiplier. Les études portant sur la santé des dirigeants de TPE – et plus particulièrement celle des artisans – demeurent néanmoins rares.

2.6 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude est d'étudier la prévalence de l'épuisement professionnel et du stress au travail dans une population d'artisans employeurs au sein de très petites entreprises.
Les objectifs secondaires comprennent :
- l'étude de leurs conditions de travail ;
- l'évaluation de leur état de santé générale et mentale ;
- la recherche de facteurs associés au stress et à l'épuisement professionnel des dirigeants ;
- le recueil de leur avis concernant la mise en place, dans les services de santé au travail, de moyens de prévention des risques psychosociaux adressés aux dirigeants.

3. MATÉRIELS ET MÉTHODE

3.1 SCHÉMA D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, transversale et multicentrique ayant été menée sur une période de 3 mois allant de juillet 2018 à octobre 2018.

3.2 POPULATION ETUDIÉE

En raison de la forte densité d'entreprises artisanales présente dans l'ex-Région Poitou-Charentes, nous avons choisi de concentrer l'enquête sur deux départements et un seul secteur d'activité artisanale.

Le bâtiment est le secteur comptabilisant le plus grand nombre d'entreprises artisanales et reste le premier employeur de l'ex-Région dans le domaine de l'artisanat (37,2 % des salariés). La Charente-Maritime et la Charente sont respectivement les 1er et 3ème départements comptant le plus grand effectif de dirigeants d'entreprise artisanale dans le secteur du bâtiment et le plus grand pourcentage d'établissements employeurs.

Pour ce qui est des chiffres, au 31 décembre 2014 (39) :

- plus de 90 % des établissements artisanaux employeurs de Poitou-Charentes sont des TPE de moins de 11 salariés et emploient 65,5 % de l'effectif salarié ;
- le bâtiment représente 15 079 dirigeants (employeurs ou non) pour 14 307 établissements en Poitou-Charentes;
- en Charente-Maritime, on dénombre 6394 dirigeants œuvrant dans le bâtiment et 6255 entreprises dont 41,6 % d'établissements employeurs;
- on dénombre 3010 dirigeants et 2903 entreprises du bâtiment en Charente dont 19,2 % d'établissements employeurs.

Plus spécifiquement, les données SIRENE® [4] indiquent au 31 décembre 2018 un effectif de 3128 artisans dans le secteur qui nous intéresse, employeurs de moins de 10 salariés, exerçant en Charente et en Charente-Maritime (annexe 3).

[4] Les données statistiques SIRENE® (service de l'Insee fournisseur d'informations sur les établissements et les actifs) nous ont été transmises par le Service d'Etudes-Statistiques-Evaluation de la DIRECCTE Nouvelle-Aquitaine le 01/02/2019.

Les critères d'inclusion suivaient la définition juridique d'un artisan et d'une entreprise artisanale en dehors des « droits de suite », c'est-à-dire :

- Indépendant exerçant une activité de production, de transformation, de réparation ou de prestation de service dans le domaine du bâtiment ;
- Employeur d'un maximum de 10 salariés, hormis les apprentis.

Ces critères excluaient donc les autoentrepreneurs et les employeurs dont l'entreprise dépassait le seuil de 10 salariés.

3.3 RECUEIL DES DONNÉES

L'enquête a consisté en la passation d'un auto-questionnaire anonyme que les artisans remplissaient directement en ligne par le biais du logiciel de sondage Google Forms, l'anonymat des réponses étant garanti par ce dernier.

Un sondage test a été réalisé auprès de 8 employeurs artisans du bâtiment exerçant en Charente, sélectionnés au hasard parmi les entreprises prises en charge par madame le Docteur M. CHARRUE, médecin du travail, directrice de recherche. Ce test s'est déroulé pendant 3 semaines entre le 30 mai et le 20 juin 2018. Deux personnes ont répondu, les résultats et commentaires nous permettant d'améliorer la formulation des questions et d'adapter le questionnaire à la population source de l'étude.

La passation du questionnaire final a été effectuée grâce à la collaboration des organisations représentatives syndicales CAPEB Charente et CAPEB Charente-Maritime, qui ont relayé l'enquête par e-mail à leurs adhérents.

L'e-mail reçu comprenait une présentation de l'étude et un lien hypertexte menant au questionnaire Google Forms (annexe 4).

Le questionnaire était composé de questions qualitatives à réponses uniques nominales et ordinales, de questions qualitatives à réponses multiples et de questions quantitatives (annexe 5). Les données recueillies par le questionnaire étaient les suivantes :

- caractéristiques sociodémographiques : sexe, tranche d'âge et situation familiale ;

- informations relatives à la profession et aux conditions de travail : lieu d'exercice, activité professionnelle (plusieurs réponses par personne étant possibles), nombre de salariés,

ancienneté sur le poste d'entrepreneur artisan du bâtiment, existence du statut de salarié, présence d'un associé, nombre d'heures hebdomadaires travaillées, nombre de semaines de vacances annuelles (congés réellement pris), existence de problèmes financiers dans l'entreprise, crainte d'une cessation d'activité à un an pour des raisons économiques, vécu de situations de tension avec les salariés, fournisseurs et/ou banquiers, sentiment de solitude dans la gestion de l'entreprise ;

- hygiène de vie : consommation de toxiques (tabac, alcool, drogues, psychotropes), existence d'une activité extraprofessionnelle ;

- données de santé : autoévaluation de l'état de santé en général, existence de pathologies dont celles pouvant être liées au stress chronique (plusieurs réponses possibles), ancienneté d'un suivi médical par le médecin traitant, présence de symptômes dépressifs dans les deux semaines précédentes ;

- évaluation du stress perçu lié au travail durant le mois précédent la réponse au questionnaire et du degré d'épuisement professionnel, antécédent de diagnostic de *burnout* ;

- adhésion aux mesures de prévention existantes (participation au programme de prévention Pro Indépendants mis en place par la Sécurité Sociale, participation aux formations et réunions d'informations organisées par les organisations professionnelles et syndicales) et recueil des avis des artisans employeurs sur le suivi médico-professionnel en SST (question à choix multiples comprenant un item qualifié « autre » permettant une réponse qualitative ouverte au sujet d'autres moyens de prévention).

Un champ de commentaires divers permettant aux participants de s'exprimer librement et ne faisant pas partie de l'analyse était proposé à la fin du questionnaire (annexe 6).

3.4 CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Le critère de jugement principal peut être décomposé en deux données :
- présence de stress lié au travail ;
- présence d'épuisement professionnel.

Afin de mesurer le stress professionnel au cours du mois précédent, nous avons utilisé une échelle visuelle analogique (EVA). Cette évaluation subjective du stress ressenti au travail a été basée sur l'EVA élaborée par le Professeur Chamoux de Clermont-Ferrand dans laquelle le sujet est considéré comme stressé pour des valeurs strictement supérieures à 60 mm (60). Le logiciel Google Forms ne permettant pas de proposer une ligne horizontale graduée en millimètres, le participant devait coter son niveau de stress en choisissant un nombre de 0 à 10 sur une ligne horizontale. Afin de ne pas méconnaître les personnes qui coteraient leur stress entre 6 et 7, le seuil de 6 a été retenu.

L'EVA est un outil rapide et simple d'utilisation pour évaluer le stress ressenti au travail. La revue de littérature de Lesage et Chamoux a montré une stabilité de l'outil en l'absence d'évènement intercurrent pouvant induire un stress (61). Néanmoins il n'y a pas de consensus sur le format et l'énoncé de l'instrument dans le cadre de l'évaluation du stress au travail. Les auteurs précisent que d'autres travaux sont nécessaires pour affirmer la sensibilité et la stabilité de l'échelle en cas de survenue d'évènement pouvant faire varier le niveau de stress.

En ce qui concerne l'évaluation du degré d'épuisement professionnel, le *Maslash Burnout Inventory* avait été utilisé lors du sondage test, en remplaçant le terme « patient » par « client ». L'analyse des résultats du test a révélé des incohérences dans les deux réponses reçues (réponse à un item en contradiction avec les autres items). Afin de réduire la longueur du questionnaire (les chefs d'entreprise étant susceptibles d'avoir un emploi du temps chargé) et dans l'objectif d'une meilleure compréhension des questions compte tenu du fait qu'il s'agissait d'un auto-questionnaire, l'instrument d'évaluation de l'épuisement professionnel *Burnout Measure Short version* a été préféré dans le questionnaire final. De plus, cet instrument peut être adapté à diverses catégories professionnelles, en comparaison avec le MBI.

La validation de la version française de l'outil BMS et la vérification de ses qualités psychométriques ont été réalisées (par Lourel, Gueguen et Mouda) (29). Cet instrument est composé de 10 items. Les réponses sont données sur l'échelle de Likert à 7 niveaux : « jamais », « presque jamais », « rarement », « parfois », « souvent », « très souvent » et « toujours ». La moyenne du score obtenu est comprise entre 1 et 7. L'interprétation de ce score est la suivante :

- inférieur ou égal à 2,4 indique un « degré très faible de *burnout* » ;
- compris entre 2,5 et 3,4 indique un « degré faible de *burnout* » ;
- compris entre 3,5 et 4,4 indique la « présence de *burnout* » ;
- compris entre 4,5 et 5,4 indique un « degré élevé d'exposition au *burnout* » ;

- supérieur ou égal à 5,5 indique un « degré très élevé d'exposition au *burnout* nécessitant la mise en œuvre d'un dispositif d'aide ».

Du point de vue des travaux réalisés sur la catégorie de population qui nous intéresse, l'instrument BMS a été utilisé dans l'étude menée par Lechat et Torrès auprès de 357 dirigeants français propriétaires de TPE et PME (15), ayant pour objectif de catégoriser des stresseurs professionnels en associant des évènements négatifs de l'activité du dirigeant avec une échelle d'intensité de stress et une échelle d'épuisement professionnel, en l'occurrence le BMS. Une collecte longitudinale des données a été réalisée (10 sessions), mettant en évidence une bonne consistance interne pour leur échantillon, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,86.
Cet outil a également été utilisé pour évaluer l'épuisement professionnel dans l'étude de Fernet et al. menée auprès de 377 dirigeants de TPE et PME français, en dehors du secteur agricole (52).

3.5 CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES

Les critères de jugement secondaires sont multiples :
- conditions de travail : temps de travail, temps de congés, présence d'un associé, statut de salarié, conflits relationnels, problèmes financiers et crainte d'une fermeture de l'entreprise, sentiment de solitude ;
- facteurs médicaux : hygiène de vie incluant la consommation de toxiques (tabac, alcool et/ou drogues) et de médicaments psychotropes, état de santé générale perçu, pathologies chroniques pouvant être liées au stress, présence de symptômes dépressifs dans les deux semaines précédant l'enquête.
- l'adhésion des artisans aux actions de prévention des risques professionnels et leur avis sur une prévention en SST.

Afin d'appréhender l'existence de symptômes dépressifs, nous avons utilisé l'échelle de mesure de dépression *Patient Health Questionnaire* comprenant 8 questions (PHQ-8). Il s'agit d'un questionnaire évaluant la présence et l'intensité de symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant le moment de la passation du questionnaire. L'algorithme est basé sur les critères du DSM-IV (sigle anglais désignant la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) pour l'épisode dépressif majeur : si la

personne présente deux des huit dimensions du questionnaire pendant plus de la moitié des jours et qu'une de ces deux dimensions au moins est le manque d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ou l'état de tristesse, de déprime ou de désespoir, cela signifie que la personne présente un trouble dépressif d'intensité majeure (62).
Le PHQ-8 est un questionnaire validé présentant une sensibilité et une spécificité satisfaisante pour appréhender la dépression et utilisé lors d'enquêtes en population générale aux Etats-Unis (62) et en France (63).

3.6 ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique de l'étude a été effectuée à l'aide du logiciel EpiInfo version 7.
En premier lieu, une analyse descriptive des caractéristiques démographiques et professionnelles, de l'état de santé de la population incluse a été réalisée, ainsi qu'une analyse descriptive de l'évaluation des moyens de prévention.
Les résultats des variables qualitatives ont été exprimés en effectif avec pourcentage de la population incluse et ceux des variables quantitatives exprimés en moyenne avec écart type et en médiane avec étendue.

Une analyse univariée de la relation entre certains facteurs et la présence de stress ou d'épuisement professionnels a ensuite été effectuée. Les données du critère de jugement principal ont été organisées :
- toutes les valeurs supérieures ou égales à 6 sur l'EVA utilisée ont été regroupées et qualifiaient une « présence de stress au travail » ;
- toutes les valeurs supérieures ou égales à 3,5 sur l'échelle BMS ont été également regroupées et signifiaient une « présence d'épuisement professionnel ».

Les tests utilisés pour les analyses univariées ont été le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher selon les effectifs et les valeurs des variables qualitatives, ainsi que le test de Wilcoxon Mann-Whitney pour les variables quantitatives, la distribution ne suivant pas une loi normale.
Le lien mis en évidence était admis comme étant significatif pour un seuil de p (probabilité de trouver le même résultat du fait du hasard dans la distribution) inférieur à 0,05. Les analyses suivaient un intervalle de confiance (IC) à 95 %.

Une analyse multivariée par régression logistique a été réalisée pour tenter d'éliminer l'effet des cofacteurs de confusion. Les variables incluses dans l'analyse étaient celles pour lesquelles la valeur de p allait jusqu'à 0,20.

3.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le questionnaire de l'étude a été transmis par mail aux chefs d'entreprise directement par les antennes de la CAPEB. Les participants renseignaient les réponses en ligne, le logiciel Google Forms ayant permis l'attribution d'un numéro d'identification unique et garantissant l'anonymat des réponses. Celles-ci étaient accessibles uniquement par le doctorant. Nous n'avons pas eu accès aux données à caractère personnel des dirigeants, une déclaration à la CNIL n'a pas été nécessaire.

4. RÉSULTATS

4.1 DIAGRAMME DE FLUX (Figure 1)

L'étude s'est déroulée entre le 23 juillet et le 31 octobre 2018.

En Charente-Maritime, le sondage a été envoyé le 23 juillet 2018 par mail, via une newsletter dédiée à l'enquête, à 1187 employeurs d'un maximum de 10 salariés. Une relance a été effectuée le 12 septembre 2018.

En Charente, l'enquête a été intégrée à une newsletter générale, envoyée par mail le 3 septembre 2018. Une relance a été faite le 17 octobre 2018. La CAPEB de Charente l'a adressée à l'ensemble de ses adhérents, soit 730 employeurs et non employeurs.

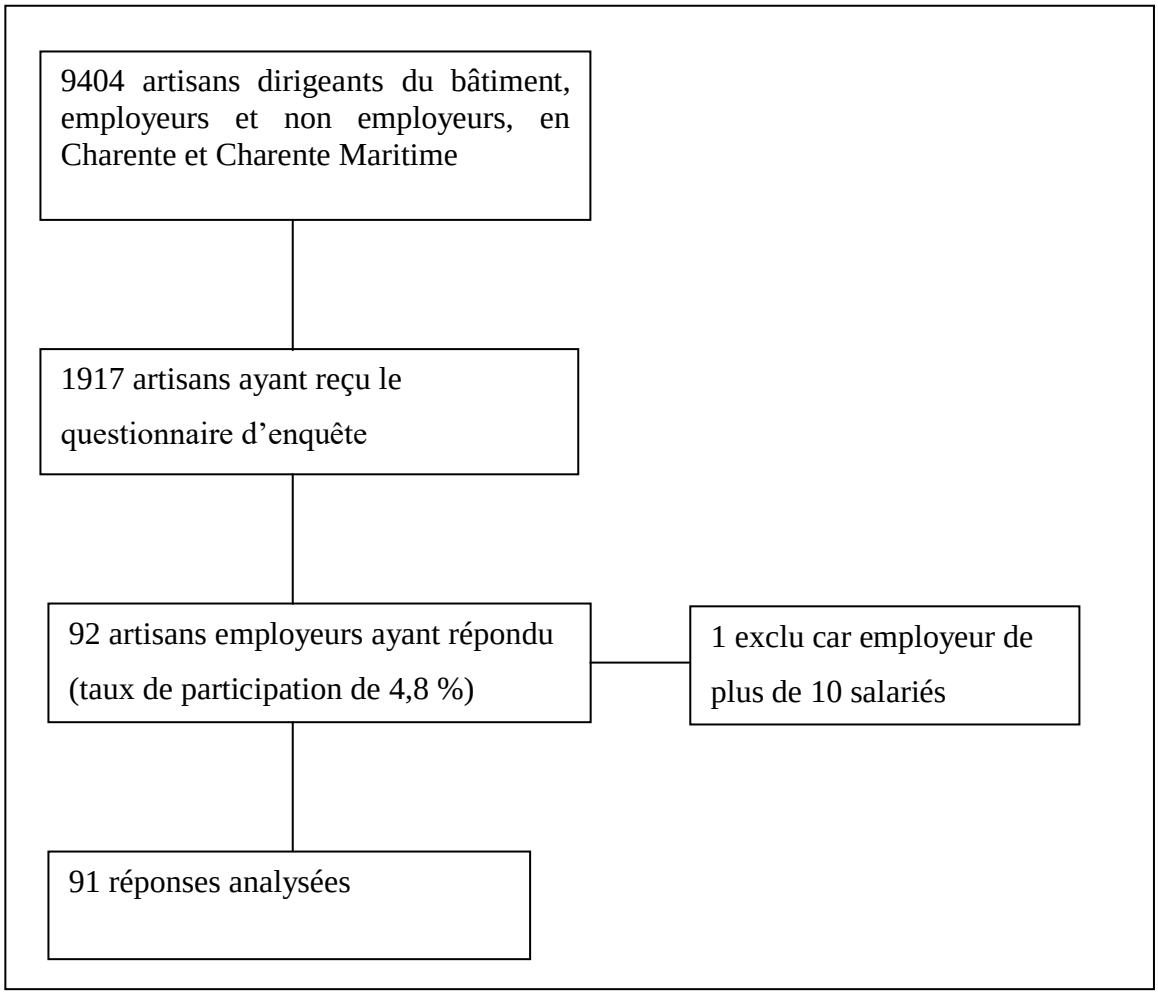


Figure 1. Diagramme de flux

4.2 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES GÉNÉRALES DE LA POPULATION INCLUSE (tableau 1)

La population incluse était composée principalement d'hommes à 92,3 % (n=84). La majorité des artisans se situait entre 41 et 55 ans (n=51 soit 56 %). Ils étaient 85,7 % à vivre en couple (n=78).

Tableau 1. Caractéristiques démographiques de la population incluse

Variables	n (%) (N = 91)
Sexe	
- Homme	84 (92,3)
- Femme	7 (7,7)
Tranche d'âge	
- moins de 25 ans	0 (0)
- entre 25 et 40 ans	9 (9,9)
- entre 41 et 55 ans	51 (56)
- plus de 55 ans	31 (34,1)
Situation familiale	
- célibataire	3 (3,3)
- en couple	78 (85,7)
- séparé(e) ou divorcé(e)	9 (9,9)
- veuf(ve)	1 (1,1)

N : effectif total de la population incluse, n : effectif pour chaque variable.

4.3 CARACTÉRISTIQUES PROFESSIONNELLES DE LA POPULATION INCLUSE

En ce qui concerne leur activité professionnelle (Figure 2), les participants ont déclaré exercer principalement les métiers d'équipement électrique, électronique et/ou électrodomotique (28,6%) et de couverture (28,6%). Six artisans ont déclaré d'autres activités non listées dans le questionnaire : terrassement (n=1), pose de gouttières en aluminium (n=1), construction d'ossature en bois (n=1), pose de stores, fenêtres et volets avec serrurerie et sécurité (n=1), zinguerie (n=1), métier de plaquiste (n=1).

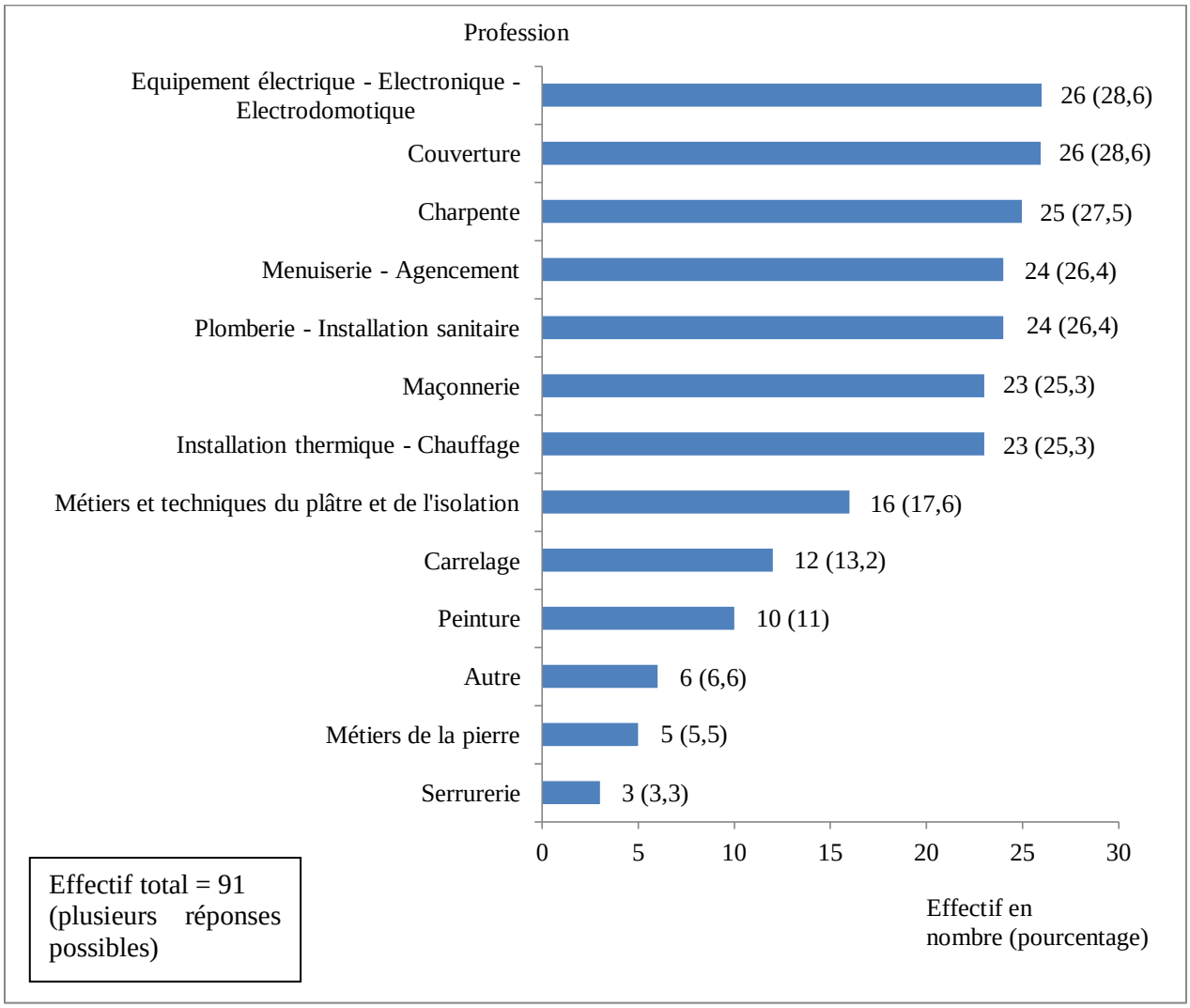


Figure 2. Les secteurs d'activité professionnelle de la population incluse

Les participants étaient plus nombreux à avoir plusieurs années d'ancienneté sur leur poste de chef d'entreprise : un peu plus d'un tiers avaient entre 11 et 20 d'ancienneté et un tiers en comptait plus de 20 ans. Le département de Charente-Maritime était le plus représenté (n = 80 soit 87,9 %) (tableau 2).

La plupart des artisans n'était pas associée au sein de son entreprise (n = 75 soit 82,4 %). Une minorité détenait un statut de salarié (n = 12 soit 13,2 %).

Les dirigeants employaient en moyenne 3,9 salariés (écart type : 2,3) (figure 3).

Tableau 2. Caractéristiques professionnelles de la population incluse

Variables	n (%) ou moyenne ± ET (N = 91)
Nombre de salariés	3,9 ± 2,3
Ancienneté sur le poste de dirigeant	
- moins de 5 ans	7 (7,7)
- entre 5 et 10 ans	20 (22)
- entre 11 et 20 ans	34 (37,4)
- plus de 20 ans	30 (33)
Lieu d'exercice	
- Charente	11 (12,1)
- Charente-Maritime	80 (87,9)

N : effectif total de la population incluse, n : effectif pour chaque variable, ET : écart-type.

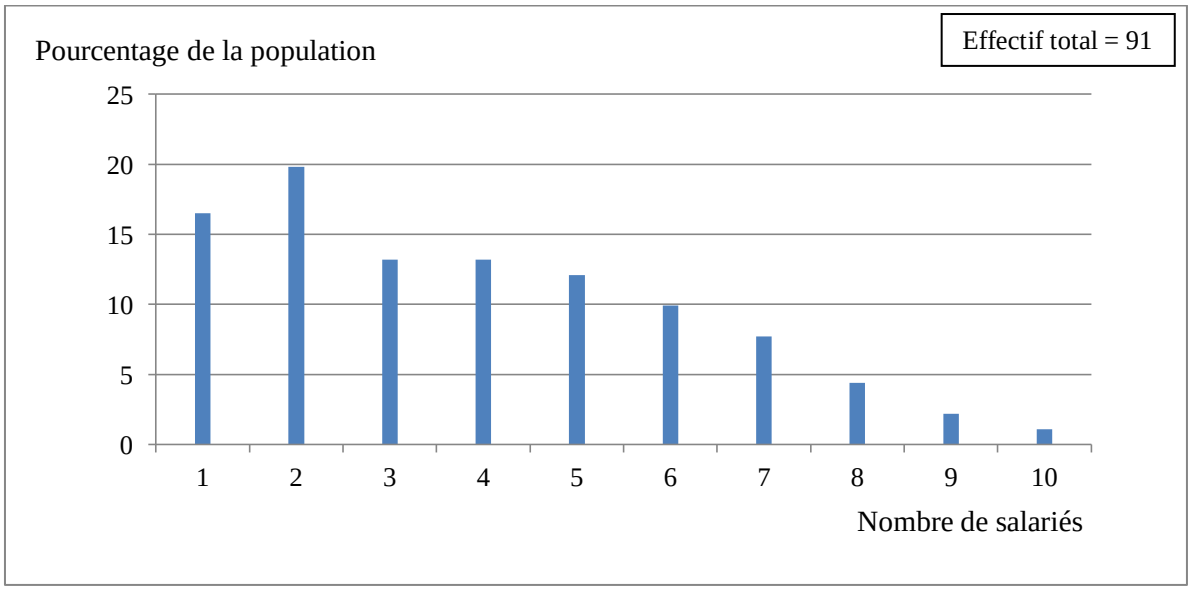


Figure 3. Répartition de la population incluse en fonction du nombre de salariés

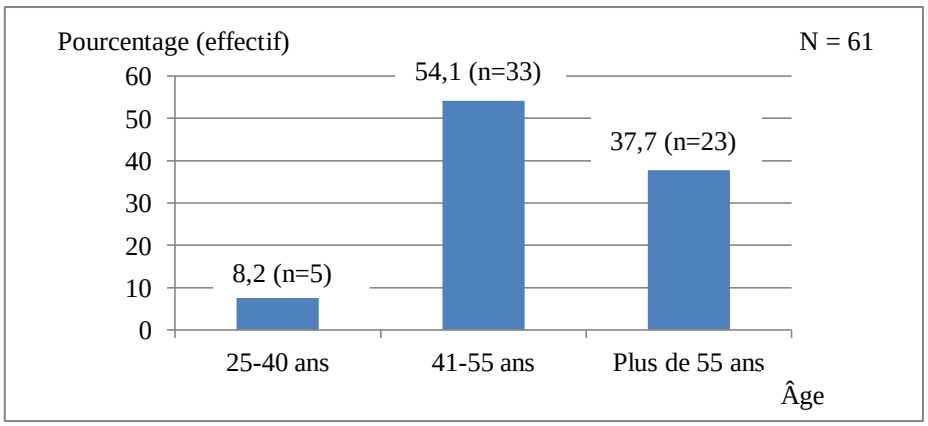
4.4 CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL : PRÉVALENCE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

4.4.1 Prévalence du stress au travail

Le score moyen de stress lié au travail dans le mois précédent le questionnaire était de 6,02 (écart type : 2,26), avec une médiane à 7 (minimum : 0, maximum : 10). Un stress lié au travail (score supérieur à 6) était observé chez 61 artisans (soit 67 %).

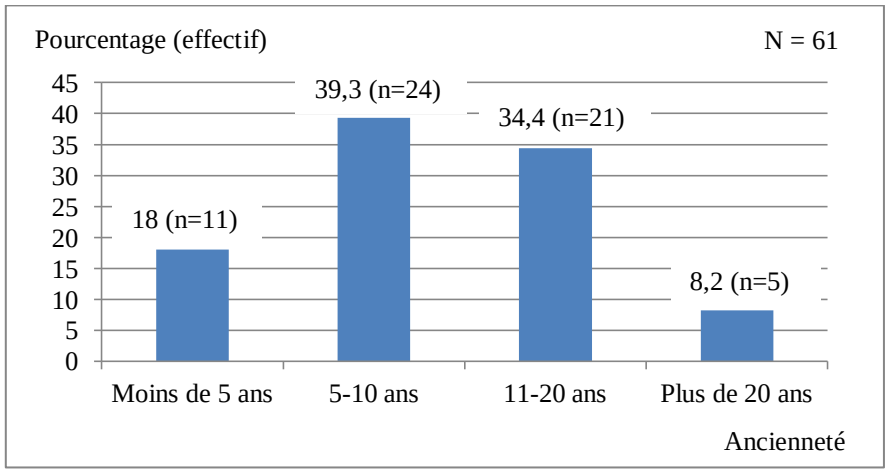
Les hommes présentaient un score moyen de 6,10 (écart type : 2,25) plus élevé que les femmes qui avaient un score moyen de 5,13 (écart type : 2,41).

Nous avons cherché à analyser les variations de la présence de stress au travail en fonction de l'âge des dirigeants, de l'ancienneté sur le poste et du nombre de salariés.
Parmi les 61 dirigeants présentant un stress au travail, 54,1 % avaient entre 41 et 55 ans (Figure 4) et 39,3 % avaient entre 5 et 10 ans d'ancienneté sur le poste de chef d'entreprise (Figure 5). Le nombre d'artisans présentant un stress diminuait alors que le nombre de salariés augmentait : ils étaient 47,5 % à collaborer avec 1 à 3 salariés alors que 13,1 % comptaient entre 7 et 10 salariés (Figure 6).



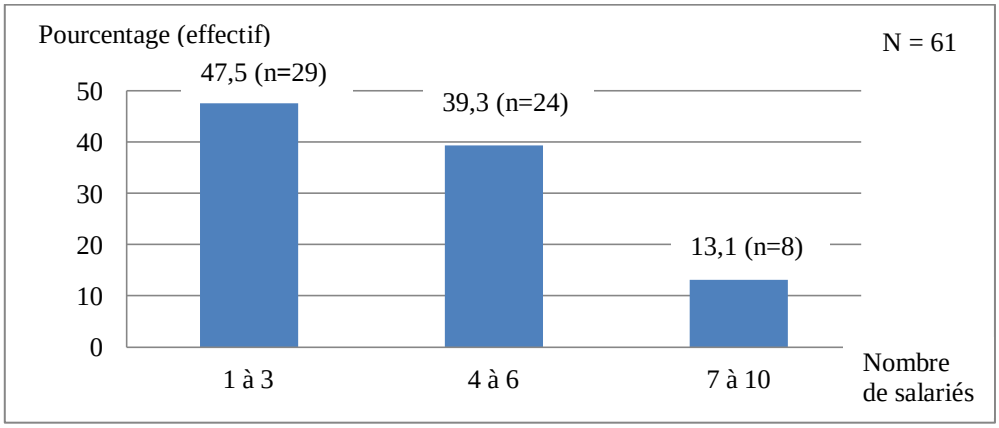
N : effectif total des dirigeants présentant un stress au travail, n : effectif par tranche d'âge

Figure 4. Présence de stress lié au travail en fonction des tranches d'âge



N : effectif total des dirigeants présentant un stress au travail, n : effectif par tranche d'ancienneté

Figure 5. Présence de stress lié au travail en fonction de l'ancienneté sur le statut de dirigeant



N : effectif total des dirigeants présentant un stress au travail, n : effectif par classe de nombre de salariés

Figure 6. Présence de stress lié au travail en fonction du nombre de salariés

4.4.2 Prévalence de l'épuisement professionnel

L'échantillon étudié présentait un score moyen de 3,49 (écart type : 1,04) dans l'échelle de mesure de *burnout* de Pines, pour une médiane à 3,60 (minimum 1,00 ; maximum : 5,20).

Les femmes affichaient un score moyen de 3,66 (écart type : 0,87) légèrement plus élevé que les hommes qui avaient un score moyen de 3,47 (écart type : 1,06).

On constate principalement une présence de *burnout* (degré moyen) chez 33 % de la population. Ils étaient 20,9 % à avoir un degré élevé de *burnout*. Aucune personne ne présentait un degré très élevé nécessitant la mise en place d'un dispositif d'aide (tableau 3).

Tableau 3. Prévalence de l'épuisement professionnel selon l'échelle de mesure de Pines

Degrés d'épuisement professionnel	**n (%) (N = 91)**
Degré très faible de *burnout* (2,4 ou moins)	17 (18,7)
Degré faible de *burnout* (2,5 à 3,4)	25 (27,5)
Présence de *burnout* (3,5 à 4,4)	30 (33)
Degré élevé d'exposition au *burnout* (4,5 à 5,4)	19 (20,9)
Degré très élevé d'exposition au *burnout* nécessitant une aide (5,5 ou plus)	0 (0)

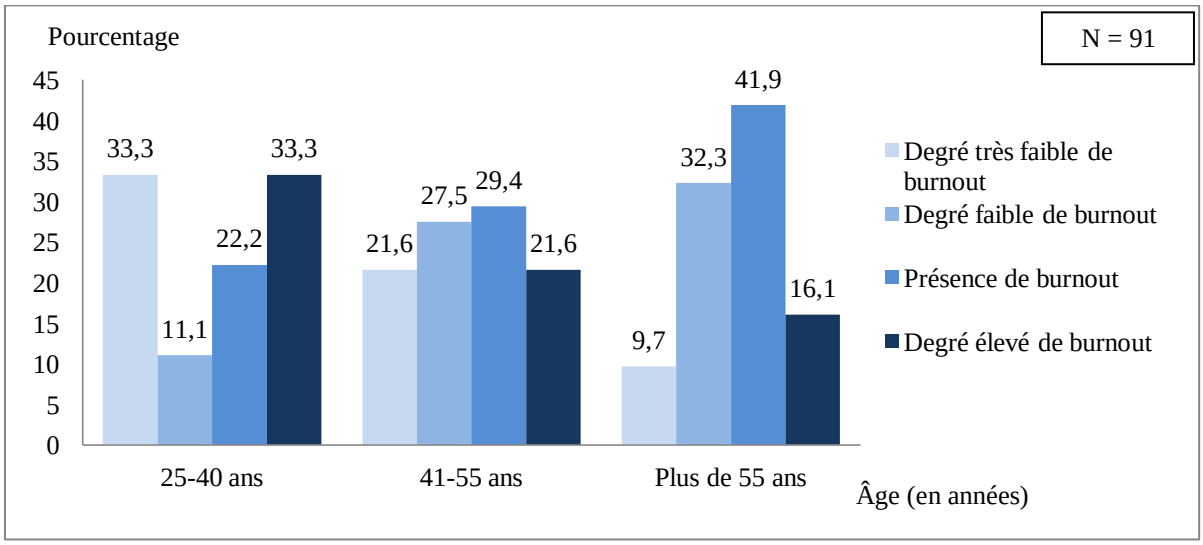
N : effectif total de la population incluse, n : effectif pour chaque degré.

Nous avons analysé les variations des degrés d'épuisement professionnel en fonction de l'âge des dirigeants, du nombre de salariés et de l'ancienneté sur le poste.

Les artisans âgés de 25 à 40 ans se positionnaient entre un degré très faible de *burnout* (n=3 soit 33,3 % de cette classe) et un degré élevé de *burnout* (n=3 soit 33,3 %). Ceux âgés de 41 à 55 ans présentaient principalement un degré moyen (n=15 soit 29,4 %) et ceux âgés de plus de 55 ans avaient également majoritairement un degré moyen (n=13 soit 41,9 %) (Figure 7).

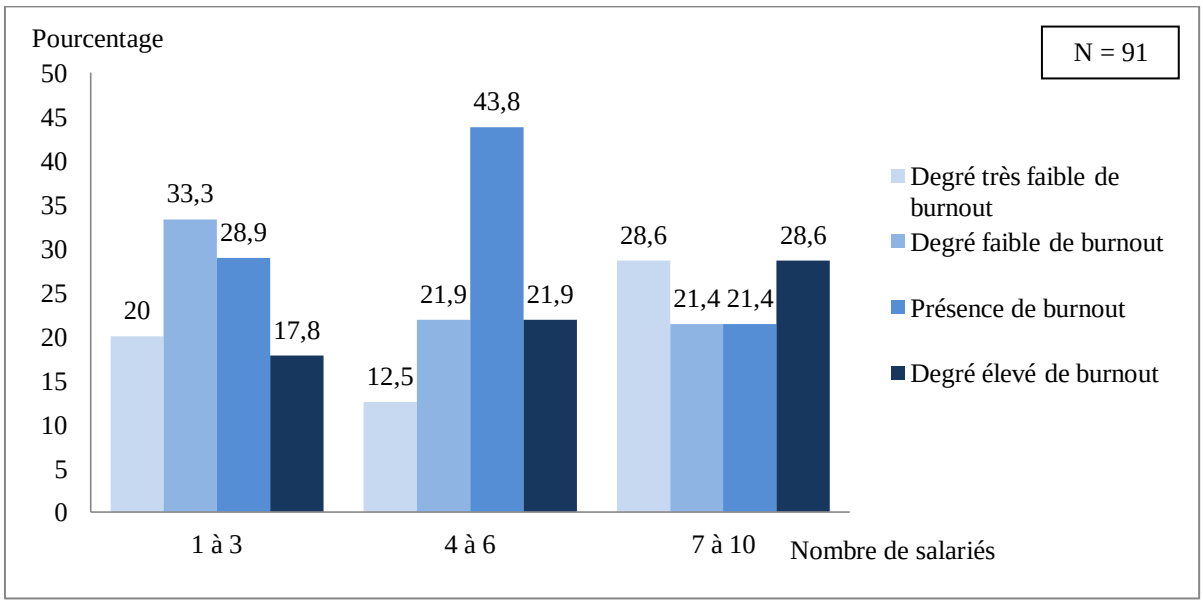
Un degré faible de *burnout* était le plus souvent observé dans la proportion d'artisans ayant entre 1 et 3 salariés (n=15 soit 33,3 % de cette classe). Une présence de *burnout* prédominait chez les artisans ayant entre 4 et 6 salariés (n=14 soit 43,8 %). Les artisans ayant entre 7 et 10 salariés se partageaient pour le plus grand pourcentage entre un degré élevé (n=4 soit 28,6 %) et un degré très faible de *burnout* (n=4 soit 28,6 %) (Figure 8).

La répartition des classes selon l'échelle de Pines en fonction de l'ancienneté sur le poste de dirigeant détaillée dans la figure 9 a montré que le degré de *burnout* augmentait avec l'ancienneté jusqu'à 11 à 20 ans d'ancienneté, puis diminuait au-delà de 20 ans d'ancienneté.



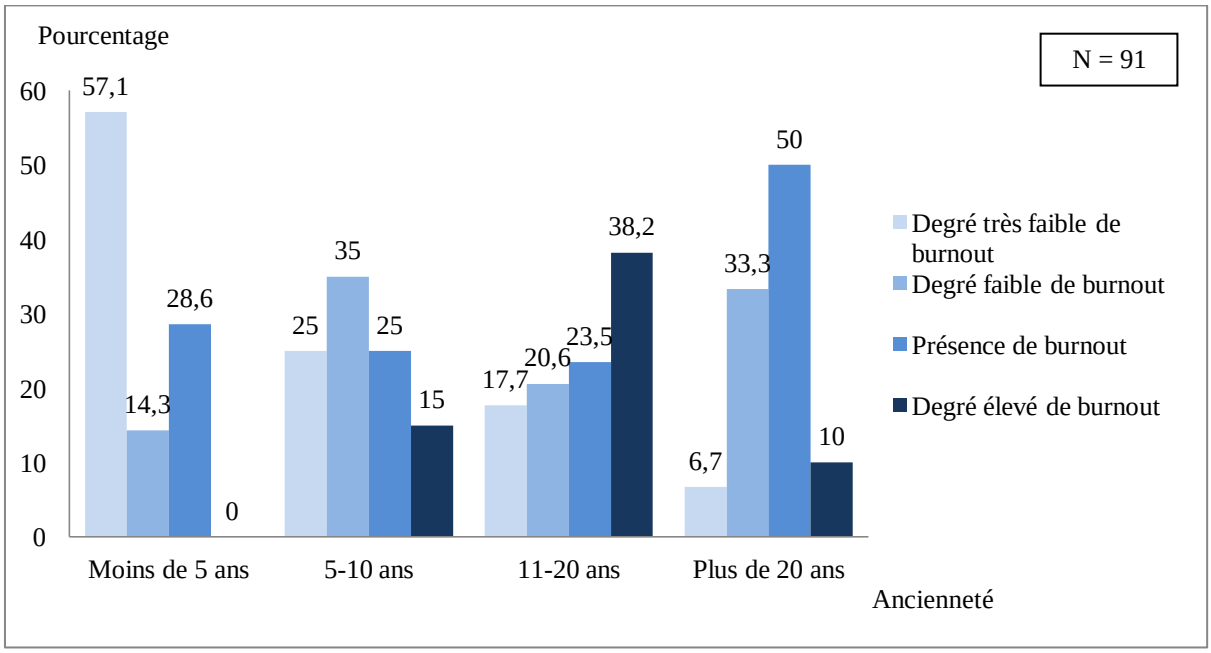
N : effectif total de la population incluse

Figure 7. Degrés d'épuisement professionnel en fonction de l'âge des dirigeants



N : effectif total de la population incluse

Figure 8. Degrés d'épuisement professionnel en fonction du nombre de salariés

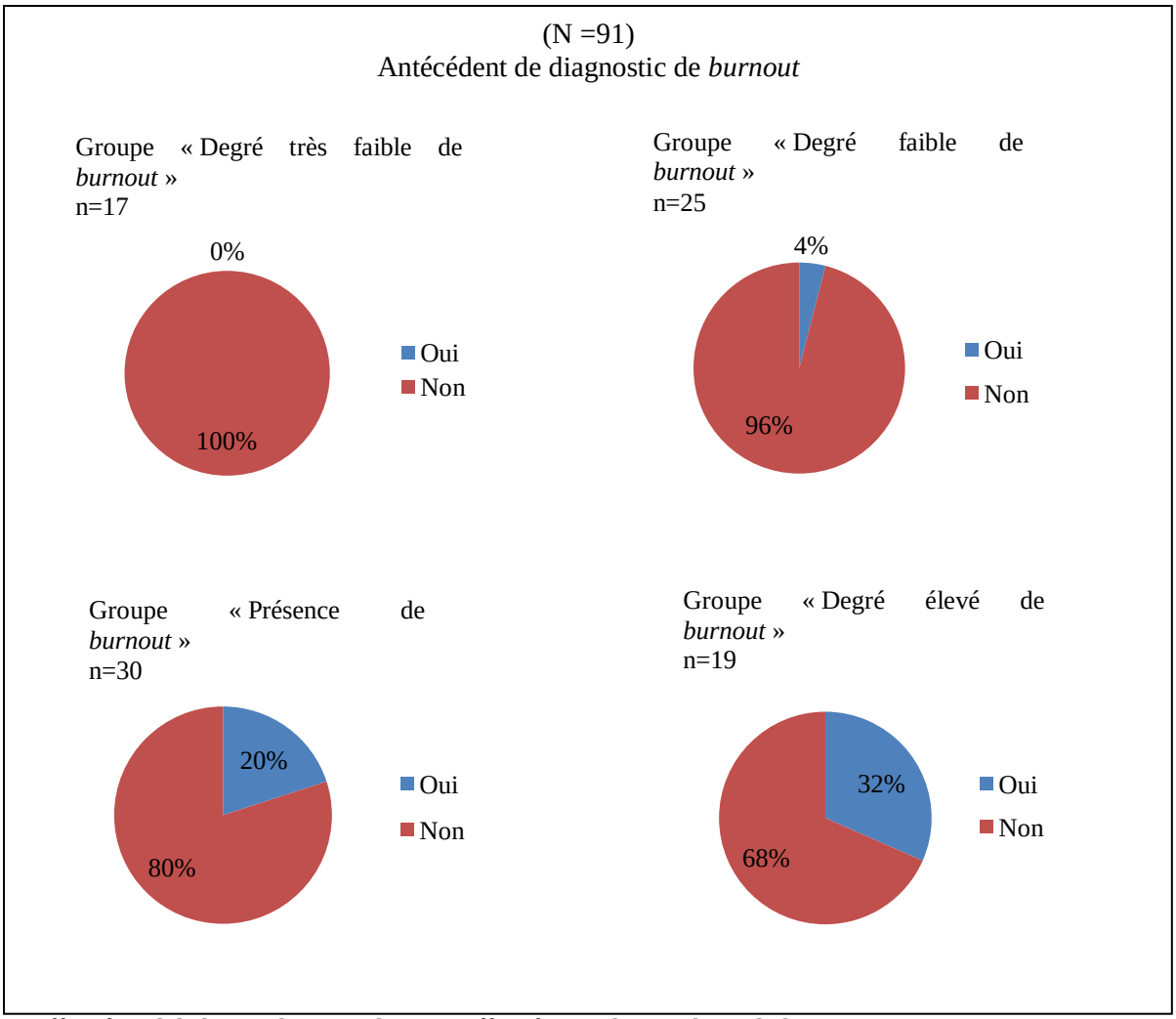


N : effectif total de la population incluse

Figure 9. Degrés d'épuisement professionnel en fonction de l'ancienneté sur le statut de dirigeant

- **<u>Antécédent de diagnostic de *burnout*</u>**

Plus de quatre artisans sur cinq (n=76 soit 83,5 %) ont déclaré n'avoir jamais été confronté au diagnostic de *burnout*. Parmi ceux qui présentaient un score d'épuisement professionnel supérieur ou égal à 3,5 (n=49), 12 personnes soit 24,5 % avaient eu un antécédent de diagnostic de *burnout*. Pour chaque niveau d'épuisement professionnel selon l'échelle de Pines, ce diagnostic ne concernait au maximum qu'un tiers des personnes (figure 10).



N : effectif total de la population incluse, n : effectif pour chaque classe de *burnout*

Figure 10. Antécédent de diagnostic de *burnout* selon le degré mesuré

4.5 CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES

4.5.1 Conditions de travail et situation de l'entreprise

- **<u>Amplitude horaire de travail et vacances</u> (Tableau 4)**

Le nombre d'heures hebdomadaires de travail était supérieur à 50 heures pour environ deux tiers des dirigeants (61,5 %). Ils prenaient en moyenne 3,2 semaines de vacances annuelles (écart type : 1,9).

Tableau 4. Temps de travail hebdomadaire de la population incluse

Temps de travail hebdomadaire	n (%) (N = 91)
Moins de 35 heures	2 (2,2)
35 heures	1 (1,1)
36 à 39 heures	5 (5,5)
40 à 49 heures	27 (29,7)
50 heures ou plus	56 (61,5)

N : effectif total de la population incluse, n : effectif pour chaque temps de travail.

- **Problèmes rencontrés**

La moitié des dirigeants relatait des problèmes financiers au sein de l'entreprise (n=46 soit 50,6 %). Cinquante-six artisans (61,5 %) disaient ne pas craindre la cessation de leur activité professionnelle dans l'année pour des raisons économiques et 30 artisans (33 %) se montraient incertains sur cet avenir.

En ce qui concerne la survenue de situations de tensions dans leurs relations professionnelles (avec leurs salariés, fournisseurs, banquiers, etc.), 15 dirigeants vivaient « souvent » des situations de tensions (soit 16,5 %). Ils étaient un peu plus d'un tiers à en connaître « parfois » (n=33 soit 36,3 %) et également un tiers à en connaître « rarement » (n=32 soit 35,2 %). Onze dirigeants ont déclaré ne « jamais » vivre ces situations (soit 12,1 %).

- **Sentiment de solitude**

Trois quarts des dirigeants rapportaient un sentiment de solitude dans leur travail (n = 69 soit 75,8 % de la population incluse).

4.5.2 État de santé

- **Hygiène de vie (Tableau 5)**

Un peu moins d'un tiers des dirigeants interrogés (n = 29 soit 31,9 %) rapportait une consommation de tabac, dont 21 personnes déclarant une consommation quotidienne. Les artisans ayant une consommation quotidienne de boissons alcoolisées représentaient 5,5 % de

l'ensemble de la population incluse. Ils étaient 3,3 % à affirmer consommer des substances illicites.
Enfin, 12,1 % des artisans déclaraient avoir déjà eu recours à des médicaments psychotropes.

Une activité extraprofessionnelle sportive ou de loisirs était exercée par un peu plus de la moitié des artisans (52,6 %).

- **<u>État de santé générale perçu</u> (Tableau 5)**

Près de la moitié des artisans déclaraient un assez bon état de santé générale (48,4 %). Une proportion de 11 % des participants s'estimait en mauvais état de santé et 3,3 % percevaient leur état de santé comme très mauvais.

Tableau 5. Consommations de toxiques, activité extraprofessionnelle et état de santé perçu des dirigeants

Variables	**N = 91** **n (%)**
Consommation de tabac	
- oui, tous les jours	21 (23,1)
- oui, occasionnellement	8 (8,8)
- non, pas du tout	62 (68,1)
Consommation d'alcool	
- Tous les jours	5 (5,5)
- 4 à 6 fois par semaine	12 (13,2)
- 2 à 3 fois par semaine	26 (28,6)
- 2 à 4 fois par mois	25 (27,5)
- 1 fois par mois au plus	12 (13,2)
- jamais	11 (12,1)
Consommation de drogues	
- oui	3 (3,3)
- non	88 (96,7)

N : effectif total de la population d'étude, n : effectif pour chaque variable.

Tableau 5. Consommations de toxiques, activité extraprofessionnelle et état de santé perçu des dirigeants (suite)

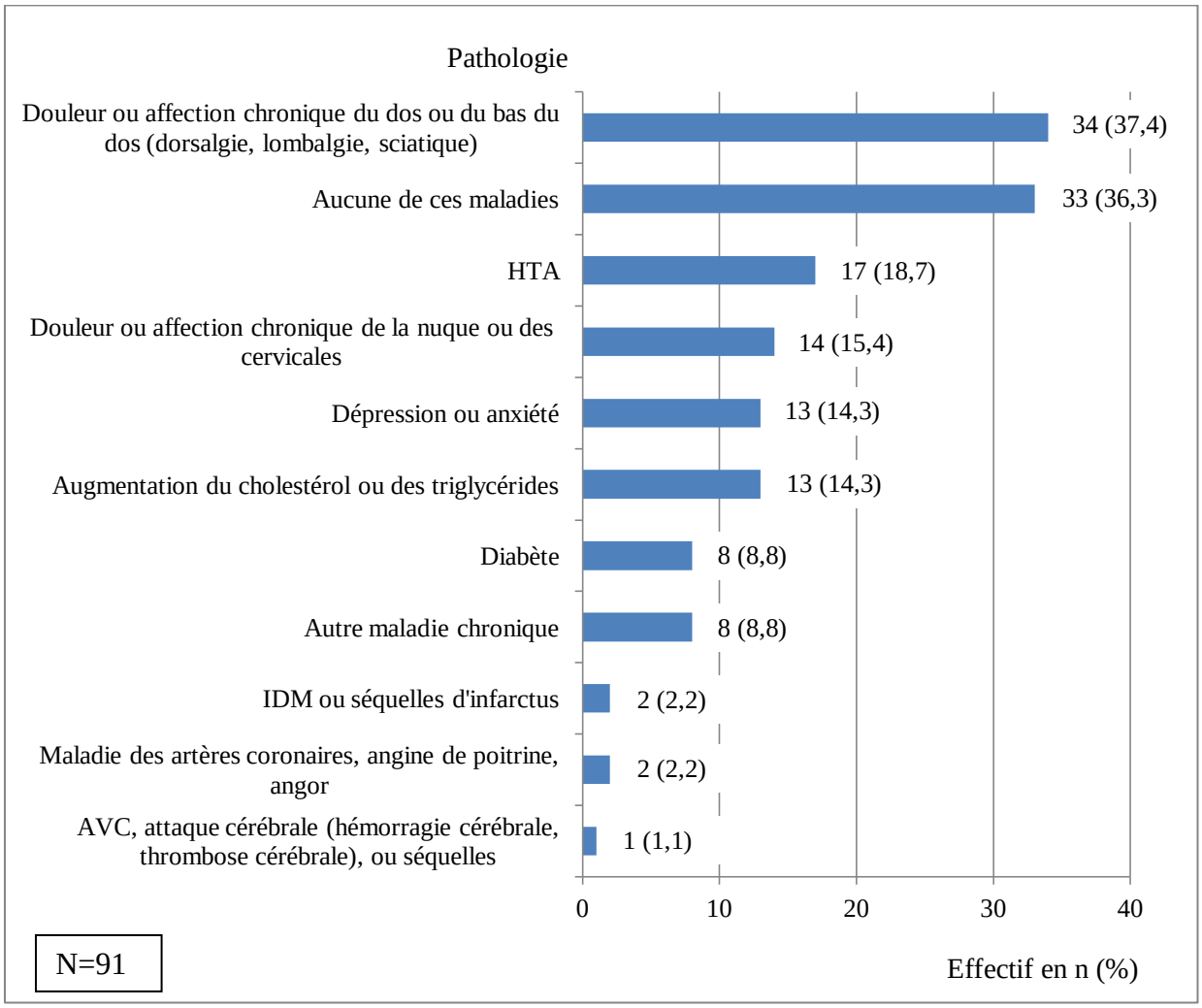
Variables	N = 91 n (%)
Consommation de psychotropes	
- Oui	11 (12,1)
- Non	79 (86,8)
- Je ne sais pas	1 (1,1)
Activité extraprofessionnelle	
- oui	48 (52,6)
- non	43 (47,3)
État général de santé perçu	
- très bon	8 (8,8)
- bon	23 (25,3)
- assez bon	44 (48,4)
- mauvais	10 (11)
- très mauvais	3 (3,3)
- je ne sais pas	3 (3,3)

N : effectif total de la population d'étude, n : effectif pour chaque variable.

- **<u>Pathologies</u>**

La figure 11 détaille les pathologies rapportées par la population d'étude. Une prédominance des TMS du rachis dorsal ou lombaire (37,4 %) a été mise en évidence, suivie de près par l'absence de maladie (36,3 %). Huit artisans ont déclaré une maladie chronique autre que celles listées dans le questionnaire : sarcoïdose (1 personne), hygroma du genou (1 personne), gonarthrose et pathologie méniscale (1 personne), fractures costales (1 personne), gonalgies (1 personne), greffe rénale (1 personne), algies vasculaires de la face (1 personne), nodules du poumon et thrombose artérielle (1 personne).

Parmi les 58 artisans ayant déclaré une ou plusieurs pathologies (soit 63,7 % de l'ensemble population), 43 (74,1 % de ces artisans) affirmaient les avoir eues depuis moins de 12 mois.



N : effectif total de la population incluse, n : effectif par pathologie, HTA : hypertension artérielle, IDM : infarctus du myocarde, AVC : accident vasculaire cérébral.

Figure 11. Pathologies déclarées par les dirigeants de la population incluse

- **Symptômes dépressifs**

Neuf artisans soit 9,9 % de la population auraient présenté des symptômes dépressifs dans les deux semaines précédant la réponse à l'enquête. Parmi ces 9 artisans, 1 personne a déclaré avoir déjà reçu un diagnostic de dépression ou d'anxiété par un médecin.

- **Suivi médical en général**

La population de l'étude rapportait en majorité un suivi datant de moins de 12 moins par son médecin traitant (n=73 soit 80,2 % de l'ensemble des artisans). Quatorze personnes (soit 15,4 %) l'avaient vu depuis 12 mois ou plus et 4 personnes (soit 4,4 %) avaient affirmé n'avoir jamais consulté de médecin traitant.

4.5.3 Prévention

- **<u>Moyens de prévention existants</u>**

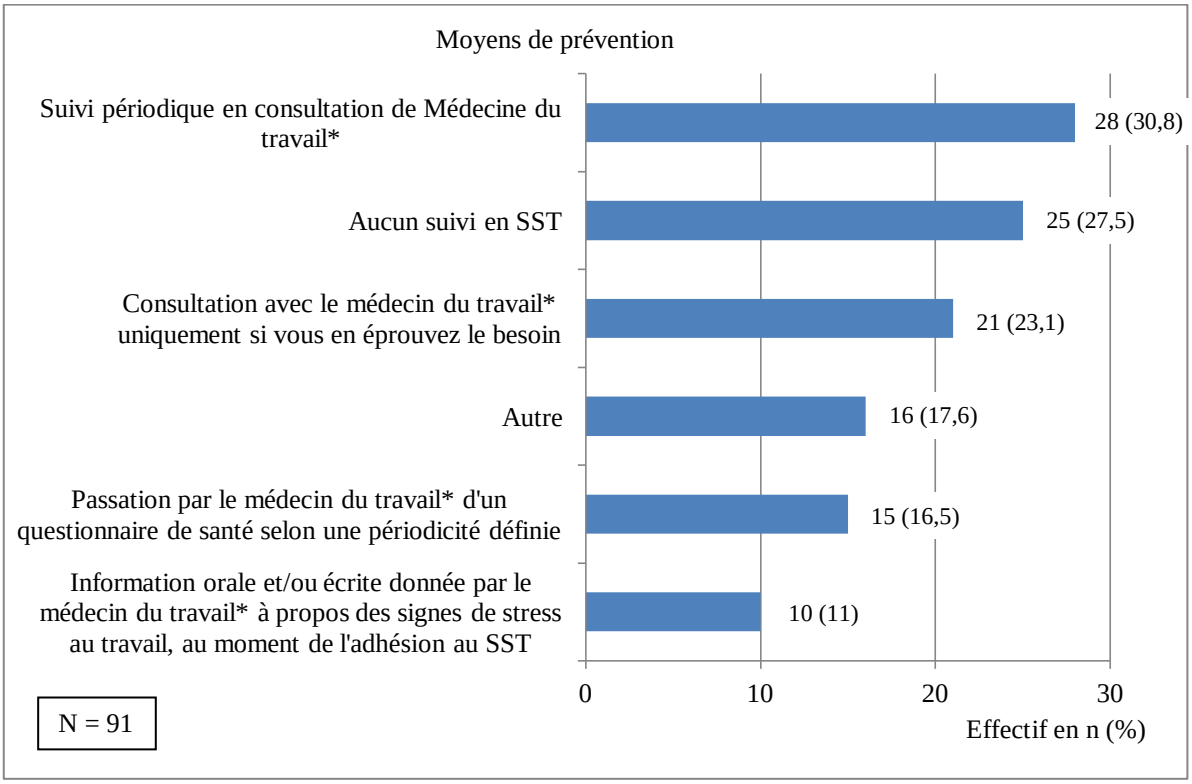
Les artisans étaient 5,5 % (n=5) à avoir participé aux actions de prévention mises en place par les organisations professionnelles et syndicales des dirigeants. Ils étaient 3,3 % (n=3) à adhérer au programme organisé par la Sécurité Sociale pour les Indépendants, consistant en une consultation de suivi médico-professionnel avec le médecin traitant prise en charge par l'Assurance Maladie.

- **<u>Avis des artisans sur la prévention en Service de Santé au Travail</u> (Figure 12)**

Dans notre échantillon d'étude, 30,8 % des artisans étaient favorables à un suivi périodique en consultation avec un professionnel de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail (médecin du travail, collaborateur médecin ou interne en médecine du travail). Ils étaient néanmoins 27,5 % à se montrer défavorables à tout suivi médico-professionnel par le SST. Parmi les formes de suivi du questionnaire d'étude, une information orale et/ou écrite sur les signes de stress au travail donnée au moment de l'adhésion au service était la proposition ayant suscité le moins d'intérêt dans notre échantillon étudié (11 %).

Face à la question ouverte au sujet d'autres formes de prévention des RPS, les dirigeants ont émis des avis sortant du cadre des missions des SST (détaillés en annexe 6). Selon l'analyse des réponses qualitatives qui ont été données, il s'agissait de :
- l'allègement des charges administratives (n=5) : « moins de charges », « pouvoir travailler moins, avoir moins de charges administratives », « alléger les papiers, la partie bureau devient de plus en plus importante et compliquée », « allègement des contraintes administratives » ;
- l'amélioration des conditions et de l'environnement de travail interne et externe à l'entreprise (n=6) : « trop de stress par rapport au financier : rentrée d'argent », « améliorer des conditions de travail, trouver du personnel qui a envie de bien faire, de travailler, d'être heureux », « une semaine de fermeture obligatoire et contrôlée exonérée de charges et de RSI », « redonner l'envie aux salariés », « cela vient du comportement de la société en général », « mieux considérés par les organismes sociaux et syndicats ouvriers » ;

- la prise en charge par le médecin généraliste ou médecin traitant (n=4) : « médecin généraliste sur le lieu de travail à des horaires non conventionnels », « médecin traitant » ou « check-up complet de temps en temps, mais pas par le médecin du travail », « le médecin du travail est pour les salariés, je consulte un médecin généraliste ».
Une personne avait répondu qu'elle n'avait aucun avis.



N : effectif total de la population incluse, n : effectif par variable, SST : Service de Santé au Travail, *Médecin du travail ou membre de l'équipe pluridisciplinaire (Infirmier en santé au travail, collaborateur médecin ou interne en médecine du travail)

Figure 12. Avis au sujet de la prévention des risques psychosociaux destinée aux dirigeants

Nous avons cherché à analyser les avis des dirigeants sur les moyens de prévention en SST en fonction de leur stress au travail et de leur degré d'épuisement professionnel selon l'échelle de Pines.

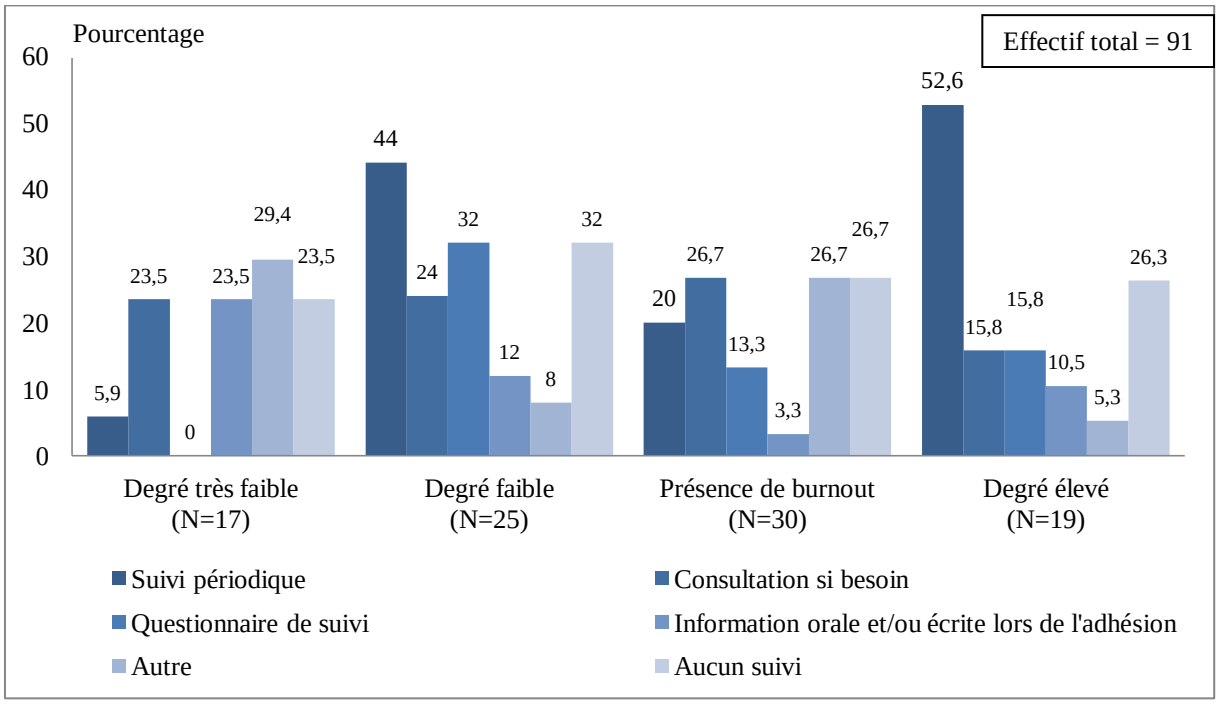
Les dirigeants qui avaient exprimé un stress au travail dans le mois précédent étaient plutôt favorables au suivi périodique en consultation (37,7 % de ceux-ci). Ils étaient néanmoins 29,5 % à juger qu'aucun suivi en SST ne serait utile (tableau 6).

Tableau 6. Avis des artisans exprimant un stress lié au travail au sujet de la prévention des risques psychosociaux

Formes de prévention	**Effectif parmi les dirigeants présentant un stress lié au travail (N=61)** n (%)
Suivi périodique en consultation de médecine du travail	23 (37,7)
Consultation uniquement si besoin	12 (19,7)
Questionnaire de suivi par le médecin du travail	10 (16,4)
Information orale et/ou écrite lors de l'adhésion au SST	5 (8,2)
Aucun suivi en SST	18 (29,5)
Autre	10 (16,4)

N : effectif total des dirigeants de la population incluse présentant un stress au travail, n : effectif par variable, SST : Service de Santé au Travail.

La répartition des dirigeants en fonction du degré de *burnout* (figure 13) a révélé que ceux qui présentaient un degré élevé étaient majoritairement favorables au suivi périodique en SST (n=10 soit 52,6 % de cette classe) de même que ceux qui avait un faible degré d'épuisement professionnel (n=11 soit 44 % de cette classe). Lorsqu'ils avaient une « présence de *burnout* », ils avaient choisi de manière égale entre une consultation uniquement si besoin, une absence de suivi et une autre forme de suivi (n=8 soit 26,7 % de cette classe). Ceux qui étaient en faible degré de *burnout* avaient le plus souvent émis des avis sur une autre forme de prévention (n=5 soit 29,4 %).



N : effectif total des artisans dans chaque classe de l'échelle de mesure de *burnout* de Pines

Figure 13. Avis au sujet de la prévention des risques psychosociaux en fonction de l'épuisement professionnel

4.6 FACTEURS ASSOCIÉS AUX RISQUES PSYCHOSOCIAUX : ANALYSES UNIVARIÉES

Le critère de jugement principal de notre étude était la présence de stress lié au travail et la présence d'épuisement professionnel (regroupant la présence et le degré élevé de *burnout* selon l'instrument de mesure utilisé, le degré très élevé n'étant pas présent dans la population incluse).

Un des critères de jugement secondaires de notre étude était les facteurs pouvant expliquer la survenue de stress professionnel et d'épuisement professionnel.

Nous avons d'abord réalisé des analyses univariées pour les variables suivantes :

- le sexe masculin ou féminin ;
- les tranches d'âge : de 25 à 40 ans, de 41 à 55 ans et plus de 55 ans ;
- le lieu d'exercice ;
- le statut salarié du dirigeant ;

- la présence d'un associé ;
- le nombre de salariés ;
- l'ancienneté sur le poste d'entrepreneur : moins de 5 ans, de 5 à 10 ans, de 11 à 20 ans et plus de 20 ans ;
- l'amplitude horaire hebdomadaire de travail de 50 heures ou plus ;
- le nombre de semaines de vacances annuelles ;
- l'existence de problèmes financiers dans l'entreprise ;
- la crainte et l'incertitude sur la cessation de l'activité professionnelle dans l'année pour des raisons économiques (regroupées en une classe pour englober les situations vécues comme instables) ;
- les situations de tensions dans les relations interpersonnelles, que ce soit souvent, parfois ou rarement, (regroupées dans l'objectif d'évaluer la présence de ces situations par opposition à leur absence) ;
- la présence d'un sentiment de solitude dans le travail ;
- l'état de santé perçu mauvais et très mauvais (items regroupés) ;
- la présence de symptômes dépressifs dans les deux semaines précédentes évaluée par l'échelle de mesure de dépression PHQ-8 ;
- l'adhésion aux dispositifs de prévention des risques professionnels : ceux mis en place par les organismes professionnels et le programme Prévention Pro Indépendants.

Les professions n'ont pas été incluses dans l'analyse en raison de la possibilité de choix multiples, rendant difficile leur interprétation.

4.6.1 Facteurs associés au stress lié au travail

Les résultats sont présentés dans le tableau 7. Ils montrent pour notre échantillon, un lien statistiquement significatif entre la présence de stress lié au travail dans le mois précédent et les facteurs suivants :

- la **présence de situations de tensions** dans les relations professionnelles ($p = 0,005$) ;
- le **sentiment de solitude** dans son travail ($p = 0,003$) ;
- la **présence de symptômes dépressifs** dans les deux semaines précédentes ($p = 0,03$).

Tableau 7. Analyses univariées de l'association entre les facteurs étudiés et la présence de stress au travail

Variables	**Présence de stress au travail (N=61)** n (%) ou moyenne ± ET	**Absence de stress au travail (N=30)** n (%) ou moyenne ± ET	**Valeur de p**
Sexe			
- femme	4 (6,6)	3 (10)	0,68
- homme	57 (93,4)	27 (90)	
Age			
- 25-40 ans	5 (8,2)	4 (13,3)	
- 41-55 ans	33 (54,1)	18 (60)	0,51
- plus de 55ans	23 (37,7)	8 (26,7)	
Lieu d'exercice			
- Charente	7 (11,5)	4 (13,3)	1,00
- Charente-Maritime	54 (88,5)	26 (86,7)	
Statut de salarié	8 (13,1)	4 (13,3)	1,00
Présence d'un associé	10 (16,4)	6 (20)	0,67
Nombre de salariés	3,9 ± 2,3	3,8 ± 2,4	0,65
Ancienneté sur le poste			
- moins de 5 ans	5 (8,2)	2 (6,7)	
- 5-10 ans	11 (18,0)	9 (30)	0,64
- 11-20 ans	24 (39,3)	10 (33,3)	
- plus de 20 ans	21 (34,4)	9 (30)	
Nombres d'heures hebdomadaires de 50 heures ou plus	41 (67,2)	15 (50)	0,11*
Nombre de semaines de vacances annuelles	3 ± 1,5	3,6 ± 1,5	0,06*
Problèmes financiers	34 (55,7)	12 (40)	0,16*

N : effectif total des personnes ayant une présence ou non de stress au travail, n : effectif par variable, ET : écart-type, p : probabilité, **en gras** : résultat statistiquement significatif, * : résultat dans les limites de significativité.

Tableau 7. Analyses univariées de l'association entre les facteurs étudiés et la présence de stress au travail (suite)

Variables	Présence de stress au travail (N=61) n(%) ou moyenne ± ET	Absence de stress au travail (N=30) n(%) ou moyenne ± ET	Valeur de p
Crainte ou incertitude de cessation d'activité à 1 an	27 (44,3)	8 (26,7)	0,10*
Présence de situations de tensions dans les relations professionnelles	58 (95,1)	22 (73,3)	**0,005**
Sentiment de solitude	52 (85,3)	17 (56,7)	**0,003**
Etat de santé perçu mauvais ou très mauvais	11 (18,0)	2 (6,7)	0,21
Présence de symptômes dépressifs dans les 2 semaines précédentes	9 (14,8)	0 (0)	**0,03**
Participation au programme Prévention Pro Indépendant	2 (3,3)	1 (3,3)	1,00
Participation aux actions de prévention des organismes professionnels	4 (6,6)	1 (3,3)	1,00

N : effectif total des personnes ayant une présence ou non de stress au travail, n : effectif par variable, ET : écart-type, p : probabilité, **en gras** : résultat statistiquement significatif, * : résultat dans les limites de significativité.

4.6.2 Facteurs associés à l'épuisement professionnel

Les résultats sont présentés dans le tableau 8. Il montre qu'il existe, pour notre population d'étude, un lien statistiquement significatif entre la présence d'épuisement professionnel et les facteurs suivants :

- la **crainte ou l'incertitude au sujet d'une cessation d'activité** dans un an pour des raisons économiques (p = 0,03) ;
- la **présence de situations de tensions** dans les relations professionnelles (p = 0,02) ;

- le **sentiment de solitude** dans son travail (p = 0,02) ;
- l'**état de santé perçu comme étant mauvais ou très mauvais** (p = 0,02) ;
- la **présence de symptômes dépressifs** dans les deux semaines précédentes (p = 0,003).

Tableau 8. Analyses univariées de l'association entre les facteurs étudiés et la présence d'épuisement professionnel.

Variables	**Présence d'épuisement professionnel (N=49)** n (%) ou moyenne ± ET	**Absence d'épuisement professionnel (N=42)** n (%) ou moyenne ± ET	**Valeur de p**
Sexe			
- femme	5 (10,2)	2 (4,8)	0,44
- homme	44 (89,8)	40 (95,2)	
Age			
- 25-40 ans	5 (10,2)	4 (9,5)	
- 41-55 ans	26 (53,1)	25 (59,5)	0,86
- plus de 55ans	18 (36,7)	13 (40)	
Lieu d'exercice			
- Charente	7 (14,3)	4 (9,5)	0,54
- Charente-Maritime	42 (85,7)	38 (90,5)	
Statut de salarié	7 (14,3)	5 (11,9)	0,74
Présence d'un associé	7 (14,3)	9 (21,4)	0,37
Nombre de salariés	4,1 ± 2,3	3,6 ± 2,3	0,35
Ancienneté sur le poste			
- moins de 5 ans	2 (4,1)	5 (11,9)	
- 5-10 ans	8 (16,3)	12 (28,6)	0,21
- 11-20 ans	21 (42,9)	13 (31)	
- plus de 20 ans	18 (36,7)	12 (28,6)	

N : effectif total des personnes ayant une présence ou non d'épuisement professionnel, n : effectif par variable, ET : écart-type, p : probabilité, **en gras** : résultat statistiquement significatif.

Tableau 8. Analyses univariées de l'association entre les facteurs étudiés et la présence d'épuisement professionnel (suite)

Variables	**Présence d'épuisement professionnel (N=49)** n (%) ou moyenne ± ET	**Absence d'épuisement professionnel (N=42)** n (%) ou moyenne ± ET	**Valeur de p**
Nombres d'heures hebdomadaires de 50 heures ou plus	32 (65,3)	24 (57,1)	0,42
Nombre de semaines de vacances annuelles	3,1 ± 2,1	3,4 ± 1,8	0,30
Problèmes financiers	27 (55,1)	19 (45,2)	0,35
Crainte ou incertitude sur une cessation d'activité à un an	24 (49,0)	11 (26,2)	**0,03**
Présence de situations de tensions dans les relations professionnelles	47 (95,9)	33 (78,6)	**0,02**
Sentiment de solitude	42 (85,7)	27 (64,3)	**0,02**
Etat de santé perçu mauvais ou très mauvais	11 (22,5)	2 (4,8)	**0,02**
Présence de symptômes dépressifs dans les 2 semaines précédentes	9 (18,4)	0 (0)	**0,003**
Participation au programme Prévention Pro Indépendant	2 (4,1)	1 (2,4)	1,00
Participation aux actions de prévention des organismes professionnels	3 (6,1)	2 (4,8)	1,00

N : effectif total des personnes ayant une présence ou non d'épuisement professionnel, n : effectif par variable, ET : écart-type, p : probabilité, **en gras** : résultat statistiquement significatif.

4.7 ANALYSES MULTIVARIÉES : AJUSTEMENT SUR LES FACTEURS DE CONFUSION

Nous avons ensuite réalisé des analyses multivariées pour éliminer un éventuel biais de confusion. Les facteurs avec un lien significatif au stress ou à l'épuisement professionnels ont été inclus dans l'analyse (valeur de $p < 0,05$), ainsi que ceux ayant une valeur de p entre 0,05 et 0,20 associés au stress au travail. Les résultats sont présentés dans les tableaux 9 et 10.

Nous avons trouvé 3 facteurs associés significativement au stress au travail et à l'épuisement professionnel :

- la **présence de situations de tensions** ($p = 0,02$) et le **sentiment de solitude** ($p = 0,02$) étaient associés au stress au travail ;
- l'**état de santé perçu comme étant mauvais ou très mauvais** ($p = 0,04$) était associé à l'épuisement professionnel.

Tableau 9. Facteurs associés au stress au travail : analyses multivariées

Variables	**Présence de stress au travail (N=61)** n (%) ou moyenne ± ET	**Absence de stress au travail (N=30)** n (%) ou moyenne ± ET	**OR [IC95%]**	**Valeur de p**
Situations de tensions dans les relations professionnelles	58 (95,1)	22 (73,3)	5,93 [1,27 ; 27,80]	**0,02**
Sentiment de solitude	52 (85,3)	17 (56,7)	3,66 [1,20 ; 11,19]	**0,02**
Nombre de semaines de vacances annuelles	3 ± 1,5	3,6 ± 1,5	0,86 [0,62 ; 1,19]	0,37
Nombres d'heures hebdomadaires de 50 heures ou plus	41 (67,2)	15 (50)	1,42 [0,45 ; 4,48]	0,55
Crainte ou incertitude sur une cessation d'activité à un an	27 (44,3)	8 (26,7)	1,30 [0,40 ; 4,20]	0,66
Problèmes financiers	34 (55,7)	12 (40)	0,94 [0,31 ; 2,86]	0,91
Présence de symptômes dépressifs dans les 2 semaines précédentes	9 (14,8)	0 (0)	Non défini	0,96

N : effectif total des personnes présentant ou non un épuisement professionnel, n : effectif par variable, ET : écart-type, OR : odds ratio, IC95% : intervalle de confiance à 95%, p : probabilité, **en gras** : résultat statistiquement significatif.

Tableau 10. Facteurs associés à l'épuisement professionnel : analyses multivariées

Variables	**Présence d'épuisement professionnel (N=49)** n (%)	**Absence d'épuisement professionnel (N=42)** n (%)	**OR [IC95%]**	**Valeur de p**
Etat de santé perçu mauvais ou très mauvais	11 (22,5)	2 (4,8)	5,92 [1,08 ; 32,38]	**0,04**
Présence de situations de tensions dans les relations professionnelles	47 (95,9)	33 (78,6)	4,62 [0,83 ; 25,76]	0,08
Crainte ou incertitude sur une cessation d'activité à un an	24 (49)	11 (26,2)	2,09 [0,76 ; 5,72]	0,15
Sentiment de solitude	42 (85,7)	27 (64,3)	2,24 [0,74 ; 6,71]	0,15
Présence de symptômes dépressifs dans les 2 semaines précédentes	9 (18,4)	0 (0)	Non défini	0,97

N : effectif total des personnes présentant ou non un épuisement professionnel, n : effectif par variable, OR : odds ratio, IC95% : intervalle de confiance à 95%, p : probabilité, **en gras** : résultat statistiquement significatif.

5. DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer la prévalence des risques psychosociaux rencontrés par les artisans du bâtiment employeurs de TPE.

Les résultats ont montré pour notre échantillon étudié que deux tiers des dirigeants exprimaient un stress au travail dans le mois précédant leur sollicitation à l'enquête (67 %). Nous avons constaté une prédominance du degré moyen d'épuisement professionnel au sein de l'échantillon (33 % de présence de *burnout* sur l'échelle de Pines) et un pourcentage de 20,9 % exprimant un degré élevé d'épuisement professionnel. La proportion de dirigeants connaissant un stress au travail et leur degré d'épuisement professionnel variait en fonction de l'âge, de leur ancienneté sur le statut et du nombre de salariés. Une répartition en fonction de la profession n'a pas été réalisée en raison de la possibilité pour les répondants de renseigner plusieurs métiers, ce qui aurait altéré la pertinence de l'interprétation en termes d'imputabilité. Il en est de même pour les analyses univariées.

L'étude a également mis en évidence une influence des situations de tensions dans les relations professionnelles et du sentiment de solitude dans le travail sur la présence de stress chez les personnes interrogées.

Un état de santé générale perçu comme étant mauvais ou très mauvais était associé à l'état d'épuisement professionnel.

Ces résultats montrent que les artisans ayant participé sont exposés aux RPS. Une revue de la littérature est nécessaire afin de comparer les niveaux de prévalence de stress et d'épuisement professionnels obtenus dans notre étude à ceux d'autres études.

5.1 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET REPRÉSENTATIVITÉ DE NOTRE ECHANTILLON D'ÉTUDE

Compte tenu du faible taux de répondants à notre enquête (6,8 % en Charente-Maritime, 1,5% en Charente, soit 4,8 % de réponses au total), nous avons voulu évaluer la représentativité de l'échantillon par rapport à la population cible. Les CAPEB n'étaient pas en mesure de nous informer sur les caractéristiques démographiques de leurs adhérents. Le Service Études-statistiques-évaluation (SESE) de la DIRECCTE Nouvelle-Aquitaine a été sollicité afin de

fournir des données sur la démographie des artisans employeurs de TPE en Charente et Charente-Maritime. Le SESE n'a eu la possibilité de nous renseigner que sur l'effectif et l'activité professionnelle de cette population, en fonction du nombre de salariés.

En raison de la possibilité de renseigner plusieurs activités dans notre étude, évoquée précédemment, l'évaluation de la représentativité sur le plan professionnel n'a pas pu être réalisée.

Du point de vue du nombre de salariés, selon les informations fournies par le SESE (données Sirene® au 31 janvier 2018, disponibles en annexe 3), la Charente et la Charente-Maritime comptabilisent un total de 3128 artisans dont 59 % d'employeurs de 1 ou 2 salariés, 28,1 % d'employeurs de 3 à 5 salariés et 12,9 % d'employeurs de 6 à 9 salariés. Notre population d'étude comprenait, elle, 36,3 % d'employeurs de 1 ou 2 salariés, 38,5 % d'employeurs de 3 à 5 salariés et 24,2 % d'employeurs de 6 à 9 salariés. D'après le test d'ajustement du Chi-2, la distribution observée dans notre population d'étude ne peut pas être associée à celle de la population source selon le nombre de salariés (valeur du chi-2 observé de 42,63 supérieure à la valeur du chi-2 seuil de 5,99). Nous ne pouvons donc pas affirmer la représentativité de notre échantillon d'étude, les résultats n'étant par conséquent pas généralisables à la population source.

5.2 DISCUSSION DE LA MÉTHODE

Au regard de notre objectif principal, nous avons réalisé une étude observationnelle transversale, les dirigeants de la population étudiée ayant été invités par e-mail à répondre au questionnaire, par le biais d'un organisme représentatif syndical. Cette méthode permet de cibler un nombre conséquent de dirigeants et ce, de façon rapide. Elle ne permet pas toutefois de contrôler la bonne réception de l'invitation à l'enquête par toutes les personnes ciblées. Il faut en effet considérer la possibilité de problèmes informatiques liés à l'envoi de l'e-mail, de son blocage par le secrétariat, d'une absence de lecture systématique des e-mails provenant de l'organisme syndical…

La différence du taux de réponse observé entre les deux départements pourrait s'expliquer par le mode de passation, différant sur un point : l'e-mail de sondage de la CAPEB de Charente-Maritime était uniquement dédié à notre enquête alors que celui de la CAPEB de Charente comprenait plusieurs sujets de newsletter.

Sur le plan de la littérature, l'enquête nationale annuelle ARTI SANTÉ BTP de 2016 menée par l'IRIS-ST a été adressée aux artisans du BTP et du paysage chefs d'entreprise de 0 à 19 salariés (59). La méthodologie employée consistait à faire passer un questionnaire en ligne via mailing, évaluant les conditions de travail et l'état de santé des sujets. Les répondants étaient au nombre de 2222, mais la méthodologie de l'enquête ne précisait pas le nombre de dirigeants ciblés.

L'étude de la CMA du Rhône de 2017 consistait à faire passer un questionnaire sur la santé et le stress au travail (le mode de passation n'ayant pas été précisé (57). Un entretien individualisé réalisé dans un second temps était proposé aux répondants. L'enquête affichait un taux de réponse de 26,5 %.

Concernant l'enquête menée par l'observatoire Amarok en partenariat avec la FFB (58), les résultats auxquels nous avons eu accès ne précisent pas la méthode employée. Nous avons démarché en vain l'observatoire afin d'obtenir des précisions sur l'étude. Néanmoins, compte tenu du manque de travaux réalisés auprès de cette population, nous avons choisi de l'inclure dans notre interprétation vis-à-vis de la revue de littérature.

5.3 DISCUSSION DES RÉSULTATS ET COMPARAISON AVEC LA REVUE DE LITTÉRATURE

5.3.1 Critère de jugement principal

- **<u>Stress au travail</u>**

Les répondants de notre étude présentaient une moyenne de stress au travail dans le mois précédent de 6,02 sur 10 (écart type de 2,26). De plus, nous avons observé un niveau de stress plus élevé pour une ancienneté allant de 5 à 10 sur le poste d'entrepreneur et pour un effectif réduit de salariés. Nous n'avons pas recherché les sources de stress des dirigeants constituant notre population d'étude et ne pouvons donc pas expliquer les causes de cette répartition.

Si l'on s'intéresse à la population d'artisans du bâtiment, l'enquête de santé ARTI SANTÉ BTP a mis en évidence un stress au travail moyen de 6,33 sur une échelle allant de 1 à 10. Comme tend aussi à le montrer notre étude, les dirigeants du BTP connaissaient un stress plus élevé lorsqu'ils possédaient une ancienneté allant de 6 à 10 ans. Ils étaient par contre de plus en plus nombreux à déclarer un haut niveau de stress à mesure que le nombre de leurs salariés

augmentait. Dans l'étude, les contraintes administratives et la charge de travail apparaissaient comme les causes principales de stress.

Afin de comparer nos résultats à des travaux ayant utilisé le même instrument, nous nous sommes intéressés à des populations autres que celles des dirigeants. La revue de littérature de Lesage et Chamoux sur l'utilisation de l'EVA dans l'évaluation du stress professionnel relatait des niveaux de stress moins élevés que ceux observés auprès de notre population d'étude (61) : les auteurs citent en effet la première enquête nationale multicentrique où l'échelle a été utilisée, menée par un service de médecine du travail dans laquelle le niveau moyen de stress au travail d'une population de 2436 personnes était de 3,68 (écart type de 2,42) (résultats indiqués dans la revue Références en Santé au travail (60)). Une deuxième étude réalisée auprès de 488 personnes et citée dans cette même revue de littérature mettait en évidence une proportion de 22,6 % de personnes ayant un score supérieur à 6. Les professions des participants de ces études n'ont pas été précisées.

Ce comparatif laisse supposer que les répondants de notre étude connaîtraient un niveau de stress lié au travail plus élevé que certaines populations en dehors des dirigeants.

- **<u>Épuisement professionnel</u>**

La prévalence de l'épuisement professionnel dans l'échantillon étudié ici était représentée par un score moyen de 3,49 (écart type : 1,04) sur l'échelle de mesure du *burnout* de Pines (version courte – BMS). Les femmes apparaissaient en moyenne légèrement plus touchées par l'épuisement professionnel que les hommes.

Les scores observés dans notre étude sont légèrement supérieurs au score moyen de 2,66 (écart type de 0,93) obtenu lors de l'étude de Fernet et al. effectuée auprès d'une population de dirigeants de TPE-PME urbaines françaises hors secteur agricole (52).

Dans l'étude de Lechat et Torrès auprès d'une population de dirigeants propriétaires de TPE-PME en France (15), composée à 48 % de dirigeants de TPE, les moins de 45 ans étaient plus nombreux à avoir un risque élevé d'épuisement professionnel et les femmes étaient également à risque plus élevé de manière similaire à notre étude. La répartition des scores de l'échelle BMS montre que 90 % des répondants avaient un « risque très faible ou faible d'épuisement professionnel », 9 % avaient des « scores élevés de *burnout* » et 0,9 % devaient être considérés « à risque élevé ». Les chiffres obtenus dans notre étude semblent plus élevés. Cependant, malgré la référence faite à l'outil de mesure BMS version française, Lechat et

Torrès ont classé les scores obtenus en 6 classes au lieu de 5. La comparaison avec nos travaux est donc difficile.

Si l'on compare nos résultats à d'autres travaux ayant utilisé le BMS auprès d'autres populations que celle des chefs d'entreprise, on retrouve des scores semblables dans l'étude de validation de la version française du BMS réalisée auprès d'une population de travailleurs industriels et éducatifs (29), pour laquelle les femmes présentaient un score de 3,42 (écart type : 1,01), supérieur à celui des hommes (moyenne de 3,03 avec écart type de 0,83).

En ce qui concerne les artisans, l'enquête ARTI SANTÉ BTP se penchait sur les antécédents de *burnout* (8 % des artisans) et le sentiment d'en avoir connu un (29 % des artisans). L'enquête de l'observatoire Amarok évaluait le risque de *burnout* (16,4 % des dirigeants) mais nous n'avons pas connaissance de l'instrument utilisé.

Après avoir effectué cette revue de littérature, les artisans de notre population d'étude apparaitraient davantage exposés à un risque d'épuisement professionnel que certaines populations de dirigeants, affichant en même temps une prévalence semblable à d'autres populations de travailleurs. Afin d'effectuer un meilleur comparatif, il aurait été nécessaire de détenir d'autres études utilisant le BMS et réalisées auprès de populations de dirigeants et particulièrement d'artisans.

Malgré l'évaluation de la présence d'un épuisement professionnel dans la population étudiée ici, les artisans étaient peu nombreux à avoir reçu ce diagnostic par un professionnel de santé. Cette proportion augmente cependant avec celle du degré de *burnout* évalué. Nous pouvons donc supposer que certains artisans faisant partie de notre échantillon et se trouvant en situation de détresse psychologique auraient davantage tendance à avoir recours aux soins.

5.3.2 Facteurs associés au stress et à l'épuisement professionnel

Les études au sujet des artisans citées précédemment ne font pas l'analyse de la corrélation entre ces facteurs et la présence de stress ou d'épuisement professionnel.

Notre étude a mis en évidence une probable association, dans notre échantillon étudié, entre le stress des dirigeants et la présence de situations de tension dans les relations de travail. Ce phénomène est analysé dans la thèse de Ben Tahar au travers d'une étude menée auprès de

dirigeants de PME (51), les relations interpersonnelles (qui équivalent à des exigences émotionnelles) y apparaissant également comme source possible d'un *burnout*.

Le sentiment de solitude dans la gestion de l'entreprise aurait une influence sur le stress des artisans de la population que nous avons étudiée. Torrès met en avant le fait que le chef d'entreprise n'est pas épargné par la solitude et l'isolement social (reconnu comme facteur pathogène pour les travailleurs), lors de la création de son entreprise ou lors de la prise de décision liée à sa gestion (64). Il s'agit également le concernant d'un facteur de risque de suicide du dirigeant (65).

Concernant l'épuisement professionnel, après analyses multivariées, seule la perception d'un état de santé générale dégradé y serait associée. Une étude (ne pouvant pas être généralisée au vu d'un petit effectif) met en relation le mauvais état de santé des dirigeants de l'étude et la fermeture de leur entreprise (48). Une hypothèse sur le lien mis en évidence dans notre étude serait que la santé ressentie comme étant dégradée constitue une baisse de ressources individuelles, celles-ci étant nécessaires pour faire face aux contraintes liées la gestion d'une entreprise. Selon la définition du risque psychosocial, il y aurait alors inadéquation entre les demandes et contraintes liées au travail et les possibilités de l'individu pour y faire face. Ce même facteur pourrait aussi être cause et conséquence d'un épuisement professionnel. L'état de santé perçu constitue, en outre, un critère subjectif limitant la comparabilité à d'autres travaux.

5.3.3 Critères de jugement secondaires

- **<u>Conditions de travail et situation de l'entreprise</u>**

Face à cette évaluation des risques psychosociaux et compte tenu de leur définition, il nous a paru important d'évaluer l'environnement de travail de notre population d'étude par rapport aux travaux existants.

Les dirigeants de notre étude feraient face à un rythme de travail intense. Ils avaient une amplitude horaire élevée puisque 61,5 % d'entre eux déclaraient travailler plus de 50 heures par semaine, prenant en moyenne 3,2 semaines de vacances annuelles (écart type de 1,9). Dans le questionnaire de l'enquête, il était précisé « congés réellement pris ». En effet, un commentaire de la part d'un dirigeant répondant à notre sondage test avait précisé que malgré

la fermeture de l'entreprise pour congés annuels, il continuait à travailler et prenait donc moins de vacances que ce qu'il déclarait officiellement.

Les résultats sont similaires à ceux obtenus lors de l'enquête ARTI SANTÉ BTP au cours de laquelle 63 % des dirigeants ont admis travailler plus de 50 heures par semaine. De manière également semblable aux résultats de notre étude, les dirigeants possédant de 6 à 10 ans d'ancienneté étaient les plus concernés par cet important volume horaire de travail.

En ce qui concerne les problèmes rencontrés dans leur entreprise, la moitié des dirigeants de notre échantillon ont déclaré connaître des problèmes financiers. Cette situation économique défavorable n'altère cependant pas systématiquement la perception qu'ils ont de l'avenir de leur entreprise, 61,5 % des dirigeants ne craignant pas la cessation de leur activité dans l'année pour raisons économiques. La survenue de situations de tension dans les relations professionnelles concerne 7 artisans sur 8. Il n'a pas été distingué les relations avec les salariés de celles entretenues avec les fournisseurs ou les banquiers : les premières peuvent avoir des conséquences sur l'ambiance de travail, se faisant parfois rapidement sentir au sein d'une TPE, les secondes auraient plutôt un impact sur la situation économique ou organisationnelle de l'entreprise. Les unes et les autres peuvent être à l'origine de risques psychosociaux.

Lors de l'enquête réalisée par la CMA du Rhône (57), 54 % des dirigeants relataient des problèmes financiers, de façon semblable à notre étude. Par contre, la survenue de situations de tension (73 % des dirigeants) diffère par rapport à notre échantillon (87,9 %).

Le sentiment de solitude dans le travail était prédominant dans notre étude, concernant 75,8 % des dirigeants. Ce résultat est semblable à celui obtenu dans l'enquête de la CMA du Rhône où 78 % de la population d'étude faisaient part de ce sentiment.

Au vu de ces résultats, une majorité de dirigeants de notre population incluse serait exposée à des facteurs décrits par Torrès et Lechat comme étant des « stresseurs évènementiels de l'activité du dirigeant » (4) : problèmes de trésorerie, surcharge de travail du dirigeant, conflits avec un fournisseur, un salarié ou un client.

- **État de santé**

Les RPS peuvent avoir pour conséquences l'apparition ou l'aggravation de conduites addictives. Afin de ne pas rallonger notre questionnaire d'étude, nous avons choisi d'évaluer les consommations de toxiques (et non les addictions), permettant d'estimer l'hygiène de vie des artisans.

Le pourcentage de fumeurs évalué dans notre échantillon est similaire à celui des artisans de l'étude de la CMA du Rhône qui était de 29 %. Les autres consommations n'étaient pas évaluées individuellement dans cette étude. Dans l'enquête ARTI SANTÉ BTP, on dénombrait 24 % de fumeurs (dont 18 % au quotidien) et 11 % de consommateurs quotidiens de boissons alcoolisées, résultats supérieurs à ceux de notre étude.

Les questions permettant d'appréhender les consommations de toxiques contenues dans notre étude sont celles utilisées par les baromètres santé de 2017 (66) et 2014 (67). Si on observe la population des 18-75 ans de France métropolitaine, la consommation quotidienne d'alcool était présente chez 10 % d'entre eux. La consommation régulière de cannabis dans la population française concernait 3 % des 18-64 ans interrogés par le baromètre santé 2014.
Lorsqu'on regarde la population des 15-85 ans interrogée par le baromètre santé de 2010 (68), 35,1 % des personnes interrogées déclaraient avoir pris un médicament psychotrope au moins une fois dans leur vie.
Ces différentes analyses obligent cependant à une prudence dans l'interprétation, car les artisans de notre échantillon d'étude n'avaient pas les mêmes catégories d'âge que les participants des baromètres santé, l'âge étant un facteur pouvant avoir une influence sur les consommations de toxiques et de médicaments psychotropes.

En ce qui concerne l'activité extraprofessionnelle, les dirigeants de notre étude étaient plus nombreux à en exercer une que ceux de l'étude de la CMA du Rhône (52,6 % contre 40 %).

Les artisans de notre échantillon s'estimaient globalement en assez bon état général. On note que 13,3 % des artisans ont évalué leur état de santé comme mauvais voire très mauvais, ce facteur ayant un lien significatif avec l'épuisement professionnel dans l'étude.

Près des deux tiers des artisans répondants déclaraient l'existence d'une pathologie chronique. Les maladies chroniques ou à caractère durable contenues dans notre enquête sont listées dans l'EHIS-ESPS (69). Les résultats de cette enquête européenne montraient que 38,9 % des artisans/commerçants se déclaraient atteints d'une des maladies.

Les TMS dorsaux ou lombaires arrivaient en tête des pathologies déclarées par les dirigeants de notre population incluse (37,4 %). Cependant, au-delà d'une possible origine psychosociale, la prévalence de TMS mesurée dans notre étude peut paraître en cohérence avec le type d'activité professionnelle, les artisans du bâtiment exerçant un métier comprenant des contraintes physiques importantes.
Compte tenu de notre sujet d'étude, nous pouvons également noter qu'ils étaient 14,3 % à déclarer une dépression ou une anxiété chronique. Ces observations sont proches mais néanmoins supérieures à celles du baromètre ARTI SANTÉ BTP où 8 % des artisans déclarent avoir fait une dépression au cours des 5 années précédentes.
Ces pathologies ne sont cependant pas spécifiques au stress et peuvent avoir une étiologie différente. Notre étude ne permet pas d'affirmer la causalité des maladies observées.

L'évaluation de la prévalence et de l'intensité des symptômes dépressifs par l'échelle PHQ-8 révèle que 9,9 % des dirigeants de notre population d'étude auraient présenté des symptômes dépressifs dans les deux semaines précédant leur réponse à l'enquête. Ce taux est légèrement supérieur à celui de 7 % évalué lors l'enquête EHIS-ESPS réalisée auprès de la population française (63). Les artisans de notre échantillon d'étude présenteraient donc une vulnérabilité vis-à-vis de la dépression similaire à la population française.

En ce qui concerne le recours aux soins, la plupart des dirigeants ayant répondu à notre questionnaire ne semblait pas négliger son suivi médical : 80,2 % ont un suivi avec leur médecin généraliste datant de moins de douze mois, ce qui est similaire aux actifs occupés de la population interrogée dans l'enquête EHIS-ESPS (84,3 %) (69).

- **<u>Prévention</u>**

Les artisans étaient peu nombreux dans notre étude à participer à des actions de prévention de santé au travail. Ils ont été sondés à propos de leur adhésion au programme de Prévention Pro Indépendants et de leur participation aux formations et actions de prévention organisées par les organismes professionnels. Ces résultats interrogent sur les causes de ce faible taux de participation.

Dans le cadre de notre enquête, nous avons démarché sans succès les CMA de Charente et de Charente-Maritime afin d'obtenir des informations concernant la mise en œuvre des actions de prévention des RPS à destination des entrepreneurs. La CMA du Rhône a accepté de nous

transmettre les résultats de l'enquête de santé qu'elle a entreprise, précisant les actions qu'elle mène dans le cadre des RPS.

Sur le plan de la prévention secondaire et tertiaire, Monsieur Marc Binnié (fondateur d'APESA France) nous a informés qu'il n'était pas en mesure de nous fournir des données chiffrées sur les artisans du bâtiment s'étant trouvé concernés par le dispositif, mais nous a affirmé que globalement, les entrepreneurs étaient réceptifs à l'aide offerte. L'enquête menée par l'observatoire Amarok en partenariat avec la FFB révèle que 47,1 % des entrepreneurs du BTP interrogés ne répondraient pas à un dispositif d'écoute psychologique en cas de détresse alors que 42,8 % y seraient favorables (58). L'étude précise que plus les entrepreneurs sont exposés à un risque de *burnout*, plus ils approuvent ce dispositif d'aide. Ceci amène à conclure que les dirigeants seraient engagés dans une démarche plutôt curative que préventive.

Dans le cadre de notre étude, nous avons interrogé les artisans sur la possibilité d'un suivi médico-professionnel des employeurs en service de santé au travail. Les résultats ont révélé que notre échantillon était majoritairement favorable à un suivi périodique en consultation de médecine du travail. Ce résultat est cependant suivi de près par une préférence pour l'absence de suivi en SST, ce qui témoigne d'avis relativement divergents sur l'ensemble de la population d'étude.

Une proportion de 23,1 % des artisans montrait un intérêt pour un suivi en consultation uniquement s'ils en éprouvent le besoin. Cette forme de suivi est celle qui est mise en place au sein de la MSA pour les employeurs et exploitants agricoles. Elle ne garantit pas que l'employeur fasse appel au service, néanmoins elle laisse une porte d'entrée à la prise en charge.

Enfin, les artisans étaient moins favorables à la passation d'un questionnaire de santé par le médecin du travail selon une périodicité définie et à l'information orale ou écrite sur les signes de stress au travail au moment de leur adhésion au service. Ces choix peuvent témoigner d'une volonté de prise en charge plus approfondie et du souhait d'avoir la possibilité de s'entretenir « en personne » avec le professionnel de santé.

Une analyse stratifiée a montré que les dirigeants exprimant un stress lié au travail et ayant un degré élevé d'épuisement professionnel étaient pour la plupart favorables à un suivi périodique en SST. Paradoxalement, les artisans en faible degré d'épuisement étaient aussi favorables au suivi périodique. Ceux ayant un très faible degré de *burnout* se sont plutôt tournés vers d'autres formes de prévention, qui ne concernent pas le SST.

L'analyse des réponses ouvertes au sujet de ces autres propositions montrait que certains dirigeants de notre échantillon aimeraient améliorer leurs conditions et leur environnement de travail. Ces réponses révèlent que les artisans auraient sensiblement identifié des facteurs de risque pouvant avoir des conséquences sur leur santé : charge de travail (manque de vacances), charges administratives, problèmes financiers, manque de soutien social. Ils préfèreraient également une prise en charge par leur médecin traitant ; cela traduit un probable défaut de connaissance du rôle propre du médecin du travail. Une hypothèse serait que le médecin traitant représente une figure de confiance et de proximité vers laquelle les dirigeants s'orienteraient plus facilement. Néanmoins, cet avis rejoint le dispositif mis en place par la sécurité sociale pour les indépendants consistant en un suivi médico-professionnel assuré par le médecin traitant, auquel peu de dirigeants de notre population adhéraient.

5.4 LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE

Le déroulement de notre étude comporte des limites que nous exposerons ici dans l'ordre des différentes étapes de notre travail.

Dans un premier temps, au cours de l'évaluation de l'état de la question et particulièrement au sujet des artisans du bâtiment, plusieurs organismes ont accepté de répondre à nos interrogations ou de nous fournir des informations. Certains n'ont toutefois pas répondu à nos multiples sollicitations (CMA de Charente, CMA de Charente-Maritime, FFB de Charente), cause d'un probable manque d'exhaustivité dans nos recherches.

L'enquête a été réalisée entre juillet et octobre, cette période de vacances pouvant influencer l'état de santé mentale des artisans. Il est également possible que ces derniers aient donné des réponses différentes en fonction du moment où ils ont participé (début ou fin d'étude).

Un biais de sélection a pu être généré par la méthode de passation des questionnaires. Nous n'avons en effet pas d'éléments concernant la représentativité des dirigeants adhérents à la CAPEB par rapport à la population plus générale des dirigeants artisans du bâtiment. De plus, les participants étaient volontaires et peut-être plus soucieux de la question des RPS ou de la santé au travail. Cela a pu conduire à une surévaluation de la prévalence des RPS ou à une surestimation des avis favorables à un suivi périodique en médecine du travail.

Parce qu'il s'agissait d'un auto-questionnaire en ligne, la compréhension des questions et la justesse des déclarations n'ont en outre pas pu être vérifiées, induisant un probable biais de réponse.

Le faible taux de participation à notre étude est à l'origine d'un défaut de représentativité de notre échantillon par rapport à la population cible et d'un possible biais d'estimation. Il aurait été intéressant d'effectuer une sensibilisation auprès des artisans en amont de l'étude, par exemple sous la forme d'un courrier préalable annonçant l'enquête. Une recherche des causes de non-réponse aurait pu apporter des informations utiles : manque de temps, manque d'intérêt pour le sujet de l'étude, absence de réception ou de lecture des e-mails, par exemple.

La comparaison de nos travaux avec la revue de littérature utilisant l'instrument de mesure BMS montre que les participants de notre étude avaient un risque d'épuisement professionnel plus élevé que d'autres populations de dirigeants, ce qui discute également la représentativité de notre échantillon. Seulement, nous pouvons noter que les études antérieures incluent les dirigeants de PME et la taille de l'entreprise pourrait influencer le degré d'épuisement professionnel. En effet, l'étude de Lechat et Torrès menée auprès de dirigeants de TPE-PME a montré que le risque d'épuisement professionnel était plus élevé pour les dirigeants d'entreprises de petite taille, le résultat étant non significatif (15). Concernant l'évaluation du stress perçu au travail, l'absence de consensus sur le format de l'EVA rend difficile la comparaison avec d'autres travaux, ainsi que le choix du seuil de 6 définissant la présence de stress tel que l'a défini Chamoux peut induire un biais de classement. En effet, Lesage et Chamoux précisent que la sensibilité de l'outil peut varier en fonction du seuil choisi (61).

Par ailleurs, il a pu exister un biais d'interprétation, les résultats de l'analyse statistique manquant en effet de précision (intervalles de confiance à 95% parfois larges), probablement en raison du faible effectif représenté par notre échantillon.

Le manque de données fournies par la recherche actuelle à propos des artisans nous a enfin amené à comparer nos résultats avec des travaux réalisés auprès d'autres populations, altérant la pertinence de nos interprétations.

5.5 INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES

La pertinence de notre étude réside dans le fait que le sujet des risques psychosociaux chez les dirigeants constitue un enjeu politique, économique et sanitaire. Entre le moment où nous

avons commencé ce travail et son aboutissement, les travaux sur la santé des chefs d'entreprise de PME (et dans une moindre mesure, de TPE) se sont multipliés, ce qui traduit une prise en compte de l'importance du sujet par la société.

Santé Publique France réalise notamment une étude auprès des travailleurs indépendants actifs et anciens actifs nommée COSET-RSI puis COSET-Indépendants (COSET signifiant cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail), ayant pour objectif de mesurer leur état de santé, de décrire leurs caractéristiques professionnelles et conditions de travail et de les mettre en lien avec leur problèmes de santé et enfin de mettre en place des actions préventives ciblées. Les derniers questionnaires ont été recueillis en juillet 2018 et les premiers résultats seront disponibles en 2019. Cette étude incluait les actifs affiliés au RSI dont les artisans (70).

Notre étude se montre innovante dans la réflexion sur le suivi médico-professionnel des employeurs de TPE du régime général en service de santé au travail.
Cette question a été récemment soulevée par le rapport de Madame Lecocq au sujet de la santé au travail, qui indique : « Le chef d'entreprise, l'artisan […] ne sont *a priori* pas moins exposés aux risques professionnels ou de précarité que les autres. Lorsqu'ils sont par ailleurs également employeur, l'altération de leur propre santé peut en outre avoir un effet sur la situation de leurs salariés ». Ce rapport propose que « le futur système de prévention des risques professionnels [soit] en mesure d'accueillir ces populations, pour le bénéfice de toutes et tous » (71).

L'AIPALS, SST interentreprises de la ville de Montpellier, a intégré dans un « livre blanc » le souhait d'inclure les dirigeants au suivi des travailleurs dans leur pratique (72), ceci sous la forme d'un suivi individuel sans notion d'aptitude. Ce SST suppose qu'un dirigeant d'entreprise qui surveille son propre état de santé au travail serait plus attentif à celui de ses collaborateurs ainsi qu'aux risques professionnels.

Compte tenu de la prévalence du stress et de l'épuisement professionnel observé auprès de notre échantillon de dirigeants d'entreprise, et du fait que nos résultats ne soient pas généralisables à la population des artisans employeurs de TPE, il serait pertinent de multiplier des travaux de recherche de plus grande envergure, interrogeant plus spécifiquement les RPS, dans le but d'améliorer leur prévention auprès de cette population.

6. CONCLUSION

Notre étude, portant sur les risques psychosociaux auxquels sont exposés les artisans du bâtiment employeurs dans de très petites entreprises, a montré que les dirigeants ayant participé auraient une prévalence élevée de RPS par rapport à d'autres populations. Ils seraient confrontés à des facteurs de risques psychosociaux pouvant éventuellement affecter leur santé mentale. En effet, un sentiment de solitude prédominant dans l'étude, le vécu de situations de conflits dans les relations professionnelles et la perception d'une altération de l'état de santé générale sont corrélés à la présence de stress et d'épuisement professionnels.
Au regard de ces observations, l'étude met en évidence une nécessité d'accompagnement et de prise en charge médico-professionnelle de ces chefs d'entreprise.

Malgré des avis divergents, ces artisans sont pour la plupart favorables à un suivi périodique en médecine du travail. Le médecin du travail (et par extension l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail) est compétent pour détecter les facteurs de risques psychosociaux. Il détient un rôle de conseiller au sujet des mesures préventives à mettre en place afin que le travail ne nuise pas à la santé des personnes qui l'effectuent. Une prise en charge médico-professionnelle des employeurs de petites entreprises en Service de Santé au Travail constitue une piste de réflexion à laquelle les artisans de notre échantillon adhèrent pour la majorité.

En raison des limites de notre étude, ces données ne nous permettent cependant pas de confirmer l'hypothèse d'une prévalence élevée de RPS dans la population générale des dirigeants de TPE. Néanmoins, ces observations démontrent qu'une partie de ces dirigeants pourrait être exposée à un risque psychosocial.

Le secteur artisanal constitue une bonne cible pour mesurer l'état de santé des chefs d'entreprises car il représente une large proportion des TPE françaises. Cette étude démontre l'intérêt de recueillir davantage de données sur la santé au travail des dirigeants de TPE pour renforcer le développement d'actions de prévention ciblées. La santé d'une petite entreprise étant dépendante de celle de son dirigeant, il nous faut chercher à préserver l'état de santé au travail de ce dernier.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Code du travail - Article L4622-2. Code du travail.

2. Code du travail - Article R4623-1. Code du travail.

3. Cohidon C, Santin G, DST, UMRESTTE. Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee [Internet]. 2007. 75 p. [cité le 5 déc 2018] Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3538

4. Lechat T, Torrès O. Les risques psychosociaux du dirigeant de PME : typologie et échelle de mesure des stresseurs professionnels. Revue internationale PME: Économie et gestion de la petite et moyenne entreprise. 2016;29(3-4):135.

5. Ahmad SZ, Salim FAA. Sources of stress and the coping mechanism for Malaysian entrepreneurs. Afr J Bus Manage. 2009;3:311-6.

6. Nasse P, Légeron P, Bertrand X. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail [Internet]. 12 mars 2008;94. [cité le 7 déc 2018]. Disponible sur: http://www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/documents/fiches_rps/rapport_l%C3%A9geron.pdf

7. Expertise collective Inserm. Rachialgies en milieu professionnel-Quelles voies de prévention? [Internet]. [cité le 5 déc 2018]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/211/expcol_1995_rachialgies.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser [Internet]. :223. [cité le 5 dec 2018]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

9. Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. [cité le 7 déc 2018]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html

10. BRUN C, Guide pour une démarche de prévention pluridisciplinaire, ARACT Aquitaine.pdf [Internet]. [cité le 14 déc 2018]. Disponible sur: https://nouvelle-aquitaine.aract.fr/images/documentsRPS/rps_guide_aract_aquitaine.pdf

11. ELVIE, Une méthode de diagnostic et de prévention des risques psychosociaux au travail, guide d'utilisation. ARACT Martinique. Edition 2009.pdf [Internet]. [cité le 14 déc 2018]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/ELVIE-ARACT_Martinique.pdf

12. Institut National de Recherche et de Sécurité. Stress au travail. Ce qu'il faut retenir - Risques - dossier INRS [Internet]. [cité le 19 déc 2018]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/risques/stress/ce-qu-il-faut-retenir.html

13. DGT, Anact, INRS. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout-Mieux comprendre pour mieux agir. [Internet]. [cité le 31 déc 2018]. Disponible sur:https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

14. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annual Review of Psychology. 2001;52(1):397-422.

15. Lechat T, Torrès O. Exploring Negative Affect in Entrepreneurial Activity: Effects on Emotional Stress and Contribution to Burnout. In: Ashkanasy NM, Härtel CEJ, Zerbe WJ, éditeurs. Research on Emotion in Organizations [Internet]. Emerald Group Publishing Limited; 2016 [cité le 10 mars 2019]. p. 69-99. Disponible sur: http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/S1746-979120160000012003

16. Selye H, editor. Stress in Health and Disease [Internet]. Toronto: Butterworth-Heinemann; 1976. [cité le 31 dec 2018]. 1301 p. Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=wrfYBAAAQBAJ

17. Chouanière D. Pourquoi et comment le stress au travail est dangereux pour la santé . La Santé de l'homme. oct 2008;(397):4-6.

18. Institut National de Recherche et de Sécurité. Stress au travail. Effets sur la santé - Risques - dossier INRS [Internet]. 2017 [cité le 31 déc 2018]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html#f3d0c7f5-5a8a-41c0-83af-45fff8939778

19. Code de la sécurité sociale - Article L461-1 modifié par la loi n°2015-994 du 17 août 2015. Code de la sécurité sociale.

20. Groupe de travail de la Commission des pathologies professionnelles du COCT (Conseil d'orientation sur les conditions de travail), ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique. Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle. Partie 1 : pathologies psychiques. Rapport final. Références en Santé au Travail. mars 2013;(133):75-86.

21. Code de la sécurité sociale - Articles R743-1 à 3. Code de la sécurité sociale.

22. Czuba C, Frimat P. Les risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ? L'approche française du droit de la santé mentale au travail. Les Cahiers de droit. 2013;54(2-3):413.

23. LOI n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. 2011-867 juill 20, 2011.

24. Niedhammer I, Chastang J-F, Levy D, David S, Degioanni S. Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. Travailler. 2007;n° 17(1):47-70.

25. Guignon N, Niedhammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003. Documents pour le Médecin du Travail. sept 2008;(115):389-98.

26. Langevin V, François M, Boini S, Riou A. Évolutions et Relations en Santé au Travail (EVREST). Documents pour le Médecin du Travail. sept 2011;(127):462-5.

27. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Maslach Burnout Inventory (MBI). Références en Santé au Travail. sept 2012;(131):157-9.

28. The Maslach Burnout Inventory Manual Third Edition [Internet]. [cité le 17 janv 2019]. Disponible sur:

https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7.pdf

29. Lourel M, Gueguen N, Mouda F. L'évaluation du burnout de Pines: adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10). Pratiques Psychologiques. 1 sept 2007;13(3):353-64.

30. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. 2002-73 janv 17, 2002.

31. Code du travail | Legifrance Articles L4121-1 à 5 [Internet]. [cité le 9 déc 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528

32. Code du travail - Article L4122-1. Code du travail.

33. Accord national interprofessionnel sur le stress au travail 2 juillet 2008 [Internet]. [cité le 9 déc 2018]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Accord_stress_travail_Fr.pdf

34. Arrêté du 23 avril 2009 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le stress au travail.

35. Décret n° 2008-1354 du 18 décembre 2008 relatif aux critères permettant de déterminer la catégorie d'appartenance d'une entreprise pour les besoins de l'analyse statistique et économique. 2008-1354 déc 18, 2008.

36. Loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat.

37. Décret n°98-247 du 2 avril 1998 relatif à la qualification artisanale et au répertoire des métiers - Article Annexe. 98-247 avr 2, 1998.

38. Réseau de la Capeb. Chiffres clés 2017. [Internet]. [cité le 10 janv 2019]. Disponible sur: http://www.capeb.fr/www/capeb/media//capeb-chiffres-cles-2017.pdf

39. Chambre de Métiers et de l'Artisanat du Poitou-Charentes. Observatoire de l'Artisanat-Les artisans en Poitou-Charentes au 31 décembre 2014.pdf [Internet]. [cité le 13 févr 2019]. Disponible sur: http://www.cm-86.fr/Portals/87/basedoc/Chiffres%20cl%C3%A9s/chiffres-cles-au-31-12-2014_web.pdf

40. Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 avr 2010;58(2):139-50.

41. MSA - Plan Sante-Securite au Travail 2016-2020.pdf [Internet]. [cité le 6 janv 2019]. Disponible sur: https://www.msa.fr/lfy/documents/11566/112905/MSA+-+Plan+Sante-Securite+au+Travail+2016-2020.pdf

42. Torrès O. La santé du dirigeant: De la souffrance patronale à l'entrepreneuriat salutaire. De Boeck Superieur; 2017. 258 p.

43. Les chiffres clés | Le portail des Chambres de Métiers et de l'Artisanat [Internet]. [cité le 7 janv 2019]. Disponible sur: https://www.artisanat.fr/reseau-des-cma/un-reseau-de-proximite/les-chiffres-cles

44. Bournois F, Duval-Hamel J, Roussillon S, Scaringella J-L. Comités exécutifs: Voyage au coeur de la dirigeance. Editions Eyrolles; 2011. 876 p.

45. Silva A, Nobre N. Students' Entrepreneurial Propensity: An Exploratory Study from a Portuguese Polytechnic School. Journal of Entrepreneurship & Organization Management. 2018;07(01).

46. Gevaert J, Moortel DD, Wilkens M, Vanroelen C. What's up with the self-employed? A cross-national perspective on the self-employed's work-related mental well-being. SSM Popul Health. 5 avr 2018;4:317-26.

47. Gunnarsson K, Vingård E, Josephson M. Self Rated Health and Working Conditions of Small-Scale Enterprisers in Sweden. Industrial Health. 2007;45(6):775-80.

48. Chao L-W, Pauly M, Szrek H, Pereira NS, Bundred F, Cross C, et al. Poor Health Kills Small Business: Illness And Microenterprises In South Africa. Health Affairs. mars 2007;26(2):474-82.

49. Cocker F, Martin A, Scott J, Venn A, Sanderson K. Psychological distress, related work attendance, and productivity loss in small-to-medium enterprise owner/managers. Int J Environ Res Public Health. 15 oct 2013;10(10):5062-82.

50. Hessels J, Rietveld CA, van der Zwan P. Self-employment and work-related stress: The mediating role of job control and job demand. Journal of Business Venturing. 1 mars 2017;32(2):178-96.

51. Ben Tahar Y. Analyse du burnout en entrepreneuriat : étude empirique sur les dirigeants de PME [thèse de doctorat en Sciences de gestion-section CNU n 06].pdf [Internet]. [cité le 18 janv 2019]. Disponible sur: http://www.observatoire-amarok.net/sites/wordpress/wp-content/uploads/2017/12/these_yosr_ben_tahar-2.pdf

52. Fernet C, Torrès O, Austin S, St-Pierre J. The psychological costs of owning and managing an SME: Linking job stressors, occupational loneliness, entrepreneurial orientation, and burnout. Burnout Research. 1 juin 2016;3(2):45-53.

53. Benz M, Frey BS. The value of doing what you like: Evidence from the self-employed in 23 countries. Journal of Economic Behavior & Organization. 1 déc 2008;68(3):445-55.

54. Stephan U, Roesler U. Health of entrepreneurs versus employees in a national representative sample. Journal of Occupational and Organizational Psychology. sept 2010;83(3):717-38.

55. Lechat T. Les événements stressants et satisfaisants de l'activité entrepreneuriale et leur impact sur la santé du dirigeant de PME [thèse de doctorat en Sciences de gestion-section CNU n 06]:381.pdf [Internet]. [cité le 18 janv 2019]. Disponible sur: http://www.observatoire-amarok.net/sites/wordpress/wp-content/uploads/2017/12/these_thomas_lechat_2014-2.pdf.

56. Lesage F-X, Salles J, Deschamps F. Self-employment in joinery: An occupational risk facor? Int J Occup Med Environ Health. 21 juin 2014;27(3):355-63.

57. Enquête : La santé des dirigeants d'entreprises artisanales [Internet]. calameo.com. [cité le 13 févr 2019]. Disponible sur: https://www.calameo.com/read/0033181184ee6ce14c4c9

58. Fédération Française du Bâtiment. Santé du dirigeant de BTP Le burn-out, un danger évitable! Bâtiment actualité Le journal des artisans et des entrepreneurs [Internet]. 9 mai 2018;(8):4. [cité le 19 janv 2019]. Disponible sur: https://www.ffbatiment.fr/Files/pub/Fede_N00/NAT_ACTUALITES_3218/37964b7abbd84ef3824d8aefee25a0f5/PJ/Sup-BA8-Sante-du-dirigeant-BTP_3.pdf

59. IRIS-ST : Artisan de votre sécurité [Internet]. [cité le 19 janv 2019]. Disponible sur: http://www.iris-st.org/etudes-10/barometre-arti-sante-btp-100.php

60. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation Échelle visuelle analogique (ÉVA) Catégorie : stress perçu. Références en Santé au Travail. juin 2012;(130):167-9.

61. Lesage F-X, Chamoux A. Utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) dans l'évaluation du stress au travail : limites et perspectives. Revue de la littérature. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 déc 2008;69(5):667-71.

62. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JBW, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. Journal of Affective Disorders. 1 avr 2009;114(1-3):163-73.

63. Pisarik J, Rochereau T, Célant N. Etat de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014. Questions d'économie de la santé [Internet]. 2014;8. [cité le 21 fev 2019]. Disponible sur: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf

64. Torres O. Quelques pistes provisoires de réflexion sur la santé des commerçants et artisans en France [Internet].27-29 oct 2010 :16. [cité le 18 fev 2019]. Disponible sur: http://www.observatoire-amarok.net/sites/wordpress/wp-content/uploads/2017/12/torres_2010-2.pdf

65. Bah T, Gaillon D. Processus suicidaire des dirigeants de petites entreprises : état des lieux et mesures de prévention. Management Avenir. 20 mai 2016;N° 85(3):79-105.

66. Pasquereau A. La consommation de tabac en france : premiers résultats du baromètre santé 2017 [Internet]. :9. [cité le 17 févr 2019]. Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf

67. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 [Internet]. [cité le 17 févr 2019]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf

68. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Jourdain-Menninger D. Usages de drogues et pratiques addictives en France analyse du Baromètre santé Inpes. Paris: Direction de l'information légale et administrative : La documentation française; 2014.

69. Célant N, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L' Enquête santé européenne: enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. 2017.

70. Coset Etude sur la santé et les risques professionnels Travailleurs Indépendants [Internet]. [cité le 27 févr 2019]. Disponible sur: http://www.coset.fr/wp-content/uploads/2018/04/Depliant-Coset-SpF-independants-v9.pdf

71. Lecocq C, Dupuis B. Rapport fait à la demande du Premier Ministre [Internet]. :174 [cité le 21 févr 2019]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport_de_mme_charlotte_lecocq_sur_la_sante_au_travail_-_28.08.2018.pdf

72. AIPALS. Livre blanc_Santé au travail Faire de la prévention en entreprise une priorité. 2018 [Internet]. [cité le 21 févr 2019]. Disponible sur: https://www.aipals.com/app/uploads/2018/05/AIPALS-Livre_blancComplet-210x297-2018_04.pdf

ANNEXES

Annexe 1. Détails de l'action « Prévenir les Risques Psychosociaux » - Extrait du Plan Régional Santé Travail 3 en Nouvelle-Aquitaine

Action 1.17-12 Prévenir les Risques Psychosociaux
Contexte de l'action L'axe stratégique 1 du troisième Plan Santé Travail donne la priorité à la prévention primaire et au développement de la culture de prévention. Il s'agit notamment d'agir sur des risques ciblés prioritaires, dont les risques psychosociaux. Pour avancer vers cet objectif un groupe de travail composé de partenaires sociaux et institutionnels a été mobilisé par la DIRECCTE afin d'identifier des actions susceptibles d'être déclinées en Région Nouvelle-Aquitaine. Au travers de repères théoriques partagés, des priorités méthodologiques ont été définies tout comme certains axes de travail et un programme d'actions opérationnelles.
Objectifs de l'action L'objectif général des travaux est de conduire des actions partenariales tournées vers une diffusion des postulats de la qualité de vie au travail sous forme d'informations - sensibilisations, de formations, de la structuration d'une offre de service régionale, d'outillages, de guides et d'accompagnements divers.
Champ géographique de l'action Nouvelle-Aquitaine
Description de l'action Dans le cadre de l'axe stratégique défini par le PST3, et en lien avec les besoins du territoire de la Nouvelle-Aquitaine, plusieurs initiatives ont été retenues. Les précisions quant au déploiement opérationnel de ces initiatives sont détaillées en annexe. ▪ Initiative opérationnelle 1 : ateliers de sensibilisation, soirées-débat, conférences. ▪ Initiative opérationnelle 2 : Information - Formation ▪ Initiative opérationnelle 3 : Créer un annuaire des ressources afin de structurer davantage l'offre de services pour mieux la diffuser ▪ Initiative opérationnelle 4 : Prévenir, outiller, évaluer et pérenniser les démarches de prévention des RPS sur la prise en charge du risque suicidaire
Public cible Entreprises, partenaires Sociaux, salariés, encadrants, directions.
Pilote de l'action ARACT Nouvelle-Aquitaine (Mme Sandrine ROUYER) – CARSAT Centre-Ouest (M. Jean-Michel JORLAND)
Partenaires associés ARACT, ARS, CARSAT, DIRECCTE, CGT, MEDEF, MSA, Services de santé au travail, UDES, UNSA, Université de Bordeaux
Déroulement et calendrier prévisionnel de l'action Le déploiement de l'ensemble des actions s'effectuera sur la période du PST3. Les calendriers d'exécution des actions sont précisés dans les annexes.
Moyens La mobilisation des partenaires et des moyens spécifiques à chaque action est précisée dans chaque fiche action.
Etat d'avancement Prochaine réunion le 20/03/2018
Méthodologie et indicateurs d'évaluation La méthodologie et les indicateurs d'évaluation spécifiques à chaque action sont précisés dans la présentation des fiches actions proposées par le groupe de travail
Relais de l'action Définis pour chaque fiche action

Annexe 2. Synthèse du projet d'accompagnement des entrepreneurs en difficulté psychologique – Fédération Française du Bâtiment 86

26 Rue Salvador Allende, 86000 Poitiers
Tel : 05 49 61 20 68,
huetp@d86.ffbatiment.fr

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DES ENTREPRENEURS EN DIFFICULTE (PSYCHO)

CONSTATS :

Dans un contexte économique difficile depuis déjà quelques années et un environnement professionnel en pleine mutation, les chefs d'entreprise du Bâtiment sont de plus en plus confrontés au stress, aux « baisses de moral », à l'épuisement, voire au burn out et parfois même au suicide.
Ce stress important, s'il se prolonge dans la durée peut affecter la santé physique et psychologique du chef d'entreprise, ce qui peut avoir des répercussions sur la sphère familiale comme sur l'entreprise (notamment pour les propriétaires dirigeants comme le souligne Olivier Torres dans son livre « la santé du dirigeant »).
Face à ces constats, la FFB de La Vienne a souhaité proposer un accompagnement aux entrepreneurs en souffrance dont voici les grandes lignes.

OBJECTIFS :

Proposer un dispositif d'accompagnement des entrepreneurs en souffrance qui permette à la fois de :

- Proposer un appui, une écoute à tout entrepreneur lors d'une difficulté ponctuelle dans un but de prévention
- Détecter les entrepreneurs en situation de fragilité ;
- Eviter les drames (cessation d'activité, suicide…) ;

PROPOSITIONS :

- Former les salaries de la FFB 86 à la détection et l'orientation des entrepreneurs ;
- Mettre en place un partenariat avec une association qui a une capacité d'écoute 24/24 pour les situations d'urgence en toute confidentialité ;
- Mettre en œuvre le partenariat avec Olivier Torres pour l'accompagnement à distance de 15 entrepreneurs en difficulté ; démarche à tester (en attente de nos identifications) ;
- Mettre en place un point d'écoute ½ journée par semaine (voire plus si nécessaire) par un partenaire externe ;
- Organiser une communication sur ce dispositif ;
- Faire une 1ere évaluation au bout de 6 mois de fonctionnement

LA CONFIDENTIALITE EST UN GAGE DE REUSSITE DE CE DISPOSITIF.

MOYENS :

- **Former le personnel FFB** pour **détecter** les entrepreneurs fragiles avec lesquels ils sont en contact : Proposition de formation par Denis Robin et Sylvie Dieumegard.
- **Utiliser un ou plusieurs tiers extérieurs** en fonction du profil de la personne concernée et de son niveau de difficulté rencontrée (consultants extérieurs, médecin, psychologue, association…) pour engager la phase accompagnement. Proposition de trois prestataires :

1- PARTENARIAT AVEC DENIS ROBIN ET SYLVIE DIEUMEGARD

Robin Denis	Dieumegard Sylvie
Formation professionnelle : ✓ De psychologue clinicien (Diplôme d'Etude Supérieur Spécialisée de psychopathologie clinique). ✓ En administration et gestion du personnel (Diplôme d'Etudes Supérieures Appliquées du CNAM). ✓ Formateur au CNAM Poitou-Charentes.	Formation professionnelle : ✓ En analyse des pratiques ; ✓ En technique d'entretien ; ✓ Formatrice dans ces 2 domaines de référence ✓ DIU sur la psychopathologie de l'adolescent. ✓ Formatrice au CNAM Poitou-Charentes.

Proposition de mise en place de formations :

A. de l'équipe de professionnels salariés de la FFB de la Vienne.
B. d'un groupe d'Analyse de Situations Professionnelles auprès des chefs d'entreprise membre de la FFB de la vienne ;
C. d'un groupe d'adhérents ayant une demande d'accompagnement eu égard au thème de l'épuisement professionnel.

A) Formation de l'équipe de professionnels :

Cette équipe au cours de son activité technique est confrontée à des demandes, des réflexions, des propos des chefs d'entreprise qui se trouvent en difficultés dans leur métier.
Au travers de la demande formelle adressée ils perçoivent bien que les propos échangés sont de l'ordre de l'épuisement professionnel et ne savent pas toujours y faire face.
Cette formation que nous trouvons indispensable de proposer avant tout autre type d'action a pour objectifs de :

- Permettre à l'équipe de comprendre la « détresse » d'une personne en épuisement professionnel ;
- Mettre en place au travers de l'entretien une écoute et un accompagnement adapté ;
- Pouvoir orienter la personne au vue du dispositif proposé par la FFB de la vienne.

B) Le Groupe d'Analyse de Situations Professionnelles :

Les chefs d'entreprise sont confrontés constamment dans leur métier à un nombre considérable de défis.

Ces défis sont d'ordre pratique et concernent : l'organisationnel, le management de leur équipe, les relations interpersonnelles et sociales, les difficultés psychologiques et sociales des équipes et des ouvriers, etc..
Au vu de ces différentes questions le groupe peut avoir besoin d'une régulation concernant ces sujets qui les préoccupent.
Pour ce faire l'Analyse de Situations Professionnelles permet de répondre à ces questionnements.

Les objectifs de ce groupe sont :

- De viser à la fois un développement de compétence et de résolution de problème dans les différents domaines énoncés ci-dessus ;
- D'établir des liens avec le vécu de la personne et les actions sur le terrain ;
- D'ouvrir une possible remise en question et surtout une prise de distance ;
- De chercher ensemble et d'apprendre les uns des autres ;
- De trouver des ressources au sein du groupe.

C) Formation et accompagnement des chefs d'entreprise :

Cette formation pourra se mettre en place après un certain temps.
Il faudra, en 1er lieu, que l'équipe des salariés de la FFB de la Vienne soit formée.
Cette formation leur permettra de pouvoir orienter les chefs d'entreprise au mieux et de leur proposer cette nouvelle formation.
Le groupe d'Analyse de Situations Professionnelles pourra être prescripteur de cette formation pour les collègues du groupe. Il pourra aussi inciter des adhérents à bénéficier de cette formation en vue d'un mieux être.
Cette formation aurait pour objectifs :

- De permettre aux participants de prendre du recul par rapport à leur métier de chef d'entreprise ;
- De mieux appréhender l'équilibre des 4 principaux domaines de notre existence, à savoir : le professionnel, le familial, le social, le personnel ce dernier étant une assise importante pour trouver des ressources face à l'épuisement professionnel ;
- De trouver les solutions dans ces 4 domaines.

2- PARTENARIAT AVEC MARTINE DUDIT

- ✓ Retraitée
- ✓ Ex- DRH d'entreprise de Bâtiment ;
- ✓ Ex- cadre de pôle emploi.

Le projet : repérer les situations à risque le plus précocement possible, venir en aide et accompagner les patrons et leur entourage de façon différenciée en fonction du souhait et/ou du besoin.
Le dispositif :

- Le repérage des situations à risque
- Sensibiliser et mobiliser tous les acteurs en proximité avec les patrons du bâtiment : salariés de la FFB, conjoints et collaborateurs des employeurs, médecins du travail, RSI, banques…..afin de « signaler », informer et orienter vers les réponses possibles.
- Le téléphone :Premier moyen de mise en relation avec le dispositif ; il sera différencié afin d'assurer la prise en charge la mieux adaptée. Engagement de prise en charge des appels dans un délai maximum de 24h. A l'issue de l'entretien téléphonique, possibilité d'orienter vers une réponse collective ou individualisée.
- L'accompagnement individuel

Cet accompagnement n'est ni médical (psychiatre) ni technique (bilans, trésorerie….) mais consiste en une écoute active, empathique, bienveillante et qui garantit l'anonymat.
Les rendez-vous sont pris suite à un premier contact téléphonique et dans un délai qui n'excédera pas 2 semaines. A ce stade du projet, on peut estimer le rythme des entretiens à raison d'1/2 journée par quinzaine.
Ces entretiens se dérouleront dans un cadre « confortable » et propice à l'expression. Ils dureront le temps « nécessaire ».
Le nombre de rencontres sera limité à 2 voire 3 par personne/jour car l'objectif est bien de permettre la mise en œuvre d'une situation de changement et non de « conforter » la situation difficile. Des contacts téléphoniques en revanche resteront possibles.
Un point trimestriel sera fait avec la FFB 86, tout en préservant l'anonymat des « bénéficiaires ».

Mise en œuvre au 22 juillet 2014

La formation de l'équipe FFB a été réalisée complètement.

Les rendez-vous personnalisés ont été mis en place. 16 rendez-vous d'entrepreneurs ont déjà eu lieu avec Martine Dudit.

8 ateliers de pratique professionnelle ont déjà eu lieu, rassemblant en moyenne 12 entrepreneurs.

Depuis 2016, mise en place de rendez-vous individualisés par l'équipe de psychologues. 5 rendez-vous ont déjà eu lieu.

Annexe 3. Effectifs et catégories professionnelles des artisans employeurs de très petites entreprises en Charente et Charente-Maritime (données SIRENE® au 31/12/2018)

Étiquettes de lignes	Nombre de DEP
1 ou 2 salariés	**1845**
Artisan	819
(vide)	1026
10 à 19 salariés	**260**
Artisan	8
(vide)	252
3 à 5 salariés	**880**
Artisan	195
(vide)	685
6 à 9 salariés	**403**
Artisan	59
(vide)	344
(vide)	
(vide)	
Total général	**3388**

Étiquettes de lignes	Nombre de DEP
1 ou 2 salariés	**1845**
Travaux de maçonnerie générale et gros oeuvre de bâtiment	387
Travaux de menuiserie bois et PVC	256
Travaux d'installation électrique dans tous locaux	255
Travaux de peinture et vitrerie	182
Travaux d'installation d'eau et de gaz en tous locaux	164
Travaux de plâtrerie	117
Travaux de revêtement des sols et des murs	92
Travaux de terrassement courants et travaux préparatoires	79
Travaux de couverture par éléments	66
Travaux d'installation équipements thermiques et climatisation	66
Travaux de menuiserie métallique et serrurerie	49
Autres travaux de finition	38
Travaux de charpente	24
Autres travaux spécialisés de construction	24
Travaux d'étanchéification	21
Travaux d'isolation	12
Autres travaux d'installation n.c.a.	5
Travaux de terrassement spécialisés ou de grande masse	3
Travaux de montage de structures métalliques	3
Travaux de démolition	2
10 à 19 salariés	**260**
Travaux de maçonnerie générale et gros oeuvre de bâtiment	58
Travaux de menuiserie bois et PVC	42
Travaux de peinture et vitrerie	28
Travaux d'installation équipements thermiques et climatisation	26
Travaux de terrassement courants et travaux préparatoires	21
Travaux d'installation électrique dans tous locaux	20
Travaux de couverture par éléments	12
Travaux de revêtement des sols et des murs	8
Travaux d'installation d'eau et de gaz en tous locaux	6
Travaux de charpente	6
Travaux d'étanchéification	5
Travaux de plâtrerie	5
Travaux de menuiserie métallique et serrurerie	5
Autres travaux d'installation n.c.a.	4
Autres travaux de finition	4
Travaux de montage de structures métalliques	4
Travaux d'isolation	3
Autres travaux spécialisés de construction	2
Travaux de démolition	1
3 à 5 salariés	**880**
Travaux de maçonnerie générale et gros oeuvre de bâtiment	249
Travaux de menuiserie bois et PVC	129
Travaux d'installation électrique dans tous locaux	79
Travaux de peinture et vitrerie	77
Travaux d'installation d'eau et de gaz en tous locaux	59
Travaux de plâtrerie	45
Travaux de terrassement courants et travaux préparatoires	42
Travaux de revêtement des sols et des murs	40
Travaux d'installation équipements thermiques et climatisation	34
Travaux de menuiserie métallique et serrurerie	33
Travaux de couverture par éléments	29
Travaux de charpente	18
Autres travaux de finition	12
Autres travaux spécialisés de construction	12
Travaux d'étanchéification	7
Travaux d'isolation	6
Travaux de terrassement spécialisés ou de grande masse	4
Travaux de montage de structures métalliques	3
Autres travaux d'installation n.c.a.	2
6 à 9 salariés	**403**
Travaux de maçonnerie générale et gros oeuvre de bâtiment	102
Travaux de menuiserie bois et PVC	58
Travaux d'installation électrique dans tous locaux	37
Travaux de peinture et vitrerie	36
Travaux de terrassement courants et travaux préparatoires	28
Travaux d'installation d'eau et de gaz en tous locaux	27
Travaux de couverture par éléments	22
Travaux de plâtrerie	21
Travaux d'installation équipements thermiques et climatisation	18
Travaux de menuiserie métallique et serrurerie	16
Travaux de revêtement des sols et des murs	12
Travaux d'isolation	6
Travaux d'étanchéification	5
Autres travaux spécialisés de construction	4
Autres travaux de finition	4
Travaux de charpente	3
Travaux de montage de structures métalliques	2
Travaux de démolition	1
Travaux de terrassement spécialisés ou de grande masse	1
(vide)	
(vide)	
Total général	**3388**

Annexe 4. Courrier de présentation de l'étude et message d'annonce réalisé par la CAPEB de Charente-Maritime

A l'attention des entrepreneurs artisans du bâtiment exerçant dans la Charente-Maritime et la Charente

Madame, Monsieur,
Je suis interne en Médecine du Travail à l'Université de Poitiers et dans le cadre de ma thèse, je réalise une étude sur la santé et les risques psychosociaux des employeurs artisans du bâtiment de Charente et Charente-Maritime.
L'enquête s'adresse aux artisans ayant un maximum de 10 salariés en dehors des apprentis.

Nos Services de Santé au Travail ont pour mission la prévention des risques physiques et psychiques des travailleurs salariés. Dans la grande majorité des cas, un artisan entrepreneur d'une TPE est exposé aux mêmes risques professionnels que ses collaborateurs, et doit également assurer les responsabilités liées à la gestion de l'entreprise.
Et la santé d'une petite entreprise est fortement dépendante de celle de son dirigeant.

Il n'existe que peu d'études sur la santé des dirigeants, plus particulièrement des artisans.
L'objectif de cette enquête est d'analyser vos conditions de travail, leur impact sur votre santé et de recueillir votre avis à propos de moyens de prévention en Service de Santé au Travail.
Je me permets donc de vous solliciter pour répondre à un questionnaire anonyme d'une durée de 10 minutes, en cliquant sur le lien suivant : https://goo.gl/forms/r4FGBmhQkynZDufo1
Un compte-rendu des résultats vous sera envoyé.

Je vous remercie par avance pour votre participation et je me tiens à votre disposition pour de plus amples informations (par envoi d'un mail à l'adresse laurence.gribias@etu.univ-poitiers.fr, le questionnaire étant anonyme).

Laurence EDMOND

CAPEB ENQUETE !

Enquête santé des employeurs

La CAPEB CHARENTE-MARITIME, s'associe à la démarche de MME EDMOND, interne en Médecine du Travail à l'Université de Poitiers qui dans le cadre de sa thèse, réalise une étude sur **la santé et les risques psychosociaux des employeurs artisans du bâtiment de Charente et Charente-Maritime.**

En effet, les Services de Santé au Travail ont pour mission la prévention des risques physiques et psychiques des travailleurs salariés. Dans la grande majorité des cas, un artisan entrepreneur d'une TPE est exposé aux mêmes risques professionnels que ses collaborateurs, et doit également assurer les responsabilités liées à la gestion de l'entreprise.

Et la santé d'une petite entreprise est fortement dépendante de celle de son dirigeant.

L'objectif de cette enquête est d'analyser vos conditions de travail, leur impact sur votre santé et de recueillir votre avis à propos de moyens de prévention en Service de Santé au Travail.

Merci de consacrer 10 minutes de votre temps pour répondre à un questionnaire anonyme d'une durée de 10 minutes, en cliquant sur le lien suivant :

https://goo.gl/forms/r4FGBmhQkynZDufo1

Un compte-rendu des résultats vous sera envoyé.

Vous remerciant par avance pour votre participation, MME EDMOND se tient à votre disposition pour de plus amples informations (par envoi d'un mail à l'adresse *laurence.gribias@etu.univ-poitiers.fr*, **le questionnaire étant anonyme**).

107 AV MICHEL CREPEAU 17000 LA ROCHELLE FR

Annexe 5. Questionnaire de l'étude

QUESTIONNAIRE

Caractéristiques sociodémographiques :
Votre sexe : ☐ Femme ☐ Homme
Votre tranche d'âge : ☐ < 25 ans ☐ 25-40 ans ☐ 41-55 ans ☐ > 55 ans
Votre situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié(e)/pacsé/en concubinage
☐ séparé(e)/divorcé(e) ☐ veuf(ve)

Votre activité professionnelle :
Dans quel département exercez-vous votre profession ?
☐ Charente ☐ Charente-Maritime

Votre(vos) activité(s) (plusieurs réponses possibles) :
☐ Carrelage
☐ Installation thermique – Chauffage
☐ Equipement électrique – Electronique – Electrodomotique
☐ Menuiserie – Agencement
☐ Métiers et techniques du plâtre et de l'isolation
☐ Plomberie – Installation sanitaire
☐ Autre : …….
☐ Charpente
☐ Couverture
☐ Maçonnerie
☐ Peinture
☐ Serrurerie
☐ Métiers de la pierre

Nombre de salariés, hormis les apprentis : …….

Ancienneté sur le poste d'entrepreneur artisan du bâtiment :
☐ < 5 ans ☐ 5-10 ans ☐ 11-20 ans ☐ > 20 ans

Êtes-vous déclaré(e) salarié(e) sur votre activité d'entrepreneur? ☐ oui ☐ non

Nombres d'heures en moyenne travaillées par semaine :
☐ < 35h ☐ 35h ☐ 36 à 39h ☐ 40 à 49h ☐ ≥ 50h

Nombre de semaines de vacances annuelles (il s'agit des congés réellement pris):……

Êtes-vous associé(e) avec un autre entrepreneur dans la même entreprise ? ☐ oui ☐ non

Rencontrez-vous des problèmes financiers dans votre entreprise ? ☐ oui ☐ non

Craignez-vous d'être obligé(e) de cesser votre activité professionnelle pour des raisons économiques d'ici un an ?
☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

Vivez-vous des situations de tension avec l'un(e) de vos salarié(e)s, fournisseurs et/ou banquier(ère) ?
☐ souvent ☐ parfois ☐ rarement ☐ jamais

Avez-vous le sentiment de vous sentir seul(e) pour gérer votre entreprise ?
☐ oui ☐ non

Votre hygiène de vie :
Fumez-vous du tabac (hors cigarette électronique)?

☐ oui, tous les jours ☐ oui, occasionnellement ☐ non, pas du tout

Consommez-vous de l'alcool?
☐ tous les jours ☐ 4 à 6 fois par semaine ☐ 2 à 3 fois par semaine ☐ 2 à 4 fois par mois
☐ 1 fois par mois, au plus ☐ Jamais

Consommez-vous de la drogue (cannabis, cocaïne, substances hallucinogènes, etc.)?
☐ oui, tous les jours ☐ oui, occasionnellement ☐ non, pas du tout

Avez-vous déjà eu recours à des médicaments psychotropes (tranquillisants, sédatifs, somnifères ou stimulants)?
☐ oui, tous les jours ☐ oui, occasionnellement ☐ non, pas du tout

Avez-vous une activité extraprofessionnelle (associative, sportive, de loisirs…) ?
☐ oui ☐ non

Votre santé :
Comment est votre état de santé en général ?
☐ très bon ☐ bon ☐ assez bon ☐ mauvais ☐ très mauvais ☐ je ne sais pas

Un médecin vous a-t-il diagnostiqué une de ces maladies ou problèmes de santé? (plusieurs réponses possibles) ?
☐ Infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou séquelles d'infarctus
☐ Maladies des artères coronaires, angine de poitrine, angor
☐ Hypertension artérielle
☐ Accident vasculaire cérébral (AVC), attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale), ou séquelles d'AVC ou d'attaque cérébrale
☐ Douleur ou affection chronique du dos ou du bas du dos (dorsalgie, lombalgie, sciatique) …
☐ Douleur ou affection chronique de la nuque ou des cervicales
☐ Diabète
☐ Augmentation du cholestérol ou des triglycérides
☐ Dépression ou anxiété
☐ Une autre maladie chronique non citée ci-dessus, précisez : ……..... …
☐ **Aucune de ces maladies**

Si oui, avez-vous eu cette (ces) pathologie(s) <u>au cours de ces 12 derniers mois</u> ?
☐ oui ☐ non

De quand date votre dernière consultation (consultation au cabinet, visite à domicile ou consultation téléphonique) pour vous-même avec un médecin généraliste ou votre médecin traitant ? ...

☐ Il y a moins de 12 mois ☐ Il y a 12 mois ou plus ☐ Je n'ai jamais consulté de médecin généraliste ou médecin traitant

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses				
Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)				
Avoir des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop				
Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie				
Avoir peu d'appétit ou manger trop				
Avoir une mauvaise opinion de soi même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même				
Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision				
Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude				

Sur une échelle de 0 à 10, où situez-vous votre état de stress au travail au cours du mois dernier (en dehors des périodes de congés), avec 0 = absence de stress et 10 = stress maximum imaginable ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Cochez la case correspondant le mieux à votre sentiment, avec :
1 = jamais
2 = presque jamais
3 = rarement
4 = parfois
5 = souvent
6 = très souvent
7 = toujours

En pensant à votre travail, globalement…

	Jamais ⇩						Toujours ⇩
1 - … vous êtes-vous senti(e) fatigué(e)	1	2	3	4	5	6	7
2 - … vous êtes-vous senti(e) déçu(e) par certaines personnes	1	2	3	4	5	6	7
3 - … vous êtes-vous senti(e) désespéré(e)	1	2	3	4	5	6	7
4 - … vous êtes-vous senti(e) « sous pression »	1	2	3	4	5	6	7
5 - … vous êtes-vous senti(e) physiquement faible ou malade	1	2	3	4	5	6	7
6 - … vous êtes-vous senti(e) « sans valeur » ou « en échec »	1	2	3	4	5	6	7

7 - … avez-vous ressenti des difficultés de sommeil	1	2	3	4	5	6	7
8 - … vous êtes-vous senti(e) délaissé(e)	1	2	3	4	5	6	7
9 - … vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)	1	2	3	4	5	6	7
10 - … pouvez-vous dire « J'en ai assez » / « Ça suffit »	1	2	3	4	5	6	7

Un médecin vous a-t-il déjà diagnostiqué un burn out ou un surmenage lié au travail ?
☐ oui ☐ non

Selon vous, quel(s) moyen(s) pourrai(en)t être mis en œuvre pour améliorer la prévention du surmenage au travail des employeurs artisans ? (plusieurs réponses possibles)
☐ Une information orale et/ou écrite donnée par le médecin du travail* à propos des signes de stress au travail, lors de l'adhésion en Service de Santé au Travail
☐ La passation d'un questionnaire de suivi de santé par le médecin du travail* selon une périodicité définie
☐ La possibilité d'avoir recours à une consultation avec le médecin du travail* uniquement si vous en éprouvez le besoin
☐ Un suivi <u>périodique</u> en consultation de Médecine du travail*
☐ Aucun suivi

☐ Autre : ……..

*Médecin du travail ou personnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire (Infirmier en Santé au

Travail, Collaborateur Médecin ou Interne)

Avez-vous déjà eu recours aux formations de prévention (gestion du stress, hygiène de vie, prévention du burnout) pouvant être proposées par les organisations professionnelles et syndicales à destination des employeurs ?
☐ oui ☐ non

Participez-vous au programme de prévention santé organisé par la Sécurité Sociale Indépendants – ex RSI (suivi en consultation de prévention des risques professionnels avec votre médecin traitant) ?
☐ oui ☐ non

Merci d'avoir participé à cette enquête. Les réponses au questionnaire sont anonymes. Si vous ressentez un mal-être à votre travail ou si vous en éprouvez le besoin, n'hésitez pas à contacter un médecin.

Commentaires libres : …….

Annexe 6. Commentaires libres des répondants de l'étude et autres propositions de moyens de prévention des risques psychosociaux

Commentaires libres :

- « Même si je me porte globalement bien, je pense que votre démarche de sensibilisation des artisans sur leur propre santé est plutôt positive. »

- « Le stress= 1.la banque, 2. Le prévisionnel, 3.quelques clients pointilleux »

- « Trop de pression et pas assez de repos »

- « l'employeur n'est pas entendu par le médecin du travail lorsque un salarié est licencié pour maladie professionnelle avec décision du médecin (on est oublié) »

- « La pression hebdomadaire des clients et des salariés est plus ou moins constante. Lorsque l'activité est en baisse les banques et les salariés font monter la pression, et lorsqu'on est en suractivité les clients et les salariés savent vous mettre une autre forme de pression. »

- « la fatigue et les douleurs sont dues à trop de travail que l'on est obligé de faire pour faire face aux charges trop importantes (rsi, urssaf,...) »

- « le métier devient très compliqué »

- « il est dommage qu'aujourd'hui les petites entreprises ne soient pas récompensées de leurs efforts au quotidien beaucoup trop de charges. »

- « Je souffre plus de l'usure due à mon métier »

- « le problème provient d'un changement de société au cours des dernières années, le mal provient de la liberté toujours plus grande des salariés au travail, souvent ingérable administrativement et socialement pour un seul responsable. »

- « Notre seul problème la qualité du personnel disponible (2 jours de présence le travail me stress, je ne viens pas signer le contrat car venir à 18h c'est trop tard, j'embauche défoncé alcool drogue etc.) depuis 18 mois j'ai passé plus de quinze personnes, le travail est là, l'envie des salariés n'y est pas, cela fait trente ans que je forme et bien je jette l'éponge. Je laisse cela pour les suivants JE ME CASSE!!! »

- « on ne peut pas être bon dans son métier et savoir faire tout l'administratif, et tout ce qui entoure une entreprise aujourd'hui. C'est trop lourd ! »

- « Questionnaire utile »

Propositions de moyens de prévention :

- « les artisans et les chefs de petites entreprises ne sont pas des truands et doivent être mieux considérés par les organismes sociaux et les syndicats ouvriers. Rien que ça les feraient vivre sans aides médicales »

- « 1 semaine de fermeture obligatoire et contrôlée exonérée de charges et de rsi »

- « passe »

- « Le médecin du travail est pour les salariés, je n'en ai pas vu depuis 11 ans; je consulte néanmoins un généraliste. »

- « Médecin généraliste consulte sur le lieu de travail à des horaires non conventionnels »

- « Amélioration des conditions de travail (trouver du personnel qui a envie, de bien faire, de travailler, d'avancer, d'être heureux,... »

- « médecin traitant »

- « Trop de stress par rapport aux finances. (rentrée d'argent) »

- « moins de charges »

- « Avoir droit à un check-up complet de temps en temps. Mais pas à la médecine du travail, parce que si on prend 1/2 journée pour un check up il faut que ça soit efficace, et vu le suivi des salariés par le médecin du travail, presque rien, je ne pense pas que ce soit le bon partenaire (parler de travailler 70h par semaine avec quelqu'un qui en fait 30h, cette blague) »

- « Pouvoir travailler moins/avoir moins de démarches administratives »

- « cela vient du comportement de la société en général. »

- « alléger les papiers la partie bureau est trop importante et de plus en plus compliquée »

- « Avoir moins de charges ! »

- « Redonner de l'envie aux salariés »

- « Que les pouvoirs publics allègent considérablement les contraintes administratives »

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Introduction : Le dirigeant d'une petite entreprise est souvent exposé aux mêmes risques professionnels que ses salariés et doit assurer la gestion de son entreprise. Cette situation de travail peut engendrer des risques psychosociaux, avec des conséquences sur sa santé et sur l'entreprise. Il n'existe pas en France de suivi médico-professionnel des dirigeants d'entreprises privées, non-salariés, par les Services de Santé au Travail du régime général. L'objectif est d'évaluer la prévalence des risques psychosociaux dans une population d'artisans du bâtiment employeurs dans une très petite entreprise et de mener une réflexion sur des moyens de prévention en Service de Santé au Travail.

Matériels et méthode : Une étude descriptive transversale rétrospective et multicentrique a été menée de chefs d'entreprises artisanales employeurs de 1 à 10 salariés, en Charente et Charente-Maritime. Le recueil des données a consisté en la passation d'un auto-questionnaire anonyme en ligne permettant d'évaluer les conditions de travail, l'état de santé générale et mentale ainsi que le niveau de stress et d'épuisement professionnels. Des facteurs associés à la présence de stress au travail et d'épuisement professionnel ont été recherchés.

Résultats : L'enquête s'est déroulée du 23/07 au 31/10/2018. Sur les 1917 personnes sondées, 92 artisans ont répondu, dont 1 exclu. Un stress au travail était observé chez 67 % des artisans. Un degré moyen d'épuisement professionnel était présent chez 33 % de la population et un degré élevé chez 20,9 %. L'étude a mis en évidence une association significative entre le stress au travail et les situations de tensions dans les relations professionnelles, le sentiment de solitude au travail et la présence de symptômes dépressifs, ainsi qu'un lien significatif entre l'épuisement professionnel et l'état de santé perçu comme altéré. Concernant la prise en charge en Service de Santé au Travail, 30,8 % étaient favorables au suivi périodique en consultation et 23,1 % au suivi en consultation si besoin. Ils étaient 27,5 % à être défavorables à un suivi.

Discussion : L'étude montre l'intérêt d'un accompagnement et d'une prise en charge médico-professionnelle de notre échantillon d'artisans. D'autres travaux sont nécessaires, les résultats n'étant pas généralisables à la population source. Des réflexions sont actuellement menées au sujet de l'intégration des dirigeants chefs de petites entreprises au suivi des travailleurs en Service de Santé au Travail.

Mots clés : risques psychosociaux, stress au travail, épuisement professionnel, dirigeant, très petites entreprises, prévention, Service de Santé au Travail

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

⌘⌖⌘⌖⌘