

Normes de genre, normes professionnelles et perception des risques du travail

Paul Bouffartigue, Jean-René Pendariès

► **To cite this version:**

Paul Bouffartigue, Jean-René Pendariès. Normes de genre, normes professionnelles et perception des risques du travail: Soignantes hospitalières, salariés de la sous-traitance pétrochimique. Troisième congrès de l'Association Française de Sociologie (AFS). RTF 24 " Genre, Classe, Race. Rapports sociaux et construction de l'altérité ", Apr 2009, Paris, France. <halshs-00381621>

HAL Id: halshs-00381621

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00381621>

Submitted on 4 Jun 2009

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

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

Normes de genre, normes professionnelles et perception des risques du travail

Soignantes hospitalières, salariés de la sous-traitance pétrochimique

Paul Bouffartigue et Jean-René Pendariès
(LEST. UMR 6123. CNRS-Universités Aix-Marseille I et II)

La santé est un bon analyseur des formes sociales de violence qui s'exercent au travail. Elle renvoie à des normes sociales construites, notamment, le genre et le milieu socioprofessionnel. Une recherche récente sur la perception des relations entre la santé et le travail dans deux groupes professionnels très « genrés » montre combien ces normes sont à la fois ambivalentes, plastiques et interpénétrées. Elles sont certes au principe de phénomènes de méconnaissance ou de déni – qui eux-mêmes font partie des risques professionnels et de la violence sociale qu'ils traduisent -, mais également de lucidité critique et d'émancipation.

Santé au travail et violence : de quoi parle-t-on ?

La violence et ses limites sont au principe du rapport salarial, rapport d'exploitation et de domination, mais rapport construit aussi par le droit du travail et les protections juridiques et sociales qui l'accompagnent. Définir sociologiquement la notion de violence c'est déborder sa définition officielle - « agir ou faire agir quelqu'un contre sa volonté »¹ - pour y intégrer les modalités symboliques, peu ou pas visibles, qui tiennent aux formes de consentement à la domination sociale, de déni, voire de valorisation de cette dernière.

La relation entre la sphère de la santé et celle du travail est une voie d'entrée privilégiée dans l'approche de ces phénomènes. Le travail peut faire violence à la santé de plusieurs manières : par les atteintes provoquées à la santé physique et psychique ; par la non reconnaissance de ces atteintes – institutionnelle, médicale, mais également par les salariés eux-mêmes (Gollac et Volkoff, 2006); par les incidences handicapantes des fragilités de santé, quelles que soit leurs sources, dans la vie professionnelle (Célérier, 2008) ; enfin, par les obstacles au développement de la santé liées à des aspects plus qualitatifs du travail : délitement des collectifs, impossibilité de réaliser un travail de qualité selon les valeurs ou critères qui sont ceux du métier ou du « genre professionnel » (Clot, 2008)..

S'agissant de prendre appui sur des enquêtes focalisées sur la perception des liens entre santé et travail², insistons sur les enjeux de reconnaissance-méconnaissance de

¹ Définition du Robert.

² Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller, Jean-René Pendariès et Audrey Rabassa, *Représentations des relations travail santé dans deux groupes socioprofessionnels sexués : soignantes hospitalières et salariés de la sous-traitance industrielle. De l'enquête Sumer à une enquête originale en PACA*, Rapport pour la Dares LEST, septembre 2008, 280 pages.

ces liens, eux-même indissociables des définitions, perceptions, évaluations que les individus font de leur santé. Elles se construisent au croisement de trois registres de savoirs et de normes: le savoir médical, les normes sociales, et les normes subjectives-personnelles. Le savoir médical s'inscrit dans un ensemble plus vaste, celui des savoirs experts en matière sanitaire. Les normes sociales – normes juridiques, cultures de métier - définissent les frontières entre ce qui est perçu comme « normal » et « anormal ». Les normes personnelles-subjectives enfin participent de la définition de sa propre santé, oscillant entre deux acceptions : la santé « état » - sentiment de bien être – et la santé « dynamique »- sentiment de « pouvoir faire ce que l'on souhaite faire », lié au « pouvoir d'agir » sur son existence. Chacun de ces pôles est traversé de tensions, de même que les relations qui les unissent. On s'inscrit ainsi dans la perspective de G. Canguilhem (1985), laquelle s'écarte vivement de la santé comme « normalité » opposée au « pathologique », pour l'appréhender comme capacité normative ou normativité, cette possibilité du vivant à créer du milieu pour vivre. Toute la difficulté de la notion de santé réside dans cette tension qui la constitue, entre un pôle extrêmement normé socialement, et un pôle subjectif et intime, *a priori* peu accessible au sociologue. On verra pourtant qu'un regard sociologique sur ce dernier est possible.

Parmi les conditions d'un tel regard on retiendra la diversification des modèles de causalité des relations entre santé et travail le plus souvent utilisés. Prédomine celui des atteintes à la santé par le travail, éventuellement complété par la référence au déni ou à la méconnaissance, et par les temporalités différées des manifestations de ces atteintes. Il convient d'y ajouter, non seulement les conséquences de la fragilisation de la santé sur la vie de travail, cette fragilisation pouvant être d'origine initiale extra professionnelle, ou professionnelle mais antécédente : on se situe ici dans des causalités de type circulaire (Helardot, 2005). Il faut enfin prendre en compte le rôle potentiel de préservation et surtout de développement que peut jouer le travail professionnel. La mise à l'épreuve de tels modèles de causalité nécessite de dépasser l'analyse statistiques en termes de facteurs d'exposition aux risques, pour interroger des configurations sociales concrètes, jusque dans les dynamiques biographiques des salarié-e-s qui s'y inscrivent (Volkoff et Molinié, 2008)..

1- A partir de l'enquête *Sumer* : quelques résultats et quelques questions

Des multiples exploitations secondaires de la dernière enquête *Sumer2002-2003* [Encadré], on retiendra quelques résultats portant sur la perception du lien entre santé et travail et ses différenciations sociales³. On avancera les interprétations et interrogations qu'ils suggèrent.

³ On utilise la question : « Pensez-vous que votre travail influence votre santé ? Non, mon travail n'influence pas ma santé. Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé. Non, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé ».

L'enquête nationale *Sumer* 2002-2003 sur les risques professionnels

Initiée par la Direction des relations du travail et la Dares, afin de dresser une cartographie des risques professionnels des salariés, elle bénéficie du concours de médecins du travail. 49 984 salariés, formant un échantillon représentatif des actifs salariés occupés, ont répondu au questionnaire qu'ils administrent, dont 24 486 à un « auto-questionnaire ». Le premier renseigne précisément l'organisation du travail, les risques physiques, chimiques et bactériologiques. Le second, principalement la perception du lien travail-santé, ainsi que les risques « psycho-sociaux » au travers du questionnaire de Karasek. Ce dernier appréhende ainsi trois dimensions du travail : « charge psychologique », « latitude décisionnelle », « soutien social ». Pour une vue d'ensemble sur les évolutions des risques et pénibilités depuis première (1994) enquête voir Bernardo et Al. 2004.

La moitié des salariés juge que son travail n'influence pas sa santé. Dans l'autre moitié, seulement une petite majorité pense que cette influence est « plutôt mauvaise ». Ce premier résultat peut être interprété très diversement. On peut mettre l'accent sur la fréquence du déni d'atteintes à la santé, que ce dernier prenne la forme « faible » du simple déni, ou « forte » de la revendication d'une influence positive. On peut aussi interroger la fréquence des réponses « non » par la difficulté des salariés à trancher entre des influences qui, bien que perçues, jouent en sens inverse et se neutralisent. On peut enfin souligner qu'une minorité significative du salariat perçoit le travail d'abord comme facteur de santé, malgré les difficultés dont ce dernier peut être le lieu. On verra combien le contexte de chômage de masse et de précarisation de l'emploi peut jouer en ce sens.

Les grandes différenciations sociales se manifestent beaucoup moins sur la fréquence de la perception d'un lien entre la santé et le travail, que sur le sens, positif ou négatif, de ce lien. Dit autrement, la dispersion des réponses à la première question est nettement plus faible autour de la moyenne générale, de l'ordre de 50 %, que pour les réponses aux deux questions suivantes.

Le sexe et l'appartenance ou non au groupe ouvrier sont les deux premières caractéristiques qui jouent sur le sens de la perception des liens entre santé et travail. Quand ils ou elles se prononcent sur cette question, près de deux ouvriers sur trois jugent négative l'influence du travail, près de deux cadres de sexe féminin sur trois la jugent positive. Avoir plus de trente ans, un statut d'emploi stable, être salarié d'un grand établissement, bénéficier de la présence d'un CHSCT : autant d'attributs également associés à une perception plus négative du lien santé-travail. A l'exception de l'âge, l'ensemble de ces liens statistiques sont attestés à la fois en considérant chacune de ces variables isolées, et en isolant son effet propre « toutes choses égales par ailleurs ».

Perception de l'influence du travail sur la santé selon le sexe

Sexe	influence	infl.nég.	infl.pos.	Rati.nég/pos
hommes	53,2	31,4	21,8	1,44
femmes	51,3	22,5	28,8	0,78

Perception de l'influence du travail sur la santé selon la catégorie socioprofessionnelle

CSP	influence	infl.négative	infl.positive	Rati.nég/pos
cadres	57,3	26,8	30,5	0,87
professions interm.	53,5	26,1	27,4	0,95
employés	49,5	22,1	27,4	0,81
ouvriers	52,0	33,5	18,5	1,82
p (chi2)	<.0001	<.0001	<.0001	
Coefficient de contingence	0,05	0,10	0,11	

Perception de l'influence du travail sur la santé selon le sexe et la catégorie sociale

HOMMES					FEMMES				
Infl.	infl. nég.	infl. pos.	ratio		Infl.	infl. nég.	infl. pos.	ratio	
cadres	57,8	29,4	28,4	1,03	cadres	56,2	21,1	35,1	0,60
Profes. interm.	51,0	28,0	23,0	1,22	Profes. interm.	56,6	23,5	33,1	0,71
employés	50,3	27,1	23,1	1,17	employées	49,2	20,6	28,6	0,72
ouvriers	53,3	34,8	18,6	1,87	ouvrières	46,2	28,1	18,1	1,55

Perception de l'influence du travail sur la santé une analyse « toutes choses égales par ailleurs »

LOGIT : hypothèse nulle =	estimer une relation négative w/santé		estimer une relation positive w/santé	
	Pr	odds R	Pr	odds R
homme	ref	ref	ref	ref
femme	*	0,77	*	1,29
30 - 39 ans	ref	ref	ref	ref
<30 ans	*	1,27	ns	0,95
40 - 49 ans	ns	0,95	ns	1,04
50 ans et +	ns	0,93	*	1,10
ouvriers	ref	ref	ref	ref
cadres	*	0,74	*	2,06
pro.interm.	*	0,72	*	1,55
employé(e)s	*	0,71	*	1,37
cdi	ref	ref	ref	ref
fonctionnaire	ns	1,00	ns	1,07
précaire	*	0,76	*	1,24
ancienneté 3 à 10 ans	ref	ref	ref	ref
ancienneté <=3ans	*	0,83	*	1,20
ancienneté >10	*	1,21	*	0,87
50 à 499 salariés	ref	ref	ref	ref
1 à 49 salariés	*	0,84	*	1,17
500 salariés et +	*	1,21	*	0,87

Lecture : Population de référence : homme, 30-39 ans, ouvrier, 3 à 10 d'ancienneté, établissement de 50 à 499 salariés. Être une femme, et « toutes choses égales par ailleurs », se traduit par une probabilité plus faible d'estimer un lien négatif entre travail et santé (« odds ratio » de 0,77 contre 1). Ce modèle intègre la variable branche d'activité, non représentée ici, dont l'effet propre est peu ou pas significatif. Significativité statistique : au seuil de 5% (**p < 0,05), de 10% (* p < 0,01). « ns » non statistiquement significatif.

Assez faible parmi les ouvriers, la différence entre les sexes s'accuse avec le niveau de qualification, pour être maximale chez les cadres.

Cette différence de sexe suggère quatre pistes d'interprétation. 1- Les femmes apprécieraient d'autant plus le travail professionnel comme facteur de santé qu'il s'agit pour elle d'une conquête historique. 2- Ce travail professionnel est concurrencé par le travail domestique comme facteur potentiel d'atteinte à la santé. 3- Les emplois féminins seraient associés à une construction sociale plus systématique de l'invisibilité des atteintes à la santé dont ils sont le lieu. 4- Quant elles ou ils sont en emploi les femmes seraient davantage que les hommes sélectionnées par la santé, sachant qu'une situation d'inactivité professionnelle, voire de chômage, est plus fréquente et moins illégitime socialement pour elles.

La différence selon la catégorie socioprofessionnelle passe surtout entre les ouvriers et les autres : deux ouvrier-e-s sur trois, parmi ceux qui se prononcent, perçoivent une influence négative ; chez les employés les jugements sont déjà nettement moins déséquilibrés ; ils sont équilibrés chez les professions intermédiaires ; et les cadres expriment majoritairement des perceptions positives. D'ailleurs, concernant la fréquence des jugements négatifs, une fois contrôlés les « effets » propres d'une série d'autres attributs, c'est uniquement entre les ouvriers et toutes les autres catégories socioprofessionnelles plus qualifiées qu'opère cette différence. On retrouve toutefois également un effet propre du niveau de qualification « toutes choses égales par ailleurs » sur la probabilité d'émettre un jugement positif.

Les deux interprétations de l'« effet » propre du niveau de qualification sont, a priori, les suivantes. 1- Plus la qualification est élevée, plus les dimensions de développement de la santé par le travail peuvent prendre le dessus sur les autres dimensions.⁴ 2- Les atteintes, réelles ou potentielles, à la santé sont d'autant plus perçues qu'il s'agit de situations de travail marquées par des conditions de travail – pénibilités physiques et risques corporels notamment – qui ont été construites historiquement comme telles dans le monde ouvrier. Ce phénomène en contredit donc puissamment d'autres, sur lesquels l'accent a souvent été mis, comme l'existence de cultures de métier valorisant les pénibilités et/ou les dangers qui y sont associés. Inversement, de même que des métiers féminins s'opposent à des métiers masculins par une construction sociale tendant à y rendre invisibles des composantes délétères, l'activité professionnelle des professions intermédiaires ou des cadres ne serait pas en elle-même moins pathogène que des tâches ouvrières : elle ne serait pas – ou pas encore – construite socialement comme telle. La montée en puissance d'un thème comme celui de la « souffrance » ou du « stress » au travail des cadres pourrait cependant tendre à modifier à cette donnée.

⁴ Cette interprétation peut être soutenue par d'autres résultats de cette enquête. En particulier au travers des corrélations établies entre la position dans la hiérarchie salariale et les réponses au questionnaire de Karasek, elles-même fortement associées à la perception du lien travail-santé et de son état de santé.

Un examen plus précis sur certaines familles professionnelles s'avère instructif. Les jugements positifs sont particulièrement fréquents dans des catégories disparates, telles les « maraîchers-jardiniers-viticulteurs », les « professionnels des arts et des spectacles », mais aussi les « professionnels de l'action sociale, culturelle et sportive ». Soit, d'une part, des métiers manuels, sans doute pénibles physiquement, mais dont l'exercice en plein air et une certaine autonomie opératoire favorisent de tels jugements, et d'autre part, des métiers à forte composante vocationnelle. On revient plus bas sur le cas des infirmières, qui montre aussi, à sa manière, que le niveau de qualification, même lorsqu'il est combiné avec le sexe, n'épuise pas les facteurs professionnels de la perception de l'influence du travail sur la santé.

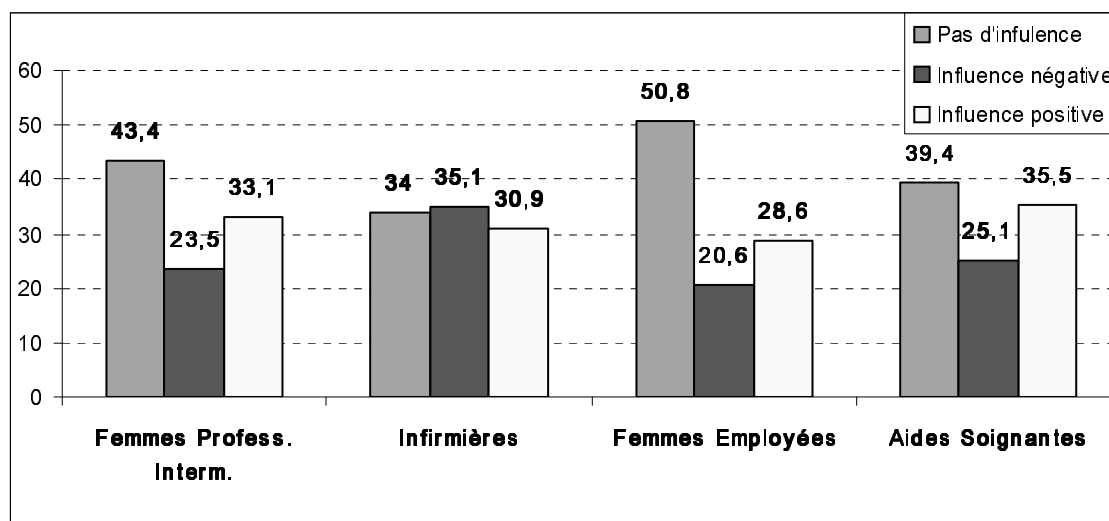
Le rôle de l'âge dans l'appréciation du lien travail-santé est moins net que celui du sexe et de catégorie socioprofessionnelle. Il apparaît toutefois dans certains cas lorsque que l'on observe les réponses selon la catégorie et le sexe, notamment chez les jeunes ouvriers et ouvrières. Il se manifeste surtout dans une analyse « toutes choses égales par ailleurs », dans laquelle les moins de trente ans se distinguent de l'ensemble des autres classes d'âges par des jugements négatifs plus fréquents. L'élévation du niveau de formation et d'information d'une part, le recul des idéologies de métier et l'affirmation d'une relation plus instrumentale au travail de l'autre, sont les interprétations le plus souvent avancées de cette spécificité d'âge et/ou de génération⁵.

Le rôle de certains aspects des conditions d'emploi et de travail sur la perception du lien entre travail et santé est également plus complexe et hétérogène qu'il ne paraît. Si certaines contraintes physiques ou organisationnelles jouent puissamment dans le sens de perceptions négatives, il n'en est pas de même pour le statut d'emploi. On sait que les salariés précaires – intérimaires, CDD –, et, plus largement, ceux qui sont peu anciens dans leur emploi, sont surexposés aux risques professionnels. Or ils déclarent, « toutes choses égales par ailleurs » une perception plus positive du lien travail-santé. Ce paradoxe peut résulter d'un double effet : de sélection par la santé, dit « effet du travailleur sain » - parmi les précaires, ceux qui sont en emploi à un moment donné sont sur-sélectionnés par leur santé ; et d'un attachement au travail, attachement d'autant plus grand qu'on en a souvent privé. Par contre les contraintes de temps ou d'horaires de travail, dont on sait également qu'elles tendent à sélectionner par la santé les travailleurs qui y sont exposés, sont effectivement perçues, « toutes choses égales par ailleurs », comme pathogènes.

Dernières dimensions des situations de travail dont le rôle semble a priori paradoxales dans les perceptions des liens travail-santé de l'ensemble des salariés, la taille de l'établissement et la présence ou non d'un CHSCT. Contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, travailler dans un grand établissement d'une part, et bénéficier de la présence d'un CHSCT d'autre part, sont deux facteurs qui sont associés à des perceptions plus souvent négatives. Ici, tout se passe comme si des dimensions favorisant une meilleure information sur les risques professionnels favorisaient du même coup une présomption plus fréquente de l'existence de nuisances.

⁵ On sait que la variation d'un indice selon l'âge, observée en coupe instantanée, ne permet pas de trancher entre ses deux ressorts possibles, d'une part d'âge proprement dit – ou de position dans le cycle de vie –, d'autre part de génération sociale. Rien ne permet de dire qu'un rapport plus lucide ou critique à la santé au travail chez les moins de trente ans sera durable.

Les soignantes⁶ apparaissent surexposées à un ensemble de contraintes professionnelles, non seulement au plan du temps et des horaires de travail, mais également de nombreuses autres conditions de travail.⁷ Par ailleurs, comparées aux femmes salariées des mêmes catégories socioprofessionnelles, elles se singularisent par des perceptions nettement plus fréquentes de liens travail-santé, notamment de lien négatif, et ce tout particulièrement chez l'ensemble des infirmières – du public et du privé - d'une part, et chez l'ensemble des les soignantes – infirmières et AS - du secteur public hospitalier. Les aides soignantes prises dans leur ensemble, comparées à l'ensemble du groupe des employées, manifestent certes des perceptions un peu plus souvent négatives, mais également un peu plus souvent positives. Autre spécificité des soignantes prises dans leur ensemble – public et privé - on ne retrouve pas chez elles la relation attendue entre le niveau de qualification et l'appréciation du lien travail santé. Au contraire, les infirmières déclarent nettement plus souvent que les aides-soignantes un influence négative.



Cette dernière série de résultats suscite plusieurs remarques. La distinction entre les soignantes du secteur public, plus critiques, et celles du privé, moins négatives dans leurs appréciations, renvoie probablement au cumul de contraintes et d'astreintes qui pèse sur les conditions de travail spécifiques aux hôpitaux. Le monde du secteur non public – privé lucratif ou non lucratif – est sans doute plus hétérogène de ce point de vue. Il est plus surprenant que la combinaison de « l'effet genre » et de « l'effet niveau de qualification », qui se traduit à un niveau agrégé par la faible fréquence des perceptions négatives du lien travail-santé dans l'ensemble des professions intermédiaires féminines, ne se retrouve pas chez les infirmières. Sauf à considérer que ni le genre, ni la niveau de qualification d'une profession ne jouent naturellement

⁶ 1107 soignantes dans l'enquête : 752 dans le secteur public et 355 dans le secteur privé ; 600 sont des infirmières, 507 des A.S.

⁷ Notre indicateur synthétisant les trois dimensions du questionnaire de Karasek – charge psychologique, latitude décisionnelle et soutien social - montre que les infirmières hospitalières, suivies de près par les aides soignantes hospitalières, ont un score de « charge de travail peu compensée » nettement supérieur à la population des ouvriers, ainsi qu'aux techniciens et agents de maîtrise de l'industrie.

dans un sens ou dans un autre. Dit autrement, il est possible que dans certains contextes socio-historiques, les normes de genre et de profession se combinent, au travers d'une alchimie originale, dans un sens opposé aux tendances agrégées. Les attentes féminines par rapport à leur activité professionnelle, particulièrement fortes dans certains métiers, pourraient alors contredire la dynamique négative des conditions dans lesquelles elles sont amenées à l'exercer, et au processus de mise en forme sociale de ces conditions comme conditions collectives et non « naturelles » (Guignon, 2008). D'ailleurs la profession d'infirmière déclare dans une proportion légèrement supérieure à la moyenne des salariées (30,9 % contre 28,8 %) ressentir un lien positif entre santé et travail : ce qui la singularise c'est à la fois la fréquence des perceptions négatives (35,1%, contre 22,5%), et un niveau un peu plus élevé de perceptions positives (30,9% contre 28,8%). Dit autrement, ce groupe professionnel est particulièrement divisé dans ses représentations des liens travail-santé.

L'approche statistique des perceptions des liens entre le travail et la santé est indispensable pour cadrer de grandes tendances dans lesquelles se manifestent clairement le jeu des rapports sociaux – notamment de sexe et de classe - et de très nombreuses différenciations sociales du salariat au regard du travail et de l'emploi. Elle soulève en même temps une série d'énigmes, liées à la complexité et à l'ambivalence des ces liens, lesquelles en appellent à des approches plus qualitatives et contextualisées.

2- Une enquête localisée sur deux groupes professionnels sexués

Telle est celle que nous avons menée auprès de soignantes d'un site hospitalier CHU de Marseille et de salariés masculins de la sous-traitance à dominante pétrochimique de Fos-Berre, à partir à la fois de questionnaires et d'entretiens [Encadré]

L'enquête localisée

Un questionnaire original, pour une part inspiré du questionnaire *Sumer* a été administré à 137 soignantes (87 infirmières et 50 aides-soignantes) travaillant dans six services du CHU, et à 102 salariés de la sous-traitance rencontrés dans un service interprofessionnel de médecine du travail. Il a fait l'objet d'exploitations statistiques, notamment d'une AFC ayant permis de dégager trois profils organisés autour de la perception du travail et du rapport travail-santé, très proches de trois des quatre profils type dégagés par le questionnaire de Karasek (Guignon et al., 2008) : « Le ou la responsable à forte sollicitation faiblement soutenue et reconnue » (principalement composé d'infirmières) ; « Le ou la salarié autonome bien soutenu(e) et reconnu(e) » (principalement composé d'agents de maîtrise et de techniciens de la sous-traitance) ; « Exécutant(e) peu sollicité(e) et désimpliqué(e) » (principalement composé d'aides-soignantes et d'ouvriers de la sous-traitance). Il a aussi permis de sélectionner les personnes à interviewer, parmi les volontaires : 22 soignantes (6 aides soignantes et 16 infirmières), et 19 salariés de la sous-traitance (10 ouvriers, 7 agents de maîtrise et 2 techniciens). Nous avons privilégié les plus de 40 ans, jugeant que la durée de l'expérience professionnelle pouvait enrichir l'expérience de la santé au travail, comme du vieillissement au travail et par le travail. 17 soignantes et 16 salariés de la sous-traitance ont plus de 40 ans.

Les deux groupes s'opposent très nettement non seulement du point de vue du genre, mais aussi des contextes de travail dans lesquels est mise en jeu la santé. Les pénibilités et risques ne sont pas les mêmes : risques bactériologiques, organisationnels et psychosociaux, horaires décalés à l'hôpital ; risques physiques et chimiques, instabilité d'emploi sur les sites industriels de Fos-Berre.

Les réponses au questionnaire de Karasek vont dans le sens d'une situation assez comparable des soignantes enquêtées à celles de la base *Sumer*, et d'une situation plus spécifique des salariés de la sous-traitance comparés à des populations apparentées. Ces derniers font état également d'une forte « charge psychologique », mais elle est nettement mieux compensée par un « soutien social » élevé. Les deux groupes sont plus sévères sur leur état de santé, et semblent⁸ plus souvent faire un lien entre leur travail et leur santé, en particulier dans un sens négatif. Ce dernier phénomène toucherait particulièrement les soignantes de l'hôpital. Il est vrai que c'est un CHU – les conditions de travail y sont probablement plus difficiles que dans un hôpital local –, et que nous avons ciblé des services a priori plus pénibles que la moyenne. Les soignantes sont plus critiques sur le lien santé/travail, ainsi que sur toute une série d'aspects de leurs conditions de travail.

Une série d'analyses statistiques confirme de forts contrastes entre les deux contextes socioprofessionnels, mais montre aussi des ressemblances entre les profils « travail et santé » de certaines soignantes et de certains salariés de la sous-traitance.

Les soignantes de l'hôpital public forment un salariat relativement diplômé, protégé, inscrit sur un marché interne du travail où domine l'employeur public local, ses quatre établissements et plusieurs dizaines de services, diversifiés du point de vue des pathologies traitées, du profil de malades, des horaires pratiqués etc.. Reste que les horaires de travail atypiques sont la norme. Le sentiment de dégradation des conditions de travail et de faire un travail « bousculé » est très dominant, de même que celui d'être insuffisamment rémunérée. Les salariés de la sous-traitance forment un salariat moins diplômé, circulant principalement sur un marché externe du travail, éclaté en de multiples établissements, et sont soumis au nomadisme des chantiers. L'instabilité d'emploi, sinon la précarité d'emploi, constitue la norme professionnelle. Les rapports de sous-traitance opacifient les responsabilités en matière de sécurité comme d'encadrement du travail ouvrier. Pourtant l'appréciation de l'évolution des conditions de travail et du salaire est bien plus favorable qu'à l'hôpital.

Cette forte spécificité de chacun des univers professionnels y apparaît en partie banalisée : les contraintes temporelles des soignantes n'empêchent pas un grand nombre d'entre elles de juger leurs horaires de travail « assez pratiques » ; et malgré une précarité d'emploi de fait la plupart des salariés de la sous-traitance disent « ne pas craindre pour son emploi ».

Reste que les deux groupes s'opposent nettement dans leur rapport aux risques. Chez les soignantes, en premier lieu les infirmières, dominent les risques psychosociaux de type « burn-out » - elles sont très nettement sur-représentées dans la catégorie des « stressés » du « job strain » -, souvent renvoyés, comme on le verra, aux capacités psychologiques à construire la « bonne distance » aux malades. Les salariés de la sous-traitance sont amenés à gérer leur instabilité d'emploi – à la limite en sacrifiant sa santé sur l'hôtel du « travailler plus pour gagner plus » –, sans ignorer, pour nombre d'entre eux, les politiques de prévention associées au classement des sites

⁸ La prudence de l'expression ne renvoie pas seulement à la faiblesse des effectifs dans notre enquête, mais à la formulation de notre question, distinguant « santé physique » et « santé psychique », et autorisant les réponses « ne se prononce pas », aux côtés de « non », « influence plutôt négative », « influence plutôt positive ».

industriels en catégorie « Seveso ».⁹ Ils déclarent davantage de pénibilités et d'expositions, passées et présentes, à des risques professionnels, des problèmes de santé plus diversifiés, tout en imputant plutôt moins souvent au travail un effet négatif sur la santé. Il est vrai qu'ils se disent mieux informés des risques, plus soucieux du respect de règles de sécurité et déclarent plus souvent pouvoir s'absenter ou bénéficier de l'aide de leurs collègues en cas de problème de santé. S'ils sont moins nombreux que les soignantes à dire « se soucier depuis toujours de leur santé », ils consultent plus souvent les médecins.

Cette opposition entre les deux milieux professionnels doit être nuancée. Une AFC permet de distinguer trois profils, dont l'un est mixte professionnellement.¹⁰

Deux profils sont bien typés du point de vue de la composition professionnelle. Le type « A » - « le ou la responsable à forte sollicitation faiblement soutenue et reconnue » - est à dominante d'infirmières ; et le type « C » - « le ou la salarié autonome bien soutenu(e) et reconnu(e) », où les agents de maîtrise et techniciens de la sous-traitance pétrochimique sont surreprésentés. Le premier est marqué par des représentations négatives du travail, de la santé et de leurs relations, le second par des perceptions positives sur ces trois plans. Le troisième type ; « B » - « Exécutant(e) peu sollicité(e) et désimpliqué(e) » - est composé surtout d'aides-soignantes et d'ouvriers, et comprend presque tous les « passifs » au sens de Karasek. S'il se singularise par la fréquence des expériences d'emploi précaires, le travail est jugé peu fatigant et peu stressant, et rarement influent sur la santé, physique et psychique.

3-Soignantes : la difficulté à pouvoir « compatir sans compatir »

Une majorité des soignantes interrogées juge que son travail influence négativement sa santé, physique ou psychique, les autres se partageant entre celles qui expriment une opinion inverse – au moins un aspect positif – et celles qui ne se prononcent pas où disent ne ressentir aucune influence.

On se focalise ici principalement sur les premières, lesquelles radicalisent souvent un point de vue présent chez d'autres : au cœur des pénibilités du travail se situe la difficulté de construire la « bonne distance » aux malades (Molinier, 2008) – de savoir « compatir sans compatir » comme le dit l'une d'elles. Mais cette difficulté fait l'objet de la part des intéressées de deux interprétations concurrentes, presque toujours entremêlées, selon qu'elles mettent en cause, d'une part, sa propre psychologie, d'autre part les conditions de travail. Même chez celles qui expriment le plus une souffrance personnelle – parfois avec des expressions très fortes : « ma vie a été détruite », « je me suis niée », « je suis épuisée, en burn-out » - les conditions de travail sont également mise en cause.

⁹ Directives européennes émises suite au rejet accidentel de dioxine sur la commune de Seveso (Italie, 1976), transposées dans le droit français depuis 2000, impliquant une série de mesures préventives d'accidents industriels majeurs.

¹⁰ Les variables « actives » de cette AFC sont toutes construites à partir de la perception de la situation de travail : les trois dimensions du modèle de Karasek (« charge psychologique », « latitude décisionnelle », « soutien social »), les contraintes de rythme de travail, les contraintes horaires, l'appréciation de l'évolution des conditions de travail etc.

Mais on verra, par contraste avec une autre infirmière, également très critique sur le rapport travail-santé, mais par ailleurs syndicaliste comment la lecture psychologique des difficultés de régulation de la compassion peut faire obstacle une contestation plus complète des conditions de travail.

Henriette, 50 ans, travaille de nuit comme infirmière-puéricultrice en maternité. C'est sans doute celle qui est le plus en difficulté pour construire la bonne distance au travail : « ma vie a été détruite » confie-t-elle, en expliquant que c'est le désir de réparer une maternité impossible – il lui a fallu de longues années pour connaître une grossesse, mais le bébé est décédé rapidement - qui l'a poussée, quand elle était aide-soignante, à devenir puéricultrice. « Je revis tous les jours des situations qui sont dures... toucher les enfants... c'est le fils que j'ai perdu... J'ai pas pu allaiter, quand je mets des enfants au sein ça me fait énormément plaisir, mais ça fait aussi mal ». Difficile, a priori, d'écarter l'interprétation psychologique en terme de « volonté inconsciente de réparation d'un échec » que certains auteurs mettent au principe du choix de la profession d'infirmière, pour la stigmatiser comme une des sources principales de la culpabilité et de souffrance des soignantes.¹¹ Mais si l'on suit Pascale Molinier (2008), c'est le collectif de travail qui est le principal creuset de la construction de cette bonne distance, hypothèse bien étayée par l'ensemble de notre enquête, qui confirme, après d'autres, le rôle décisif du « soutien social » dans la genèse d'un rapport positif au travail et à la santé. Henriette déplore d'ailleurs la détérioration de l'ambiance et la démotivation des collègues dans son service. On peut donc soutenir que cette infirmière n'aurait pas trouvé, du moins dans la durée, les ressources que peut offrir un collectif de travail dont le « libre jeu » fonctionne comme instance d'élaboration de la souffrance au travail. Dans ses propos ces deux lectures s'affrontent, chacune dominant tour à tour : tantôt elle met l'accent sur son drame personnel – « c'est la vie qui m'a détruite, pas le travail » –, et sur l'importance du soutien psychothérapeutique dont elle a bénéficié pour y faire face ; tantôt elle met l'accent sur ses conditions de travail : « ambiance du service », mais aussi horaires de nuit, jugés responsables de nombre de ses dérèglements de santé - troubles du sommeil et de l'alimentation, surpoids, espérance de vie raccourcie - et du sentiment de marginalisation professionnelle qui est le sien. Henriette illustre la manière dont la vie professionnelle révèle une construction de la santé qui la précède et qui la déborde ; ici, comment, plus que de résoudre les conflits internes, elle semble plutôt les avoir redoublés et exacerbés.

On note que plusieurs autres infirmières, parmi les plus critiques sur la relation travail-santé, ont en commun avec Henriette l'absence d'une expérience complète de maternité, parfois associée au célibat durable. On peut penser que l'envahissement de la vie personnelle par la vie professionnelle rencontre ici moins de limites. C'est le cas de Mariette, 54 ans, elle aussi puéricultrice, qui se dit suis « épuisée, en burn-out depuis des années » On retrouve chez elle cette difficulté à trouver la « bonne distance » avec la souffrance humaine. Si Henriette cherchait à « réparer » sa maternité impossible en travaillant en maternité, Mariette nous dit qu'elle cherche dans le métier d'infirmière, et dans sa composante la plus éprouvante psychologiquement, la pédiatrie, à « rendre ce qu'on lui a donné » en tant qu'enfant à la santé fragile. Elle aussi a réalisé un long travail psychothérapeutique qui semble ne pas avoir suffi pour soulager sa souffrance, et évoque en même temps la qualité

¹¹ Marc Loriol (2002) cite à ce propos le livre d'une Infirmière Générale (Micheline Wenner) sur le choix de la profession d'infirmière : *Comment et pourquoi devient-on infirmière*, ed. Arslan, 1999.

médiocre de l'ambiance et des relations de travail dans le service : les tensions semblent fortes entre les sage femmes – vues un peu comme les « seigneures » du service –, infirmières expérimentés et jeunes infirmières, infirmières et aides-puéricultrices. Mariette juge sévèrement ces jeunes soignantes qui anticipent leur congé maternité ou se plaignent des horaires de travail hospitaliers : « les gens veulent le beurre et l'argent du beurre... Les horaires, ça fait partie du métier ! Sinon, il fallait faire autre chose ». On voit ici comment l'idéologie vocationnelle tend à naturaliser certaines des pénibilités du travail. Ce qui ne l'empêche pas, par ailleurs, de juger que son travail influence négativement sa santé physique et psychique.

On retrouvera peu ou prou cette ambivalence entre lecture psychologique et lecture collective de la santé chez la quasi totalité des soignantes. Un seul cas s'en écarte très nettement, celui d'une syndicaliste, Patricia, très critique elle-aussi sur la relation travail-santé, mais dont la lecture est très politique. Elle se définit comme une des rares « passionnées du bloc », service qui accueille nombre de jeunes infirmières qui n'y restent pas : « c'est une autre profession qu'infirmière en fait, c'est la profession d'infirmière, mais le contact avec le patient est limité ». Elle n'hésite pas à dire plus loin « on n'a aucun contact avec le patient ». Syndiquée depuis quelques années, elle bénéficie d'une décharge de 20% de son temps de travail. Autant les récits d'Henriette et de Mariette sont envahis par l'émotion, autant le sien est marqué par un certain détachement. Et elle utilise fréquemment le « on » ou le « nous », ce sujet collectif étant tantôt les soignantes du bloc, tantôt le syndicat. « On est arrivées à s'unir pour lutter contre les astreintes toutes ensemble, nous avons fait une grève en décembre ». « Ils voulaient que nous tarifions l'acte, mais là nous avons refusé ». La force du collectif soutient les actes individuels. Refuser de nouvelles tâches de gestion : « Je sais parfaitement comment se déroule une opération de l'appendicite, mais combien ça coûte j'ai pas envie de le savoir ». Dire non aux remplacements au pied levé : « Moi, ils [les cadres] ne m'appellent pas à la maison [pour remplacer une collègue absente] ». Les tensions qui sont vécues avec les chirurgiens ne sont pas individualisées : ce sont les médecins du bloc, dans leur ensemble, en tant que spécialistes, qui sont mis en cause. Pas plus que les tensions avec l'encadrement ou les sources du « stress ». Les tensions avec les cadres sont imputées à l'évolution de la division du travail - avant les surveillantes étaient chargées des commandes de matériel, maintenant cette tâche est reportée sur les infirmières ; au manque d'effectifs – « faire un planning sans personnel, déjà ça doit être un casse-tête chinois » ; « voir l'organisation du programme opératoire, des infirmières nouvelles on les jette comme ça en salle toutes seules ... » ; et au défaut de moyens matériels : « tous les matins on est obligé de trouver sa tenue, on est toujours en rupture de linge, bientôt on va travailler en culotte ». Finalement, au principe de ses difficultés personnelles se trouve « la politique générale actuelle... On veut démanteler les services publics, alors autant dire qu'ils ne marchent pas ». Patricia tient donc à distance l'emprise pathogène du travail sur sa vie et sa santé : par une orientation et une pratique très « techniciennes » de la profession ; par une lecture politique des difficultés professionnelles ; par une bonne insertion dans le collectif de travail et dans un collectif militant.

L'ambivalence du rapport au travail du rapport travail-santé se manifeste, au fond, dans tous les entretiens réalisés, quelles que soient les réponses formulées à la question « fermée » à ce sujet. Corine Inal, 37 ans, infirmière de bloc elle aussi, a choisi de répondre « ne se prononce pas » aux deux volets de la question. Domine

chez elle une relation positive au travail et à la santé. Ses deux principales réserves portent sur une orientation initialement non choisie vers la profession, et l'obligation de sacrifier la dimension relationnelle de son travail : « on n'a pas le temps d'accueillir le patient, de lui parler, de se présenter... Il est pris pour un numéro, ça je ne le supporte plus » : « ce que je fais me plaît... mais on ne travaille pas comme il faut ». Mais dans l'ensemble sa vie professionnelle paraît plutôt satisfaisante : elle a été promue infirmière spécialisée, n'hésite jamais à étudier à son domicile les interventions chirurgicales qu'elle ne maîtrise pas encore parfaitement, valorise la solidarité au sein de l'équipe, parvient à construire la « bonne distance », tant dans la compassion avec les malades que dans les rapports avec les médecins et les cadres de santé. Et sa situation de mère divorcée ne semble pas perturber une vie extra-professionnelle riche en diverses activités, dont les temporalités sont maîtrisées grâce à des horaires qui sont principalement de jour et assez réguliers, et à l'aide de la parentèle. Corine relève clairement, subjectivement du modèle « le travail n'entame pas une bonne santé », laquelle se construit, aussi, en dehors du travail. Mais le travail est perçu, également, comme potentiellement pathogène : c'est la « bonne distance » de la « bonne professionnelle » qui permet de s'en protéger et de bien séparer le hors travail du travail, l'équipe jouant un rôle dans sa construction. Si on n'y parvient pas, c'est qu'on n'est pas fait pour ce métier. Le risque professionnel est donc à la fois perçu comme construit par les conditions et le collectif de travail... et naturalisé.

Les aides-soignantes de cet hôpital sont, semble-t-il, et comme au plan national, plutôt moins critiques que les infirmières sur la relation travail-santé. Elles jugent leur travail tout aussi « fatigant », mais moins « stressant » et néfaste pour leur santé psychique. Il est vrai qu'elles sont, localement, plus jeunes et sans doute moins « usées » que les infirmières. Mais on insistera sur une caractéristique majeure qui les spécifie : elles ont bien plus souvent connu un début de parcours professionnel difficile, en dehors de l'hôpital public, marqué par la précarité de l'emploi et des tâches pénibles, notamment dans des activités de soins aux personnes âgées. C'est aussi relativement à ces débuts professionnels particulièrement difficiles que leur évaluation positive de leur travail actuel se comprend.

Il y a chez ces femmes soignantes un attachement fort au travail professionnel à la fois comme activité sociale, et comme profession motivante. Cet attachement peut alimenter la tolérance aux mauvaises conditions de travail, lesquelles sont alors psychologisées, naturalisées, minimisées, perçues comme contreparties nécessaires d'une implication très positive dans l'activité. L'idéologie vocationnelle a permis longtemps d'occulter ces conditions du travail, précisément comme « conditions »¹². Marc Lorient (2002) a insisté sur la manière dont la notion de « stress » pouvait être mobilisée dans cette perspective. Mais elle peut nourrir également un regard critique sur ces conditions, perçues comme contredisant un travail de qualité : le genre féminin et le genre professionnel peuvent donc tantôt s'épauler dans le sens de la méconnaissance de potentialités délétères du travail, tantôt dans le sens de leur critique. Les deux se combinent le plus souvent, les soignantes hospitalières attestant cependant de la force du deuxième mouvement.

¹² Michel Gollac et Serge Volkoff (2000) rappellent que pour que l'on puisse parler de « conditions de travail », il faut pouvoir distinguer « le travail », de certaines de ses « conditions », perçues comme modifiables.

Reste qu'il s'agit d'un groupe professionnel divisé sur ce plan, comme le montrent leurs réponses, plus tranchées que dans d'autres professions sur la question de la relation travail-santé. Sans doute que les tensions au sein et entre ces normes sociales sont particulièrement fortes. Elles peuvent se traduire de multiples formes : entre l'encadrement et les soignantes, au sein des services, au plan intergénérationnel, et par des mouvements de fuite hors de l'hôpital.

4- Salariés de la sous-traitance : le déni viril du risque en question

Le rapport aux risques professionnels des soignantes nous a surpris par la fréquence relative des attitudes critiques. Celui des salariés de la sous-traitance par la fréquence relative des relations positives au travail et à la relation travail-santé, eu égard au contexte professionnel, caractérisé par la sur-exposition aux risques et aux pénibilités de tous ordres. Outre la puissance probable d'effets de sélection par la santé plus sévères, on peut y voir la persistance d'idéologies viriles défensives (Dejours, 2000), mais aussi de l'existence de formes de solidarité plus fortes au sein des collectifs de travail, ainsi que des implications de parcours promotionnels, fréquents. On insistera ici à la fois sur la persistance de formes de déni viril du risque, dans une certaine mesure fonctionnelles dans ce milieu professionnel, et sur leur recul dans les nouvelles générations, favorisant une représentation plus critique des liens travail-santé.

Comment comprendre la fréquence des perceptions positives ou neutres des incidences du travail sur la santé chez des travailleurs qui, par ailleurs reconnaissent, plus souvent que les soignantes (75% contre 56%) avoir connu par le passé des « situations professionnelles néfastes pour la santé » ?

Deux exemples illustrent la persistance de pratiques de « déni viril du risque ». Jean Oudard, 57 ans et Gérard Ouda, plus jeune de quinze ans sont tous deux soudeurs en intérim. Le premier a déclaré que son travail n'influait pas sa santé psychique et qu'il était bon pour sa santé physique, le second que le travail n'influait aucun des deux aspects de sa santé. Pourtant ils ne dissimulent pas leurs difficultés de santé. Mais ils refusent de les relier au travail, alors même qu'ils sont reconnus comme victimes de maladies professionnelles : une atteinte à l'amiante pour le premier, une « maladie du carreleur » pour le second.

« Je me sens capable de tout faire, donc pour moi je suis en bonne santé ». « Tout faire », pour Jean, c'est certes continuer à aller au travail malgré sa fatigue, due selon lui d'abord à l'âge, et la difficulté de devoir accepter, sous la pression amicale de ses collègues plus jeunes, que ce n'est pas être « tire au flanc » de ne plus pouvoir faire tout ce qu'il faisait avant. C'est y arriver de bonne humeur, sans y amener ses soucis privés. Mais c'est aussi avoir des loisirs qui le passionnent, comme le modélisme. Ce rapport positif au travail et à la santé peut surprendre chez un salarié qui n'a connu aucune promotion professionnelle apparente. Ce serait sous-estimer combien les motifs de fierté et le sentiment de réussite de Jean s'appuient sur un récit épique des épreuves desquelles la solidarité de son couple et sa propre détermination ont su triompher. Il a été capable d'écarter le risque d'un déclassement social auquel le ménage a été exposé : une conjointe à la santé très fragile, des conflits avec certains des enfants, et des épisodes de licenciements se sont conjugués pour conduire le couple à vivre en caravane de longues années. Travailler en intérim depuis quinze ans

n'a pas été, initialement, un choix : c'est son employeur, en sous-activité qui l'y a poussé. Mais depuis il apprécie de pouvoir négocier régulièrement son salaire horaire et se considère mieux payé qu'en « fixe ». En fait il est mis à disposition de manière continue à un seul employeur, et principalement sur un seul site. Il en connaît donc bien les installations et les dangers. Il ne se sent aucunement précaire. Son principal souci est le moment et le niveau de son passage à la retraite. Il pense, comme la plupart de ses collègues, que les conditions de travail – encore difficiles, mais qu'il prend soin de distinguer du « travail en lui-même » – et de sécurité, se sont sensiblement améliorées ces dernières années.

« Je suis un bosseur » : ainsi se définit Gérard. Un « bosseur » qui déteste tomber malade, et se sentir alors « encombrant ». Et qui refuse avec véhémence à attribuer une cause professionnelle, même partielle, à la principale maladie dont il souffre et qui l'inquiète beaucoup pour son avenir, une allergie dermatologique. Et quand son médecin l'attribue à son « stress », il n'accepte que de reconnaître qu'il est « nerveux » et « ne sait pas tenir en place ». Car chez lui la santé ne devient un problème que lorsqu'elle met en cause sa capacité à travailler. Il cache sa maladie au médecin du travail. L'invalidité est une hantise car elle signifierait perdre non seulement son statut de travailleur, mais du même coup celui de père de famille. Divorcé, Gérard met un point d'honneur à verser régulièrement une « grosse pension ». La seule atteinte à sa santé reconnue par lui comme d'origine professionnelle – « maladie du carreleur » – d'une part est imputée au passé, d'autre part reste négociable dans son activité. Et toutes ses autres difficultés de santé sont naturalisées, minorées, banalisées, ou déniées, dans la mesure où elles n'interdisent pas la valorisation de sa force de travail. Il présente une version maîtrisée de son long parcours dans l'instabilité d'emploi. Un peu comme chez Jean, les épisodes professionnels les plus difficiles sont héroïsés. Telles ces quelques années en « grand déplacement », loin de sa famille : il y travaille jusqu'à 60 heures par semaine, moyen de ne pas être tenté par les sorties, le jeu, les dépenses dont la famille a besoin. Mêmes propos enfin chez Gérard que chez Jean sur l'intérim – librement choisi et plus valorisant qu'en « fixe », d'autant plus qu'il n'accepte que des missions de longue durée permettant de connaître les installations -, et la sécurité – qui s'est améliorée.

Un des puissants facteurs de relativisation des liens travail-santé se situe dans les trajectoires professionnelles de ces travailleurs. Même quand ils n'ont pas connu de promotion hiérarchique – tels ces agents de maîtrise qui apprécient avoir troqué la fatigue physique des tâches manuelles pour le stress des responsabilités –, voire même quand ils ont connu un certain déclassement professionnel, la plupart ont bénéficié d'une amélioration relative de leurs conditions de travail. Ainsi René Oudo, 53 ans, soudeur sur CDI, ne cesse de relativiser ses conditions présentes de travail eu égard à une expérience antérieure : « à la force du poignet » mais au prix d'une hernie discale il était devenu contremaître : « j'ai mal, mais je me suis habitué à cette douleur, elle ne me gêne pas dans mon travail. J'arrive à faire les mêmes mouvements, la seule différence c'est que quand je me baisse j'ai mal. »

On terminera en citant deux cas de jeunes salariés ayant suivi des études plus longues. L'un, 34 ans, Daniel, est technicien, l'autre, Cyril, 25 ans, est pour l'heure simple opérateur. Le premier est à la fois dans le déni – « je suis en très bonne santé, donc le travail n'a pas d'influence » - et dans le soupçon – « on est dans des situations de

travail qui ont des effets néfastes sur notre santé, à long terme ». Mais il relativise sans cesse les risques chimiques en mettant en cause plus largement l'environnement. Le second, lui, hésite moins à reconnaître ces effets pathogènes, sans doute parce que sa relation au travail est plus instrumentale encore. C'est que huit années après son bac technique il n'a toujours pas trouvé l'emploi qui correspondrait à sa qualification. Il connaît une insertion précaire et laborieuse dans des emplois peu qualifiés, et le principal mérite de son emploi actuel est de faire figurer « opérateur » sur la fiche de paie : travaillant en horaires postés, et « que pour de l'argent », il améliore ainsi son salaire, tout en étant lucide sur les effets négatifs de ces horaires – fatigue, difficultés de récupération – et des produits chimiques qu'il respire. Réembauché récemment par le même employeur suite à un recours aux Prud'hommes, parce que « je faisais partie de ceux qui acceptent de tout faire », il est conscient que la précarité de son emploi a des incidences sur les risques du travail : il est amené à conduire des engins dans en avoir la compétence officielle. Les quelques éléments d'initiation à la prévention des risques dont il a bénéficié au Lycée lui semblent très insuffisants. Il dit « mal connaître les risques professionnels », tout en se doutant qu'ils sont nombreux.

Comme chez les soignantes, les entretiens réalisés chez ces salariés masculins de la sous-traitance industrielle font apparaître le plus souvent des attitudes ambiguës, ambivalentes. L'expérience sociale les informe de la faible distance qui sépare, dans la manière d'affronter le danger ou le risque, apprivoisement nécessaire de la peur pour pouvoir travailler malgré tout, et mise en danger de soi-même et des collègues par imprudence. L'implication positive durable au travail nécessite d'autres ressorts que le déni viril du risque : intérêt et variété des tâches, développement des savoirs, bonne ambiance, reconnaissance par les collègues et par les supérieurs, séparation tranchée entre travail et « vie privée », et par-dessus tout peut-être la réalité ou l'espoir d'une évolution professionnelle positive permettant de s'éloigner en cours de carrière des travaux les plus pénibles ou dangereux. Enfin deux phénomènes, le premier plus général, le second plus local, semblent ici aller dans le sens du déclin du déni viril du risque et des idéologies de métier associées : la montée du niveau de formation dans les nouvelles générations ; et le classement « Seveso » des sites industriels se traduisant par des dispositifs de sécurité, qui semblent autant favoriser le soupçon de l'existence de risques cachés qu'un sentiment authentique de sécurité.

On a mis en exergue dans la dernière partie de ce texte (points 3 et 4) la différence entre les soignantes, chez qui les attitudes critiques sont fréquentes, et les salariés de la sous-traitance, chez lesquels s'est confirmée la persistance de normes viriles dans la vision des risques professionnels. On a montré, avec les premières, combien la norme de genre ne jouait pas ou plus, unilatéralement, dans le sens de la naturalisation ou de la psychologisation des difficultés professionnelles : une implication forte dans l'activité de *care* amène non plus à minorer, mais à dénoncer les conditions collectives du travail. Symétriquement, les déstabilisation de la norme virile et l'élévation du niveau de formation semble jouer dans le sens d'un recul des idéologies ouvrières de déni du risque.

Mais il faut rappeler que les différences entre les deux groupes quant aux réponses aux questions sur la perception des liens santé-travail demeurent minimales, comme elles semblent finalement assez faibles quand on les compare à des groupes socioprofessionnels équivalents au plan national. La fréquence des réponses « Ne sais pas » ou « Non » à la question de la perception d'une influence du travail sur la santé renvoie à la complexité et à l'ambivalence des liens santé travail, illustrés notamment par la tension entre « travail » (comme activité sociale) et « conditions de travail » (conditions du travail et de l'emploi). Il faut ici rappeler que les catégories sociales les plus exposées aux conditions de travail « objectivement » pénibles » sont généralement les mêmes que celles qui sont les plus exposées à la précarité de l'emploi. Ces dernières vont alors valoriser davantage la dimension « avoir un emploi » sur « se réaliser au travail » (Baudelot et Gollac, 2004). Le chômage de masse et la précarisation de l'emploi tirent incontestablement vers le bas le niveau d'attentes à l'endroit des conditions de travail et d'exposition aux risques. Mais nous avons vu que ce n'est pas la seule logique à l'œuvre. Ainsi la persistance du déni viril du risque combiné à des cultures de métier n'empêche pas les ouvriers de sexe masculin d'être la catégorie dans laquelle la perception d'une l'influence négative du travail sur la santé est la plus élevée

On terminera en indiquant combien le parcours professionnel et familial, insuffisamment exploré dans cette recherche, semble également un des éléments majeur de la régulation biographique de la santé au travail. Il peut tendre à la sous-déclaration des influences négatives passées, d'autant plus que les individus ont pu s'éloigner des tâches les plus pénibles. Mais on sait que les possibilités objectives de régulation de l'usure et du vieillissement au travail tendent à se réduire. D'où la nécessité de prolonger cette recherche sur les relations entre l'ensemble de l'itinéraire professionnel, biographique et de santé.

Bibliographie

Arnaudo B. Magaud-Camus I., Sandret N., Coutrot T., Flourey M.-C., Guignon N., Hamon-Cholet S., Waltisperger D. (2004), « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 », *Premières Synthèses*, n° 52-1, décembre, Dares.

Baudelot C., Gollac M. Eds (2003), *Travailler pour être heureux ? Le bonheur en France*, Fayard.

Canguilhem G. (1985), *Le normal et le pathologique. La connaissance de la vie*, PUF.

Célérier S. (2008), « Santé précaire au travail : quelques perspectives sociologiques », *Connaissance de l'emploi*, n° 56, Centre d'Etude de l'Emploi, juillet-août.

Clot Y. (2008), *Travail et puissance d'agir*, PUF.

Dejours C. (2000), *Travail, usure mentale* (3^{ème} ed. augm.), Bayard.

Gollac M., Volkoff S. (2000), *Les conditions de travail*, La Découverte.

Gollac M., Volkoff S. (2006), « La santé au travail et ses masques », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 163, juin.

Guignon N. (2008), « Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ? », *Femmes et Homme-Regards sur la parité*, INSEE.

Guignon N. , Niedhammer I., Sandret N. , « Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », *Premières Synthèses*, n° 22-1, mai 2008, Dares.

Hélaridot V. (2005), *Santé ou travail ? Les expériences sociales de la santé et de la précarisation du travail*, Thèse de doctorat, Université de Toulouse le Mirail.

Loriol, M. (2000), *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Anthropos.

Molinier P. (2008), « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la « bonne distance », à paraître dans *Temporalités*, n° 10.

Volkoff S., Molinié A.-F. (2008), « Les études statistiques en santé au travail : ressources et pièges », Santé au travail. Quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales ?, *Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise*, n° 9, MSH-Alpes, Grenoble, juin.