



HAL
open science

Représentations des relations au 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

Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller, Jean-René Pendariès, Audrey Rabassa

► To cite this version:

Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller, Jean-René Pendariès, Audrey Rabassa. Représentations des relations au 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 final pour le compte de la DARES. [Rapport de recherche] LEST UMR 7317. 2008, pp.280. halshs-00456867

HAL Id: halshs-00456867

<https://shs.hal.science/halshs-00456867>

Submitted on 19 Dec 2022

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

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



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



Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail
UMR 6123 - CNRS – Université de La Méditerranée - Université de Provence

**Représentations des relations travail-santé
dans deux groupes socioprofessionnels sexués :
soignantes hospitalières
et salariés de la sous-traitance pétrochimique.**

De l'enquête SUMER à une enquête originale en PACA

Septembre 2008

Paul BOUFFARTIGUE
(Responsable scientifique)
Jacques BOUTEILLER
Jean-René PENDARIES
Audrey RABASSA

Rapport final pour le compte de la DARES
(Convention n° 0000145)

Remerciements

Nous tenons à remercier les vingt-deux soignantes hospitalières
et les dix-neuf travailleurs de la sous-traitance
qui ont pris sur leur temps pour permettre
la réalisation de cette recherche ;
les médecins du travail de l'hôpital
et du service interprofessionnel de médecine du travail
qui nous ont permis de réaliser notre enquête.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE

1-Développements de la problématique de la recherche

1-1 Notre point de départ	14
1-2 Développements	15
1-2-1 Les approches psychologiques et psychosociologiques	16
1-2-2 Le développement du regard sociologique	18
1-3 Une synthèse provisoire : trois modèles d'intelligibilité	20

2-Méthodologie et déroulement de la recherche

2-1 Exploitation secondaire de l'enquête SUMER.....	25
2-2 L'enquête par questionnaire du LEST	26
2-2-1 Le recensement des enquêtes quantitatives existantes.....	27
2-2-2 La mise au point du questionnaire	28
2-2-3 Le déroulement de l'enquête	29
2-2-3-1 A l'hôpital « Montaigne »	30
2-2-3-2 Auprès des travailleurs de la sous-traitance pétrochimique	31
2-3 L'enquête qualitative	32
2-3-1 L'élaboration du guide d'entretien	32
2-3-2 Le déroulement de l'enquête	33

SECONDE PARTIE

EXPLOITATION SECONDAIRE DE L'ENQUETE SUMER

1-Les facteurs du jugement des salariés sur la relation travail/santé dans l'enquête SUMER

1-1 Le vécu de la relation travail / santé dans l'enquête SUMER	38
1-1-1 - Quelques points de repère statistiques sur la perception de la relation travail / santé par les salariés dans l'enquête SUMER.....	38
1-1-2 L'ancienneté dans l'entreprise et le statut d'emploi jouent un rôle dans la relation déclarée entre travail et santé	42
1-1-3- Relation entre travail et santé : l'âge ne paraît pas, a priori, influencer notablement sa perception	43
1-1-4- La combinatoire des situations et des positions : la recherche d'effets « nets »	44
1-2 Le vécu de la relation travail / santé : la cohérence interne des jugements, perceptions et auto-évaluations du travail et de la santé dans l'enquête SUMER	46
1-2-1 Etat de santé perçue, fatigue, stress et relation travail / santé	46
1-2-2 Etat de santé perçue et autres jugements sur le poste ou sur le travail	50
1-2-3 Etat de santé perçue, symptômes auto-déclarés et conditions psychiques du travail salarié	52
1-2-4 Synthèse : la cohérence interne des jugements et des évaluations de la santé et du travail.	54
1-3 Relation travail / santé, santé perçue et temporalités du travail.	56
1-4 Risques professionnels, relation travail / santé et santé perçue	63
1-4-1 Quelques repères méthodologiques sur les risques professionnels dans l'enquête SUMER	63
1-4-2 Jugements des médecins et perception des salariés	69
1-4-3 Risques professionnels et perception des salariés	72
1-5 Relation travail / santé et santé perçue : modèle synthétique	76

2- Hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, salariés précaires et salariés à statut : quelles différenciations dans les jugements et perceptions ?

2-1 Différenciations de sexe	80
2-2 Les facteurs du jugement sur la santé selon l'âge des salariés	83
2-3 Différenciations de statut et santé vécue	88

3- Figures comparées de deux groupes socioprofessionnels à partir de l'enquête SUMER : filières soignantes féminines et filières ouvrières masculines de l'industrie

3-1 – Les deux populations retenues dans l'étude du LEST	91
--	----

3-2 – Caractéristiques comparées des deux populations de l'enquête LEST	93
3-2-1 Quelques données de base	93
3-2-2 Vécu de la santé, de l'influence du travail sur la santé et symptômes auto-déclarés.	95
3-2-3 Les temporalités du travail dans les deux groupes.	97
3-2-3-1 Les principales dimensions du temps de travail.	97
3-2-3-2 Focus sur le travail de nuit	99
3-2-4 Les autres contraintes liées à l'organisation du travail et les facteurs psychosociaux. ...	107
3-2-5 Jugement des médecins sur le poste de travail et expositions aux risques professionnels dans les deux groupes	109
3-3 Les facteurs de jugement sur le travail et la santé dans les deux groupes : modèles Logit synthétiques	110

TROISIEME PARTIE

UNE ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE AUPRES DE SOIGNANTES HOSPITALIERES ET DE SALARIES DE LA SOUS-TRAITANCE PETROCHIMIQUE.

1– Tentative de calage sur les données de l'enquête SUMER	119
2 – Les contextes socioprofessionnels de mise en jeu de la santé	122
2-1 L'Hôpital Montaigne et la Sous-traitance de l'EdB : deux univers socioprofessionnels profondément différents	122
2-1-1 L'hôpital Montaigne	122
2-1-2 La sous-traitance pétrochimique	123
2-1-3 Les « risques professionnels » : deux problématiques distinctes	125
2-2 Groupes sociaux, métiers, trajectoires professionnelles :	130
2-2-1 Données socio-démographiques.....	130
2-2-2 Données professionnelles	132
2-3 Temporalités du travail	134
2-3-1 Temps de travail	134
2-3-2 Rythme de travail	135
2-4 Le questionnaire Karasek	136
2-5 Vécus et représentations du travail	138
2-6 Expositions et risques professionnels : des réalités et des perceptions très différentes	140
3– Santé perçue et représentations de la relation travail/santé	
3-1 Evaluation de son état de santé	141
3-2 Problèmes de santé déclarés	141
3-3 Le caractère « fatigant » et « stressant » du travail	143
3-4 Perception des relations travail/santé	145
4- Le « soutien social » : une variable importante	
4-1 Le soutien social est associé au type de « job strain »	148
4-2 Le soutien social du supérieur est associé à une moindre charge psychologique	149
4-3 Le soutien social du supérieur est associé à la satisfaction au travail	150
4-4 Le soutien social du supérieur est associé au nombre de risques professionnels déclarés	151
4-5 Pour un indicateur synthétique à partir du questionnaire Karasek : « Karasynt »	151
5 – Essai de typologie	
5-1 Présentation de l'AFC	155
5-2 Le type A	159
5-3 Le type B	160
5-4 Le type C	161
Conclusion de la Troisième Partie	165
Annexe de la Troisième Partie	167

QUATRIEME PARTIE

UNE ENQUETE PAR ENTRETIEN AUPRES DE SOIGNANTES HOSPITALIERES ET DE SALARIES DE LA SOUS-TRAITANCE PETROCHIMIQUE.

1- Les soignantes hospitalières	
1-1 Données complémentaires sur le contexte de travail des soignantes	175
1-2 L'hôpital, c'est la santé	183
1-3 Du « stress » au « burnout » ?	194
1-4 Les aides-soignantes	203
1-5 Les ambivalentes	212
1-6 Remarques transversales	219

2- Les salariés de la sous-traitance pétrochimique	
2-1 Eléments contextuels	225
2-2 Ne pas passer pour un « tire au flanc ». Sur valorisation du travail et déni viril du risque.....	227
2-3 Reconnaître les risques du travail.	244
2-4 Reconnaître les risques du travail... et les nier : « c'est pas seulement dû au travail »	251
2-5 Remarques transversales	259
Conclusion de la Quatrième Partie	263
CONCLUSION GENERALE	267
BIBLIOGRAPHIE	279
ANNEXES	281

INTRODUCTION

Ce rapport final rend compte de la recherche effectuée pour le compte de la Dares (appel d'offre de mars 2005, « Risques du travail autour de l'enquête SUMER 2002-2003 »).¹

Le premier projet que nous avons soumis s'intitulait « Temporalités, précarités : deux dimensions de la relation travail/santé, au regard de l'âge et du genre ». A la suite d'un échange avec l'équipe de la Dares responsable du programme², nous l'avons reformulé ainsi : « Temporalités, précarités : deux dimensions des *représentations* de la santé, du travail et de la relation travail/santé, au regard de l'âge et du genre ». En effet, l'enquête SUMER à partir de laquelle notre projet s'est développé ne porte pas à proprement parler sur la santé des travailleurs, mais sur leur *perception* de leur santé, de leurs conditions de travail, des relations entre leur travail et leur santé ; leur exposition aux risques professionnels est, par ailleurs, minutieusement renseignée par le médecin du travail enquêteur.

Le projet proposé se composait de deux volets. Le premier consistait en un ensemble d'*analyses statistiques secondaires* de l'enquête SUMER 2002-2003, centrées sur les relations entre, d'une part, temps de travail, statut d'emploi, et d'autre part, la perception des pénibilités du travail, de l'état de santé et de la relation travail/santé. Ces analyses mettant au premier plan les variables de sexe et d'âge. Le second était une *post-enquête* qualitative auprès de deux groupes de salariés : des femmes, soignantes hospitalières, et des hommes, travailleurs en sous-traitance du complexe industriel de Fos-Etang de Berre. Les deux « entrées » privilégiées dans les exploitations statistiques secondaires comme dans le choix des deux groupes socioprofessionnels sur lesquels devait porter la post-enquête étaient donc les temporalités du travail et les précarités des statuts d'emploi, et les deux grandes différenciations sociales mises au premier plan étaient l'âge et le sexe.

La recherche que nous avons conduite a été dans l'ensemble fidèle au projet, tout en connaissant des développements problématiques et méthodologiques qui n'étaient guère, comme c'est souvent le cas, programmables. Les développements problématiques sont exposés de manière synthétique plus loin, ainsi que le détail des choix méthodologiques qui ont fondé notre enquête originale, par questionnaire d'abord, par entretiens ensuite.

Mais disons d'emblée que le principal obstacle sur lequel nous avons buté et que nous avons dû contourner est l'impossibilité de réaliser la post-enquête que nous avions prévue. Cela nous a obligé à imaginer une solution de substitution. En effet il nous a été quasiment impossible, lorsque nous nous sommes attachés à cette tâche début 2007, de retrouver la trace des enquêtés de la base SUMER 2002-2003 situés à la fois dans la région PACA et dans les champs professionnels retenus – hôpitaux publics et sous-traitance des industries lourdes de Fos-Berre.³ En effet aucun service de médecine du travail interne aux hôpitaux contactés n'avait gardé le fichier des 78 soignants enquêtés – dont 48 travaillaient dans les hôpitaux publics, et dont 39 avaient rempli « l'auto-

¹ La recherche a débuté en 2006 - sous la forme de premières exploitations secondaires de l'enquête SUMER - et s'est principalement déroulée en 2007 et au premier semestre 2008 (poursuite des exploitations secondaires de l'enquête SUMER ; mise en place et réalisation d'une enquête originale, par questionnaires et entretiens, suivie du traitement des données et matériaux recueillis).

² Nous avons également eu par la suite plusieurs réunions de travail fructueuses, en particulier avec Thomas Coutrot et Nicole Guignon, que nous remercions pour leurs nombreux conseils.

³ Pour les hôpitaux la Dares nous a transmis les identifiants des salariés des hôpitaux publics ayant accepté le principe d'un entretien ainsi que numéros des médecins enquêteurs. Puis le MIRTMO – Médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre – responsable de l'enquête SUMER 2002-2003 nous a fourni la liste et les coordonnées des responsables des services de médecine du travail ayant participé à l'enquête.

questionnaire » - ayant donné leur accord pour un entretien complémentaire.⁴ Quant aux salariés de la sous-traitance pétrochimique, nous savions dès le départ que nous aurions les plus grandes peines à les retrouver au sein de la base de données SUMER 2002-2003 et que nous allions devoir imaginer d'autres moyens pour réaliser une enquête qualitative. En effet, nous nous heurtions à un double obstacle : l'hétérogénéité des branches d'activités professionnelles dont relèvent les employeurs – agences d'intérim, chimie, métallurgie, construction... -, et le nomadisme de cette population. Moins de 100 ouvriers dans l'ensemble de l'industrie et de la construction de la région Paca s'avaient avoir rempli l'auto-questionnaire et donné leur accord pour un entretien ultérieur. Finalement, combien relevaient d'une activité de sous-traitance pétrochimique ? Si on ajoute à ces deux obstacles le fait que certains des services de médecine interprofessionnelle du travail couvrant *a priori* ces salariés n'avaient pas, eux non plus, gardé trace de la liste des enquêtés, il nous fallait impérativement trouver d'autres canaux d'accès à cette population.

Nous avons donc dû mettre sur pied un dispositif d'enquête original en substitution d'une post-enquête, non réalisable. Faisant de nécessité vertu, nous avons imaginé une démarche en deux temps. Dans un premier temps, l'administration d'un questionnaire à la fois inspiré du questionnaire SUMER et sensiblement distinct, à un nombre de salariés nettement supérieur à la quarantaine de ceux que nous souhaitons interviewés en semi-directif. 239 questionnaires ont été ainsi recueillis (Questionnaire et Enquête « LEST » dans la suite du texte). Dans un second temps, une campagne d'entretiens qualitatifs auprès d'une quarantaine de personnes, moitié soignantes (femmes) hospitalières, moitié salariés (hommes) de la sous-traitance. Parmi les intérêts scientifiques de cette démarche, la possibilité de mieux étayer les données de l'enquête qualitative sur des données contextuelles qui sont celles des deux milieux professionnels localisés - un site hospitalier relevant d'un CHU, et le monde de la sous-traitance de Fos-Berre -, puisque ces données sont sensiblement enrichies par l'exploitation des 240 questionnaires.

Ce dispositif méthodologique est présenté dans le détail dans la première partie de ce rapport, à la suite d'une présentation de l'évolution de notre questionnement scientifique sur la santé au travail. On tente d'y développer une perspective sociologique, dans un domaine marqué par l'influence dominante des points de vue médicaux, épidémiologiques et psychosociologiques.

La seconde partie expose les résultats de nos exploitations statistiques secondaires de l'enquête SUMER 2002-2003.

La troisième partie présente les données issues de notre enquête par questionnaire auprès des soignantes du site hospitalier et des salariés de la sous-traitance pétrochimique.

La quatrième et dernière partie traite des matériaux issus de l'enquête par entretien conduite auprès de la quarantaine de salariés de ces deux groupes professionnels.

⁴ Plus précisément : huit services de médecine du travail d'hôpitaux publics des départements des Bouches-du-Rhône et du Var ont participé à l'enquête SUMER 2002-2003. Pour trois d'entre eux les « numéros de service » étaient non renseignés. Sur les cinq restants, un ne recensait qu'un questionnaire complet (avec autoquestionnaire) de soignante ayant donné son accord pour entretien. Pour les quatre services restants – dont aucun n'avait gardé la liste de ces enquêtées - restait potentiellement un « vivier » composé seulement de 23 soignantes, ce qui était de toute façon insuffisant pour notre enquête.

Le collectif de recherche et les contributions au rapport

Jacques Bouteiller a réalisé l'ensemble des exploitations statistiques secondaires de l'enquête SUMER (sous logiciel SAS), une partie des exploitations statistiques de l'enquête « LEST ». Il a également transcrit une partie des entretiens des salariés de la sous-traitance et rédigé la première partie.

Jean-René Pendariès a assumé la saisie directe des questionnaires « LEST » sur ordinateur pour les salariés de la sous-traitance, et réalisé la plupart des traitements de cette enquête (le tout sous logiciel MODALISA). Il a conduit et transcrit la plupart des entretiens auprès de salariés de la sous-traitance et participé à la rédaction de la seconde partie.

Audrey Rabassa a réalisé et transcrit une dizaine d'entretiens de soignantes hospitalières. Elle a également réalisé des observations de type ethnographique dans deux des services enquêtés, et participé à la rédaction de la quatrième partie.

Paul Bouffartigue a organisé l'enquête « LEST » sur le site du CHU, et réalisé et transcrit une quinzaine d'entretiens, principalement auprès de soignantes hospitalières. Il a rédigé la quatrième partie, participé à la rédaction de la troisième, et rédigé les parties transversales de ce rapport.

Nous remercions les collègues du LEST – notamment **Anne-Marie Arborio** et **Anne-Marie Daune-Richard** -, avec qui les échanges ont été nombreux et stimulants au cours de cette recherche.

PREMIERE PARTIE

PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE

1-Développements de la problématique de la recherche

Cette recherche a d'abord été pour notre équipe l'occasion de commencer à nous approprier le vaste champ de recherche sur la santé au travail. En effet nous n'avions guère d'acquis dans ce domaine, domaine dans lequel nous sommes parvenus au terme d'une série d'investigations passées sur les questions de temps de travail, de temporalités sociales et de précarité professionnelle. Une relecture de notre projet de recherche en atteste (1). Cette appropriation partielle nous a permis d'identifier les deux grands courants de recherche à partir desquels développer notre questionnement : un courant, très influent, à dominante psychologique et psychosociologique ; et un courant, au développement plus récent, à dominante sociologique (2). Elle débouche sur une problématique, stabilisée provisoirement autour de la nécessité de combiner trois modèles d'intelligibilité dans l'approche des relations, objectives comme subjectives, entre travail et santé (3).

1-1 Notre point de départ

Nos recherches antérieures nous avaient convaincus que les transformations des temporalités du travail et de l'emploi formaient des dimensions à la fois importantes et encore mal connues des enjeux de santé au travail. C'est à partir de ces recherches d'une part, et d'autre part d'un premier et rapide état des lieux des connaissances sur les liens entre conditions de travail et santé que nous avons élaboré notre projet.

L'épisode des « 35 heures » semblait ne pas avoir modifié un trend de longue durée allant dans le sens de « l'érosion de la norme d'emploi » (Bouffartigue et Bouteiller, 2002), sinon de « la fin du temps de travail » (Thoemmes, 2000) comme norme d'emploi, voire semblait avoir participé de la détérioration des conditions de travail de certaines fractions du salariat. Pourtant, en dehors de travaux, parfois anciens, sur les implications des horaires décalés - travail de nuit, travail en équipes alternantes - qui attestaient de doubles phénomènes de sur-sélection par la santé et d'incidences pathogènes à terme, pas ou peu de recherches exploraient les implications des nouvelles dimensions du temps de travail. En particulier celles attachées à ce que nous avons appelé la norme de la disponibilité temporelle hétéronome - horaires fractionnés, irréguliers, peu prévisibles, mal rémunérés - à laquelle les femmes peu qualifiées sont sur-exposées (Bouffartigue et Bouteiller, 2003). Sans relever strictement de cette norme temporelle, la condition des soignantes hospitalières avait alimenté nos réflexions sur les processus de construction sociale des compétences temporelles de « jongleuses » qui sont celles des infirmières (Bouffartigue et Bouteiller, 2006.), et sur la nécessité d'examiner leurs carrières professionnelles au regard des aménagements temporels qu'elles traduisent (Bouffartigue et Bouteiller, 2004-a).

Le développement de la précarité professionnelle avait sans doute davantage suscité d'intérêt chez les protagonistes et les spécialistes de la santé au travail, même si c'est moins la précarité de l'emploi que la grande précarité sociale qui est souvent étudiée de ce point de vue. Au travers d'une recherche sur les relations entre précarité professionnelle et action collective (Bouffartigue, Pendariès, Péroumal et Perrin, 2007) nous venions de prendre la mesure de l'extrême diversité des formes de la précarité de l'emploi et du travail - notamment du point de vue du sens qu'elle pouvait prendre dans les parcours professionnels et sociaux des individus et de la capacité d'acteurs collectifs à s'en saisir. Nous avons également découvert l'existence de contextes professionnels, comme la sous-traitance pétrochimique, dans lesquels l'intrication entre enjeux de précarité et enjeux de santé au travail était très étroite en même temps qu'elle offrait un terrain de déploiement de l'action syndicale.

L'âge et le sexe s'imposaient comme deux autres dimensions majeures susceptibles de construire les représentations sociales des liens entre travail et santé. Depuis une quinzaine d'année, notamment dans le cadre du CREAPT, une série de travaux explorent le lien entre travail, vieillissement et santé. Ils attestent de phénomènes de protection relative des seniors eu égard à certaines formes de pénibilité, en même temps que d'usure différenciée associée à des phénomènes de marginalisation au sein du monde du travail voire de sortie du marché du travail, et de recul tendanciel des pratiques de protection relative. Quant aux différences hommes/femmes, elle ont d'emblée un caractère paradoxal qui invite à la recherche, puisque les femmes sont à la fois sur-exposées aux formes «nouvelles» et montantes de pénibilités professionnelles, tout en témoignant objectivement et subjectivement d'une meilleure santé et en imputant moins que les hommes leurs difficultés de santé au travail.

Une notion sociologique de base, celle de « construction sociale », s'imposait pour comprendre les relations entre la sphère du travail et celle de la santé, sans qu'elle soit encore développée dans le projet. Nous y rappelions simplement : « Les conditions de travail, la santé, et les relations entre ces deux domaines sont des constructions sociales. Le processus d'objectivation de ces phénomènes, duquel procèdent les enquêtes statistiques réalisées auprès des individus, est indissociable de cette donnée : les déclarations enregistrées – sans même évoquer les questionnements des concepteurs des enquêtes - sont très dépendantes du contexte socio-historique de mise en forme du rapport subjectif que chacun entretient avec ses conditions de travail et sa santé. La reconnaissance de la pénibilité et de facteurs de risques professionnels est toujours médiatisée par des enjeux de normes sociale et de légitimité, qui font que tel ou tel aspect du travail est jugé ou non « pénible », que tel symptôme ou telle pathologie est ou n'est pas dicible, qu'ils soient ou non mis en rapport subjectivement avec les conditions de travail. On ne saurait dissocier les conditions « réelles » de travail comme l'état « réel » de santé qui sont ceux des individus et des groupes des rapports de force matériels et symboliques et des normes instables, qui sont au principe des critères d'évaluation mobilisés à l'égard des dites conditions et états. »

Prenant connaissance des ressources offertes par l'enquête SUMER 2002-2003, il était clair que toute une série d'exploitations secondaires étaient envisageables pour tenter de répondre à ces questions. La construction d'indicateurs relatifs au temps de travail, à la précarité d'emploi, à l'état de santé, leur mise en rapport avec des indicateurs issus du questionnaire de Karasek étaient envisagés. La mobilisation d'autres sources statistiques était également envisagée. En même temps une démarche de type « post-enquête » sur des sous-populations spécifiques avait toute sa place. Nous avons eu l'occasion au cours des années précédentes de mettre en œuvre et d'apprécier tout l'intérêt scientifique et méthodologique d'une telle combinaison à partir de l'enquête « Conditions et Organisation du Travail dans les Etablissements de Santé » (Bouffartigue et Bouteiller, 2004-a et 2004-b). Nous savions que les dimensions longitudinales et extra professionnelles de la construction du rapport travail-santé – entièrement absentes du questionnaire SUMER - seraient parmi les premiers apports d'une enquête qualitative, de même que l'exploration, en entretien, du sens des réponses formulées dans le cadre de l'administration d'un questionnaire fermé, devait permettre d'enrichir la réflexion épistémologique et méthodologique associée à l'évolution ultérieure du dispositif de l'enquête SUMER.

1-2 Développements

« Comment se construisent et circulent les représentations du lien travail-santé dans des milieux professionnels spécifiés » : c'est la question centrale de notre recherche, ainsi reformulée par l'équipe de la Dares au cours d'une de nos premières réunions de travail. Le point de vue sociologique est de considérer ces constructions et ces circulations

comme sociales : cela signifie que les catégories (et leurs découpages) au travers desquelles sont pensées (cognitivement) et traitées (institutionnellement) les questions de « pénibilités », de « conditions de travail », de « risques professionnels », de « santé », de relation entre « travail » et « santé », et les acteurs sociaux eux-même qui sont en présence dans le champ « travail/santé », sont des construits socio-historiques. Ainsi, la propension même à se dire « fatigué » ou « stressé », à déclarer des problèmes de santé, à consulter des professionnels de la santé etc., est liée à des normes sociales, comme est liée à des normes sociales la propension à déclarer comme « pénible » telle ou telle dimension des conditions de travail. En ce sens une objectivation totale des phénomènes de santé est impossible. On y reviendra à propos de la notion de santé.

Avant d'examiner dans cette perspective les apports des travaux qui sont clairement d'inspiration sociologique, il est indispensable d'évoquer ceux du courant à dominante psychologique et psychosociologique, très influents dans le champ de la recherche sur la santé au travail.

1-2-1 Les approches psychologiques et psychosociologiques⁵

Pour C. Dejourn (2000) et les travaux qu'il inspire en « psychodynamique du travail », la catégorie centrale est celle de « souffrance » au travail, dont le succès chez les médecins du travail vient d'être retracé dans un article récent de la revue « Sociologie du travail » (Salman, 2008). Le travail est d'abord souffrance ; elle ne se transforme – éventuellement - en plaisir qu'au travers de sa reconnaissance. Un certain nombre de mécanismes ou de stratégies de défense viennent soulager cette souffrance. Par exemple les idéologies viriles de valorisation de la maîtrise de la souffrance, de l'effort, de la peur, les conduites de défi et de dérision. Ces phénomènes sont associés à la coupure entre vie professionnelle et vie « privée », laquelle est bien plus difficile à aborder en entretien – on le vérifie une fois de plus dans notre propre enquête - chez les hommes que chez les femmes.

Pascale Molinier (1999 ; 2000) a prolongé cette ligne de recherche au plan de la différence de genre. Côté masculin, elle distingue « virilité défensive », définie à l'instant, et qui peut dériver vers la violence, le cynisme - et va de pair, selon l'auteure, avec une identité psychique fragile et peu plastique -, et « masculinité créatrice ». Cette dernière s'exprime dans l'intelligence du corps, de la pratique, dans l'œuvre reconnue par une communauté d'égaux. Côté féminin elle a montré l'opposition entre « muliérité » - une aliénation de la subjectivité féminine dans les stéréotypes de la féminité socialement construite, idéologie défensive mobilisée pour supporter la domination masculine - et « compassion ». Cette dernière est faite de reconnaissance et d'élaboration collective d'une souffrance (« compatir : souffrir avec »), laquelle peut ainsi devenir authentique, et qui constitue, notamment, la compétence centrale de l'infirmière. Compétence qui, par définition, n'est pas plus visible que les compétences mobilisées par la virilité face au danger.

Dans une perspective sensiblement différente, puisant en particulier dans la psychopathologie du travail, la pensée de Vygotski et de Canguilhem, Y. Clot (1999 ; 2008) et son équipe développent une « clinique de l'activité ». Elle met l'accent sur les atteintes à la fonction psychologique du travail humain provoquées par l'intensification du travail, qui altère la vie des collectifs dans lesquels se déploient les disputes professionnelles autour des critères du travail bien fait. Or ces disputes, qui sont le

⁵ Il faudrait également donner une place à la tradition de l'école française d'ergonomie (Wissner, 1995), mais on en trouve une influence très directe dans la psychodynamique du travail comme dans la clinique de l'activité

contraire des querelles de personnes, conditionnent le déploiement de l'expérience professionnelle et de la santé au travail.

P. Davezies (2005 ; 2006), qui est à la fois médecin du travail et chercheur, initialement proche des thèses C. Dejours, s'est rapproché de ce dernier courant. En témoigne l'accent mis dans ses derniers travaux sur l'enjeu de « pouvoir ou non faire un travail de qualité », ou « du travail empêché » - l'activité de travail ne se limite pas à ce qu'on fait, elle est envahie par ce qu'on pourrait faire mais qu'on ne peut pas faire. L'accent est mis également sur la question de l'isolement dans le travail, et sur l'existence ou non d'espaces-temps collectifs de délibération entre les divers points de vue sur le travail. En l'absence de ces espaces-temps on observe un développement des tensions interpersonnelles et de la souffrance au travail. Des différences de points de vue sur le travail existent dans tout collectif. La santé au travail renvoie largement à la manière dont ces différences sont traitées par la hiérarchie et par les collègues. La mise en avant, fréquente, des problèmes de relations interindividuelles dans le travail dans les discours tenus sur l'expérience du travail révèle l'impossibilité d'élaborer collectivement les conflits de points de vue sur ce que doit être le travail. « Les conflits au travail trouvent toujours leur origine dans des désaccords sur la façon d'orienter l'activité » (Davezies, 2005). « Au travail, les individus ne sont pas dans des relations de face à face. Leurs rapports sont médiatisés par le rapport aux objets communs. Ce sont les difficultés et les différences de perspectives par rapport à ces objets qui sont à l'origine des conflits » (Davezies, 2006).

L'auteur porte ainsi au jour le paradoxe qui oppose une « amélioration de la qualité sur le papier » au vécu fréquent par les salariés d'une dégradation de la qualité. C'est que l'évaluation du travail se fait de plus en plus abstraite, et qu'elle interdit la prise en compte des situations particulières. Ainsi, « dans les activités de service, les agents sont poussés à se focaliser sur les clients les plus simples qui permettent d'améliorer rapidement les performances statistiques, et à « botter en touche » lorsque le cas demanderait une mobilisation importante (...) Dans la mesure où il n'est pas possible de réaliser tous les objectifs qu'impliquerait un travail bien fait, il faut choisir ce que l'on va privilégier. Or les salariés abordent cette question dans l'isolement (...) Les repères communs permettant de définir un travail bien fait tendent à s'effacer, entraînant un recul de la solidarité et la montée des conflits » (Davezies, 2006).

La question du sens attribué à la notion de « qualité » du travail apparaît donc potentiellement très révélatrice des conflits latents dans tout collectif de travail : « Dans les enquêtes par questionnaire, une réponse négative à la question « êtes-vous en mesure de faire un travail de bonne qualité ? » est un des indicateurs les plus prédictifs des atteintes à la santé ». Il nous faudra donc être vigilant sur le point suivant : le contexte professionnel favorise-t-il ou non l'établissement de critères communs de jugement sur le travail, ou du moins l'émergence d'un débat collectif sur ces critères ?

C'est également dans cet esprit que l'auteur défend fermement l'intérêt du modèle de Karasek, soulignant qu'« il s'agit bien d'un modèle dynamique et non strictement adaptatif de la santé au travail. Pour rendre compte de l'autonomie, le questionnaire explore en effet la « possibilité d'apprendre des choses nouvelles », « d'être créatif », « de prendre des décisions », « d'influencer le déroulement de son travail », « de développer ses compétences professionnelles ». Il s'agit donc d'un modèle qui inscrit la question du développement au cœur des enjeux du travail. Nous dirons qu'il s'agit d'un modèle de la préservation et du développement du pouvoir d'agir » (Davezies 2005).

Ces courants de recherche intéressent le sociologue parce qu'ils complètent et nourrissent à la fois le regard sociologique – on y revient plus bas –, et qu'il est loin d'être

incompatible avec les approches statistiques de la santé au travail, comme le rappelle P. Davezies dans une de ses publications, à propos de la notion de « stress » (2001). C'est ce que démontre la puissance du questionnaire de Karasek, instrument largement validé en épidémiologie, et repris dans l'enquête SUMER. Ce modèle d'analyse des « facteurs psychosociaux », mis au point dans les années 1980 autour de deux composantes – exigences du travail et degré d'autonomie du travailleur – a été enrichi dans les années 1990 par l'introduction d'une troisième composante, le « soutien technique et émotionnel », ou « soutien social » reçu de la part de la hiérarchie et des collègues.⁶ La principale critique faite par P. Davezies du modèle de Karasek ne porte pas sur sa pertinence scientifique, mais sur certains de ses usages sociaux. Dans une perspective d'action transformatrice des situations génératrices de « stress professionnel » il est moins utile de re-démontrer sa pertinence quel que soit le contexte professionnel que de débattre des problèmes concrets du travail avec les travailleurs concernés.

1-2-2 Le développement du regard sociologique

Les principaux travaux d'inspiration sociologique qui ont alimenté le développement de notre réflexion problématique sont ceux de S. Volkoff et M. Gollac, A. Thebaud-Mony, P. Roche, V. Helardot, et M. Lorient⁷.

S. Volkoff et M. Gollac (2006) synthétisent, dans un article relativement récent, le point de vue qui est le leur sur « la santé au travail et ses masques ». Ils y recensent l'ensemble des obstacles, méthodologiques, et surtout sociaux et institutionnels, à la perception des liens entre santé et travail, tant chez spécialistes - scientifiques, médecins et ingénieurs – que chez les travailleurs eux-mêmes. Ils y recensent une série de mécanismes anciens et nouveaux à la base du déni, de l'occultation, de la sous-estimation des risques professionnels : fatalisme (naturalisation), impuissance, refus d'agir, monnayage du risque, défense psychique, elle même sexuée. Ils reprennent ici les travaux de psychodynamique du travail, distinguant déni viril des risques physiques et, plus largement, des risques « masculins » (travail de nuit, bruit, toxiques, vibrations, températures, charges), et déni féminin de la soumission hiérarchique, et plus largement des risques « féminins » (relation au public, violence, harcèlement sexuel). Les discours en vogue sur la dématérialisation du travail, et la puissance des logiques d'individualisation du travail iraient également dans le sens du déni des liens entre santé et travail. L'article conclut cependant sur le constat d'un certain recul du déni de la pénibilité du travail, associé à la progression du doute sur la possibilité d'améliorer la situation. Dans une note de recherche, M. Gollac et une équipe de chercheurs proposent de prolonger cette réflexion à propos de la « souffrance mentale au travail », laquelle fait l'objet de formes spécifiques de déni – la psychologisation – alors qu'un lien statistique entre rapport subjectif au travail et troubles de la santé est d'ores et déjà attesté par certaines enquêtes, comme « SVP 50 » (« santé et vie professionnelle après 50 ans »).

Avec l'équipe du CREAPT, S. Volkoff a montré la différence entre deux phénomènes associés à la régulation de l'âge au travail. Le premier est le « vieillissement par le travail ». Le travail participe, par le renforcement ou l'atténuation de la dégradation de certaines capacités physiques et mentales liée au vieillissement biologique, de la genèse des inégalités sociales de santé. Ces inégalités se révèlent progressivement au fil de l'âge, et s'observent finalement au travers des inégalités sociales de longévité. Le second est le « vieillissement au travail ». Le déclin des capacités au fil de l'âge est régulé

⁶Un autre modèle a émergé, celui de Siegrist, « efforts-récompense » centré sur la relation contribution/rétribution, et qui a permis de montrer que le sentiment d'absence de réciprocité accentue la probabilité de pathologies cardio-vasculaires et dépressives.

⁷ Nous avons organisé des séminaires et des réunions de travail avec S. Volkoff et son équipe d'une part, V. Hélandot d'autre part.

différentiellement au travail, ce dernier sollicitant diversement les âges. Cette régulation opère au travers de la mobilité professionnelle, de l'expérience et des apprentissages qui permettent ou non se s'économiser au travail. On en retient notamment l'idée de l'ambivalence des liens travail-santé-veillessement, faits d'usure d'un côté, de l'autre d'apprentissages permettant de s'économiser et de phénomènes de protection des seniors.

Lorsque l'on observe les relations travail/santé de travailleurs en fin de carrière on enregistre donc les incidences de ces deux phénomènes : certains salariés «paient l'addition » de parcours plus longs que d'autres dans des conditions de travail pathogènes à terme, d'autres, occupant éventuellement les mêmes postes de travail, ont bénéficié d'autres parcours plus protecteurs. C'est pourquoi le ressenti de la « pénibilité au travail » des travailleurs âgés possède « deux faces » qu'il faut distinguer, et qui ne renvoient pas nécessairement aux mêmes caractéristiques du travail : des atteintes de long terme à la santé, et un travail difficile à vivre en fin de parcours » (Volkoff et Moliné, 2003). Les parcours antérieurs doivent donc être interrogés à la fois « négativement » - dans quelles mesures les conditions de travail passées ont-elles été usantes, au moins à terme- et « positivement » - dans quelle mesure ont-elles donné lieu à des apprentissages permettant de s'économiser efficacement, hier et aujourd'hui ?

Ces questions doivent être formulées sans oublier qu'on ne trouve en emploi, après 50 ans, qu'une fraction des anciens actifs, suite aux phénomènes bien connus d'«Healthy worker effect ». « Les populations d'un lieu (usine, entreprise) déterminé se composent « naturellement » de travailleurs en bon état de santé, sachant qu'au fil des années elles voient partir ceux qui n'ont plus la force de continuer ce travail » (Cristophari, 2003). Ainsi, les plus « usés » des travailleurs ont une plus forte probabilité d'être en situation d'inactivité, quelle qu'en soit la modalité : inaptitude professionnelle, préretraite, chômage (Jusot et al., 2006). S'agissant d'observer le vieillissement dans un groupe professionnel donné, à partir d'un contexte professionnel singulier – en l'occurrence, pour ce qui nous concerne, un établissement hospitalier d'une part, une série finie d'établissements industriels d'autre part - , il faut ajouter aux phénomènes de départ vers l'inactivité des phénomènes de mobilité professionnelle d'anciens salariés vers d'autres emplois, éventuellement moins pénibles. Dit autrement, un faible nombre de salariés de plus de 50 ans encore au travail dans les contextes retenus pourra être un indicateur de phénomènes de sélection des plus « valides » ou des moins « usés ». Les différenciations que l'on observera au sein des seuls collectifs de travail encore présents en fin de carrière seraient probablement amplifiées par la prise en compte de l'ensemble de la population ayant vécu dans des univers professionnels donnés, jugés a priori plus pathogènes que d'autres.

P. Roche et A. Thebaud-Mony sont parmi les rares sociologues à travailler de longue date dans le champ de la santé au travail. Le premier avait montré, dès sa thèse, que dans une même usine sidérurgique le rapport des travailleurs à la santé variait selon leur place et leur reconnaissance symboliques dans le procès de travail : les aciéristes, bien reconnus et fiers de leur identité de métier, occultaient plus fréquemment les atteintes à leur santé et se plaignaient moins de leur santé que les ouvriers du parachèvement, secteur de production dévalorisé (Roche, 1987). Il a poursuivi ses recherches dans une perspective de sociologie clinique, en particulier auprès de travailleurs sociaux et de jeunes précaires, à propos desquels il a pu montrer que l'instabilité professionnelle pouvait dans certains cas répondre à un souci de protection de sa santé. La seconde a montré l'importance du phénomène de la sous-traitance dans la genèse de la sur-exposition des travailleurs périphériques aux risques professionnels et de l'invisibilisation sociale de cette sur-exposition.

Dans sa thèse sur les liens entre santé et précarisation du travail V. Helardot (2005) apporte deux contributions essentielles à nos yeux. D'abord, en posant que les processus

sont circulaires et interactifs entre les deux sphères du travail et de la santé – elle parle de « réciprocité de la relation », de « double potentialité positive ou négative du façonnement mutuel » - , elle permet la prise en compte du lien allant de la santé vers le travail. Des choix professionnels peuvent donc être subordonnés à des logiques de santé. Ensuite, en soulignant que le travail n'est pas que l'activité de travail - au sens des ergonomes -, mais aussi le statut social lié à l'emploi, ainsi que toute l'expérience laborieuse du travailleur, elle propose un élargissement de la notion de travail à partir de laquelle penser le lien avec la santé. Cette chercheuse note également que les relations positives entre travail et santé sont plus latentes et moins visibles que les relations négatives, ce que nous retrouverons et discuterons dans notre recherche. Et elle montre également, comme P. Roche, que l'instabilité d'emploi peut exprimer des conduites de préservation de sa santé.

Les travaux de M. Lorient (2000) enfin, nous intéressent à double titre. En tant que réflexion historique et théorique de portée générale sur la manière dont les discours sur la fatigue sont des construits sociaux ; et en tant que recherche appuyée empiriquement sur deux univers socioprofessionnels proches de ceux que nous explorerons, les ouvriers, et surtout les infirmières. Le volet concernant les ouvriers est davantage un travail de seconde main que son enquête auprès des infirmières ; il y prend d'ailleurs appui sur ceux de P. Roche, ainsi que d'O. Schwartz. Ses apports spécifiques sur les infirmières portent sur les sources sociales et collectives de la puissance des catégories de « stress » et « burn out », reprises massivement par les intéressées pour donner sens à leurs difficultés professionnelles. La thèse fondamentale est que dans des groupes professionnels structurés autour de l'importance du travail dans l'épanouissement personnel cette catégorie de « stress » est mobilisée, et on observe une psychologisation de la santé au travail qui tend à dé-connecter le vécu de la fatigue des conditions collectives de travail. Plus largement il y aurait un lien entre sens du travail et sens de la relation travail-santé. Quand la dimension *instrumentale* domine, le travail n'est pas pensé comme facteur de santé. Pour les personnes pour lesquelles le travail est plutôt considéré comme un *devoir social*, le travail est associé à la santé physique, au fait de bouger, de se dépenser. Sans discuter plus avant ici les travaux de cet auteur, notons qu'il ne prend pas ou peu en compte le rapport social de sexe comme constitutif du groupe professionnel des infirmières et de son rapport à la santé. M. Lorient a depuis développé d'autres recherches, comparatives, sur le stress, montrant que d'autres professions comme les policiers, résistaient, à l'inverse des infirmières, à la psychologisation de leurs difficultés professionnelles (Lorient, Boussard et Caroly, 2006).

1-3 Une synthèse provisoire : combiner trois modèles d'intelligibilité des relations perçues entre santé et travail

Au fil des lectures et de notre réflexion en cours de recherche, la notion de santé – moins familière pour nous que celle de travail – à partir de laquelle on cherche à comprendre les relations perçues par les sujets avec leur sphère professionnelle, s'est confirmée comme difficile à saisir.

Définir la santé ?

Cette notion se présente à chaque sujet humain comme relevant de l'intime. Tout en étant pénétrée par la force des représentations bio-médicales – qui construisent les frontières du sain et du malsain - , elle fait l'objet d'interprétations psychologisantes, individualisantes, naturalisantes.

Face à cette donnée, des tentatives de définition existent.

On connaît celle de l'OMS, pour qui la (bonne) santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social ne se caractérisant pas uniquement par l'absence de maladie ou infirmité ». Les équipes de la Dares et de la Drees qui ont initié l'enquête « Santé et Itinéraire Professionnel » avancent « une conception large de la santé comme une capacité dynamique d'adaptation permanente aux situations et événements auxquels l'individu fait face. Cette capacité se construit et/ou s'altère tout au long de la vie en fonction des ressources individuelles, familiales, sociales, institutionnelles, professionnelles... que les personnes sont en mesure ou non de mobiliser ». De manière très proche, dans sa thèse V. Hélardot (2005) définit la sphère de la santé comme dépassant très largement les catégories bio-médicales pour s'inscrire de façon très transversale dans l'ensemble de l'expérience existentielle, selon une conception dynamique dans laquelle elle apparaît comme un processus, un élan vital où alternent sans cesse équilibres, ruptures et recompositions.

L'intérêt de ces définitions de la santé est qu'elles s'écartent du point de vue purement « organique », « scientifique » ou « objectif », pour prendre en compte son sens existentiel. A la suite de G. Canguilhem (2002), il faut en effet admettre que « santé n'est pas un concept scientifique, mais un concept vulgaire. Ce qui ne veut pas dire trivial, mais simplement à la portée de tous ». La santé dépend aussi des attentes du sujet, de ses besoins, de son environnement » (Halpern, 2005). C'est ce qu'expriment, presque mot pour mot plusieurs des salariés que nous avons enquêtés, lorsque nous les interrogeons sur ce que signifie pour eux une « bonne santé ». C'est par exemple « pouvoir faire tout ce que l'on a envie de faire ».

On gardera donc comme perspective centrale cette vision canguilhemienne de la santé comme « possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles » (1974, p. 130). En suivant Y. Clot on parlera de « sentiment de vie retrouvée » là où la souffrance est « sentiment de vie contrariée », de « développement du pouvoir d'agir » lorsque « l'activité rentrée, mise en souffrance, se renverse en développement subjectif, compris comme élargissement du rayon d'action du sujet en lui et hors de lui » (2008, p. 99-100).

Selon S. Volkoff lui-même l'objectivation totale des phénomènes de santé est impossible, ce qui doit inciter à la prudence par rapport au sens de certains phénomènes ou indicateurs. Par exemple, le recul du temps de sommeil avec l'âge n'est pas nécessairement signe de déclin, d'usure ou de pathologie du sommeil, mais peut être le signe d'un recul des besoins en sommeil. Autre exemple, celui du déni des problèmes de santé : avec l'âge on est plus autorisé socialement à faire état d'ennuis de santé, mais la précarité de l'emploi, ou une crainte plus large de marginalisation dans le milieu de travail, peut amener à les sous-déclarer.⁸

⁸ Ainsi, comme il est impossible d'évaluer « objectivement » l'état de santé comme la relation travail/santé chez une personne donnée, on voit tout l'intérêt de confronter des évaluations subjectives sur ce plan. C'est ce que permet notamment l'enquête SUMER, qui recueille à la fois le point de vue des médecins et celui des salariés, mais sur des items limités. Dans sa thèse V. Hélardot (2005) s'est livrée à une confrontation entre le point de vue « bio-médical » des médecins du travail, et le point de vue des sujets qu'elle a interviewés. La confrontation entre vision médicale et vision indigène de la santé permet de préciser en quoi la vision des individus est à la fois marquée par la vision bio-médicale, et en quoi elle s'en distingue toujours peu ou prou.

Trois modèles d'intelligibilité à combiner

Etudier les représentations de la relation travail-santé nécessite également de préciser ce qu'on entend par « travail ». Si cette définition a également une face subjective – propre au sujet, au sens personnel attribué à ce mot par une personne singulière – sa face objective est moins contestable que celle de la notion de santé. De nombreuses recherches sociologiques sur les significations et représentations du travail existent, qui montrent que ces dernières sont très dépendantes des positions sociales occupées, comme l'enquête sur « Le Bonheur au travail » (Baudelot et Gollac, 1997 ; 2003). On y retrouve la polarité, bien construite désormais par la sociologie du travail, entre la notion de « travail » - l'activité de travail - et celle « emploi » - le statut social et la source de revenu associés. Cette distinction majeure est reprise dans les recherches de V. Helardot sur les relations entre santé et précarisation du travail. Il faudrait y ajouter la distinction entre relation instrumentale et relation expressive au travail, les notions de « profession » et de « métier » venant souvent soutenir d'une permanence identitaire cette dernière au travers d'une forte implication subjective dans l'activité.

De l'étude de la littérature réalisée plus haut se dégagent trois modèles d'intelligibilité des relations entre travail et santé qui sont en même temps trois modèles d'interprétation des représentations entre ces deux domaines. Le premier est celui du travail comme facteur pathogène, médiatisé par sa méconnaissance, très pertinent, mais dont nous avons le sentiment qu'il est souvent mobilisé de manière trop prépondérante, sinon exclusive, par rapport aux deux suivants. Le second est celui du travail comme facteur de santé. Le troisième est celui du travail comme révélateur de la santé

Le travail, facteur pathogène médiatisé par sa méconnaissance

Ce modèle s'exprime clairement dans l'article de M. Gollac et S. Volkoff cité plus haut, « la santé au travail et ses masques » : le travail, ses conditions, les pénibilités dont il est le lieu, les expositions aux risques professionnels qu'il provoque tendent objectivement à dégrader la santé, à porter atteinte à l'état de santé. Mais ces effets objectifs sont filtrés par une série de processus sociaux et subjectifs qui tendent à la méconnaissance, à l'occultation, au déni des effets délétères du travail sur la santé. On pourrait distinguer les deux sous-processus identifiés au sein de ce modèle d'interprétation - un processus, plus « objectif » selon lequel le travail dégrade les capacités et la santé, accélère le vieillissement ; et un processus de masquage du premier, de nature sociale et subjective – mais par souci de simplification nous ne le faisons pas. Comme exemple des processus de masquage, de déni, de méconnaissance on peut citer les idéologies défensives, la naturalisation ou même la valorisation des risques et des pénibilités - ce sont les « risques du métier » -, ou la psychologisation des facteurs sociaux ou organisationnels d'atteinte à la santé, comme les facteurs du « stress ». Citons deux autres facteurs puissants de la méconnaissance, plus objectifs dans leur source quant à eux : le caractère multi-causal des difficultés de santé et le caractère différé dans le temps des effets d'atteinte, de source professionnelle ou non d'ailleurs, sur la santé.

Dans cette perspective, on dira par exemple qu'« un quart « seulement » des salariés reconnaissent un lien négatif entre travail et santé » : sans ces processus d'occultation ce serait un pourcentage supérieur.

On remarque que ce modèle d'intelligibilité autorise parfaitement à distinguer analytiquement les dimensions du « travail » de celles de l'« emploi », à la fois comme facteurs de risques professionnels et sources des processus de méconnaissance.

Le travail, facteur de santé

Avoir simplement un travail – un *emploi* donc - quand on est surexposé à sa privation (chômeurs, précaires), et *exercer* un travail, y éprouver et y développer des capacités au fil de l'expérience - y compris en termes de « savoir s'économiser la santé » -, disposer d'une autonomie, bénéficier d'une reconnaissance, se « réaliser » d'une manière ou d'une autre dans ce travail : autant de dimensions de l'activité professionnelle comme champ du développement de l'humain, quand peut s'y déployer la capacité à y instituer ses propres normes.

Ce modèle d'intelligibilité est sans doute, on le verra, le plus difficile à objectiver des trois. Comme l'avaient bien noté Baudelot et Gollac, « il en va du travail comme de toutes les composantes du bonheur : c'est son absence qui en fait le mieux mesurer la valeur, et cela d'autant plus que son absence est subie ». En sa présence, que le travail soit facteur de santé va moins de soi. Mais quand un grand nombre de salariés déclarent, en réponse à la question, que « le travail influence positivement ma santé », il y a bien nécessairement quelque chose de l'ordre de la perception que le travail est un facteur de santé, aux côtés éventuellement d'autres processus (méconnaissance des effets délétères du travail par exemple).

Le travail, révélateur de la santé

Le travail est révélateur de la santé, là encore dans ses deux dimensions, d'emploi et d'activité de travail. D'abord parce que sont au travail à un moment donné des travailleurs plus ou moins sélectionnés par leur état de santé, qui les rend aptes à travailler dans des conditions données (« effet du travailleur sain »). Ce phénomène se voit mieux pour certaines catégories que pour d'autres - les précaires, les seniors, les travailleurs en horaires décalés -, quand elles sont sur-exposées au risque d'exclusion de l'emploi⁹, ou qu'elles sont sur-sélectionnées par la santé pour tenir des postes particulièrement éprouvants. Ici, le contraste est donc a priori plus grand entre l'état de santé de ceux qui sont en emploi et les autres. Mais ce phénomène existe pour tous, dès lors que l'on examine de près l'ensemble des conditions d'emploi et de travail. Les conditions et l'organisation du travail vont ou non permettre aux travailleurs relativement fragilisés ou ayant des troubles de santé – quelle que soit leur origine, qui peut fort bien ne rien avoir à voir avec le travail, même passé – de faire face aux exigences du travail sans en être trop gêné. Des stratégies individuelles d'aménagement ou de préservation d'enjeux de santé ont pu être repérées dans les parcours professionnels (Hélarlot, 2006). Et, s'y on se rapproche un peu plus de l'activité de travail elle-même, la capacité à y développer sa normativité au travers des disputes professionnelles, des débats sur les règles du métier, sur le sens de la qualité du travail, s'alimente nécessairement des activités déployées par le sujet dans d'autres sphères de son activité.¹⁰

Une manière extrême d'illustrer ce processus selon lequel « le travail révèle la santé », est le phénomène du suicide sur le lieu de travail. Plutôt que de trancher le débat d'interprétation entre « acte causé par le travail » et « acte causé par la fragilité psychologique de la personne », ne vaut-il pas mieux poser la question, ainsi que le

⁹ Les « seniors » (50-59 ans) qui sont chômeurs et inactifs ont été surexposés à de nombreuses pénibilités au cours de leur vie active et s'estiment souvent en mauvaise santé (Waltisberger, 2008).

¹⁰ Dans cette dernière perspectives, il faudrait reprendre les propositions de J. Curie 1993) visant à appréhender la vie comme « systèmes d'activités » à la fois relativement autonomes et entre lesquelles circulent des ressources et des significations.

suggère Pascale Molinier « Pourquoi le travail ne l'a-t-elle pas empêchée de se suicider ? ». ¹¹ Quelles sont les caractéristiques du travail et de l'emploi qui activent des potentialités et des fragilités « de santé » qui prennent leur source largement ailleurs que dans la sphère professionnelle

De manière synthétique, on dira donc que le travail révèle autant qu'il la produit – par ailleurs négativement ou positivement - la santé des travailleurs.

Chacun de ces trois modèles d'intelligibilité peut être nourri autant par les approches à dominante psychologique, que sociologique.

On le voit bien dans le premier, le plus utilisé des trois, pour lequel non seulement des sociologues adeptes des méthodes qualitatives voire cliniques, comme P. Roche ou M. Lorient, mais aussi des sociologues-statisticiens comme M. Gollac et S. Volkoff, n'hésitent pas à s'appuyer sur les acquis de la psychodynamique du travail pour étudier les idéologies et normes sociales défensives qui tendent à surmonter ou à masquer les effets délétères du travail. L'introduction, dans les enquêtes statistiques de type épidémiologique ou sociologique de questions de type « Karasek », ou sur le « sentiment d'être parfois amené à faire des choses contraires à vos valeurs » montre bien que le sociologue peut bénéficier de l'intelligence qualitative voire clinique des situations et activités de travail et parvenir à des résultats robustes quant aux facteurs sociaux qui construisent la santé.

Les deux autres modèles semblent à la fois moins souvent mobilisés par les chercheurs – sans doute parce que les préoccupations sociales et scientifiques se portent d'abord sur les situations pathogènes ¹²- et moins clairement appuyés sur la complémentarité des regards psychologiques et sociologiques.

On terminera cette synthèse en soulignant la convergence de travaux récents sur un point majeur à nos yeux : l'existence d'un lien entre le rapport subjectif au travail et l'état de santé objectif (Gollac et al., 2006) ; notamment entre le fait de se sentir reconnu ou pas dans son travail et la manière dont des troubles de santé sont vécus et supportés dans le travail (Boitel et al., 2006). Le fil principal que nous tenterons de suivre au cours de notre recherche est bien celui de la relation entre les différentes dimensions du travail et de leur vécu, et les différentes dimensions de la santé et de leur vécu, dont font partie les représentations des relations entre « travail » et « santé ».

¹¹ Intervention lors de la journée séminaire *Santé et le travail : une question sociologique*, du laboratoire « Genre, Travail, Mobilité », Paris, 14 avril 2008.

¹² Par exemple dans sa thèse V. Hélarlot souligne que « la santé est un registre privilégié de l'expression d'un rapport négatif au travail »

2- Méthodologie et déroulement de la recherche

La recherche s'est développée finalement en trois volets relativement autonomes, même si nous nous sommes efforcés de les articuler, avec les limites qui étaient, notamment, celles des délais et des moyens humains mobilisés : une série d'exploitations statistiques secondaires de l'enquête SUMER 2002-2003 ; une enquête par questionnaire (« enquête LEST ») auprès des soignantes d'un site hospitalier (hôpital « Montaigne » dans la suite du texte) et de travailleurs de la sous-traitance pétrochimique ($n = 137+102 = 239$) ; une enquête par entretien auprès de ces deux groupes ($n = 22+19 = 41$). Il aurait ainsi été utile d'avoir terminé les exploitations statistiques de l'enquête LEST avant de réaliser l'enquête qualitative, or ces deux opérations se sont en partie superposées dans le temps.

2-1 Exploitation secondaire de l'enquête SUMER

L'enquête SUMER 2002-2003 a déjà fait l'objet de nombreuses exploitations, dont nous avons pris connaissance au fur et à mesure des publications qui en résultaient depuis 2004.¹³ Elles nous ont permis, en particulier, de nous familiariser avec le modèle de Karasek – nous avons également, on le verra, mis au point un indicateur synthétique original, « Karasynth », qui combine les trois dimensions de ce questionnaire - et de nous focaliser sur la principale dimension placée au cœur de notre recherche, la perception du lien entre travail et santé.

Cette enquête a permis de recueillir 50 000 (précisément 49 984) questionnaires, formant un échantillon largement représentatif de la population active salariée.¹⁴ La moitié des salariés (24 486 exactement) ont rempli un « autoquestionnaire » complémentaire. Ce dernier permet de mettre en relation, pour une grande variété de groupes et de catégories de salariés, le lien travail-santé tel qu'il est perçu, avec toute une série de données (objectives/subjectives) concernant : les conditions du travail (y compris ses temporalités) ; l'exposition à certains risques professionnels ; le jugement – certes « socialisé » - du médecin du travail sur la qualité du poste de travail ; des éléments déclaratifs des salariés concernant leurs arrêts maladie et accidents du travail, leur « satisfaction » au travail, l'auto-évaluation de leur état de santé (par une note de 1 à 10) et de certaines conditions favorables/défavorables à leur bien-être physique ou psychique (fatigue, stress, insomnies, etc.) ; enfin les « facteurs psychosociaux » du stress rassemblés et traités selon la méthode de Karasek.

En revanche, échappent à cette source de nombreux éléments que l'on peut supposer importants – sinon essentiels - pour comprendre la manière dont se construit le lien vécu entre travail et santé : la construction biographique de cette relation, au travail, mais aussi dans d'autres sphères de la vie sociale (on peut supposer que cette relation n'est pas « figée », mais vit, évolue dans le temps ; on peut supposer aussi que cette relation ne se construit pas qu'au travail...) ; la construction sémantique de « la santé », variable d'un groupe à l'autre ; les enjeux-mêmes du discours du salarié sur cette relation (dénis catégoriels, « nécessités faites vertu »...). Tous ces éléments sont, par contre, pris en compte dans l'enquête qualitative du LEST.

¹³ A notre connaissance, une bonne douzaine de publications, principalement dans le bulletin de la Dares, *Premières Synthèses*.

¹⁴ La principale distorsion est la sous-représentation de la fonction publique prise dans son ensemble. Nous avons commencé par vérifier que les salariés sous statut précaire (9,2%) à temps partiel (14,1%) ou à horaires atypiques (14,8% en équipes, 21,9% à horaires variables d'un jour à l'autre) étaient correctement représentés, ainsi que les soignantes (les infirmières sont au nombre de 600, dont 438 dans le public, les aides soignantes 507, dont 314 dans le public).

Un très grand nombre de traitements statistiques – tris croisés et analyse de régression de type « toutes choses égales par ailleurs » – ont été réalisés, dont seule une sélection est présentée dans ce rapport. Une partie des tris croisés a permis de construire des indicateurs synthétiques et n'a donc pas été reprise ici. Quant aux analyses de régression, c'est après avoir stabilisé les variables et les catégories de population active pertinentes que nous avons choisi de présenter les plus démonstratives.

Dans la première partie de ce rapport, un premier chapitre (1) met en relation les indicateurs de perception de la relation travail/santé avec l'ensemble des dimensions du travail, de la santé et des risques professionnels prises en compte par l'enquête pour l'ensemble de la population salariée ; découle de ces analyses un panorama très général des facteurs de jugement des salariés sur les effets potentiels du travail sur leur santé. Le second chapitre (2) porte une attention particulière aux effets spécifiques éventuels du sexe, de l'âge et du statut d'emploi sur la construction des jugements que portent les salariés sur la relation entre leur travail et leur santé. Le troisième et dernier chapitre (3) dessine un cadre de référence aux enquêtes spécifiques du LEST en comparant les figures de deux groupes socioprofessionnels à partir de l'enquête Sumer : les filières soignantes féminines et les filières ouvrières masculines de l'industrie.

2-2 L'enquête par questionnaire du LEST

Cette enquête a répondu à une première finalité : se substituer à l'enquête SUMER afin de pouvoir réaliser notre enquête qualitative par entretien semi-directif. Deux possibilités d'utilisation de ce questionnaire s'offraient à nous : trouver par nos propres moyens les 40 personnes relevant des deux groupes professionnels à interviewer, en leur faisant passer parallèlement ou ultérieurement un questionnaire permettant de « caler » leurs caractéristiques et leurs réponses sur celles la population « SUMER 2002-2003 » ; ou, mieux, faire passer préalablement ce questionnaire à une population sensiblement plus nombreuse - de l'ordre d'une centaine de personnes par groupe – ce qui permettait à la fois de « caler » un échantillon de plus grande taille sur les données de l'enquête nationale, et de sélectionner en son sein, de manière informée et raisonnée, les 40 individus qui seront interviewés. C'est cette seconde option, plus lourde mais plus performante, que nous avons finalement retenue.

Nous avons construit donc, au travers de nombreuses discussions¹⁵, élaboré un questionnaire centré sur les relations travail/santé, inspiré des enquêtes quantitatives existant dans le domaine – dont, bien entendu, l'enquête « SUMER ». Il ne s'agissait donc pas de réaliser une enquête SUMER en miniature : l'échantillon sera de taille infra-statistique, et il n'était pas question de reprendre les trois volets des risques professionnels - physiques, chimiques et biologiques - du questionnaire SUMER qui sont remplis par le médecin du travail. Notre questionnaire permet d'anticiper et de débayer pour une bonne part le contenu de nos entretiens, en laissant notamment de côté l'aspect « épidémiologique » - qui est étranger à notre problématique et nous est de toute façon hors de portée -, en insistant par contre sur l'aspect « rapport du salarié aux questions de travail-santé ». D'où toute une série de questions qui débordent totalement l'approche de l'enquête SUMER.

¹⁵ Y compris avec l'équipe de la Dares, qui nous a incités, judicieusement, à limiter le nombre de questions. Nous avons ainsi éliminé une partie de notre projet de questionnaire, « Habitudes de vie », sur les pratiques extra-professionnelles, thème entièrement absent de SUMER : consommation de tabac, de café et d'alcool, prise des repas, activités culturelles, sportives et associatives.

2-2-1 Le recensement des enquêtes quantitatives disponibles.

Au travers de ce recensement¹⁶, nous avons commencé à nous familiariser avec les indicateurs dits de « santé perçue » ou de « qualité de vie » : le « Nottingham health profile » (NHP-ISPAN) ; l'échelle générique de qualité de vie SF-36, ou MOS SF-36 (« Medical outcome study short form 36 item health survey ») ; le « Sickness impact profile » (SIP).

Outre SUMER, les sources suivantes ont été recensées dont la plupart des questionnaires ont été discutés au sein de l'équipe en vue de la réalisation de notre propre enquête :

Enquêtes décennales « santé » de l'INSEE : dernière enquête en 2003 auprès de 25 000 ménages (35 000 individus).

Enquête ESTEV (« Enquête santé, travail, vieillissement »), à l'initiative de médecins du travail et de plusieurs équipes de recherche de l'INSERM et de l'Université : enquête épidémiologique et longitudinale, prospective et multicentrique, : 21 400 individus, nés en 1938, 1943, 1948, et 1953, interrogés en 1990, dont 18 700 revus en 1995. Enquête réalisée par les médecins du travail (avec questionnaire médical rempli par le médecin, et auto-questionnaire rempli par les sujets).

Enquête SIP (« Suivi des itinéraires professionnels »), réalisée par la DREES et la DARES : une première vague en 2006-2007, une seconde est prévue en 2010, 14 000 questionnaires passés au 31.12.2006 auprès d'individus âgés de 14 à 70 ans. Cette enquête, très ambitieuse, couvre les domaines du travail, de l'emploi et de la santé, et comporte un questionnement biographique rétrospectif.

Enquête SVP 50 (« Santé et vie professionnelle des salariés de plus de 50 ans ») , a été réalisée par le CISME et le CREAPT: 11 200 individus, salariés de 50 ans et plus, interrogés en 2003 par 650 médecins du travail. Questionnaire comprenant deux volets, l'un médical, rempli par le médecin, l'autre rempli par le salarié.

Enquête histoire de vie-construction des identités : enquête biographique transversale avec questionnement rétrospectif, réalisée par l'INSEE en 2002-2003 auprès de 8.400 individus de 18 ans et plus.

Enquête VISAT (« Vieillesse, santé et travail ») : organisée par des médecins du travail et des chercheurs spécialistes du vieillissement au travail, c'est une enquête longitudinale conduite en 1996, 2001-2002 et 2006 auprès de 3 200 salariés appartenant aux cohortes nées en 1934, 1944, 1954 et 1964.

Enquête SHARE (« Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe ») : opération internationale biennale conduite depuis 2004, pilotée en France par l'IRDES et l'INSEE. Population de 50 ans et plus, 1 900 ménages interrogés en 2003-2004, 2 000 à 2 500 en 2006, panel partiel.

Enquête Insertion des travailleurs handicapés 2002 : enquête complémentaire à l'enquête emploi de l'INSEE, portant sur 38 400 personnes.

Enquête stress et santé mentale au travail (AHIMT de Nantes) : réalisée en 2000 auprès de 2 617 personnes, pour partie travaillant dans de grandes et moyennes entreprises, pour une autre partie « population de référence ».

¹⁶ Ce recensement a donné lieu à la confection d'un document de travail de plus de cent pages.

Enquête PREST (« Précarité de l'emploi et santé : différences hommes/femmes », LATTS-INSERM) : conduite en 1996 par le LATTS (ENPC) et l'INSERM, et réalisée par des médecins du travail de la région Centre de la France auprès de 1 452 personnes.

Enquête STED (Sous-traitance EDF DATR), réalisée entre 1993 et 1999 par des médecins du travail auprès des intermittents du nucléaire en sous-traitance de la maintenance.

Enquête sur le « bonheur au travail » : conduite par l'ENS et le CEE, sous la responsabilité de C. Baudelot et de M. Gollac, en 1997 auprès de 6 000 personnes âgées de 18 à 75 ans, représentatives de la population française. Volet de l'enquête périodique de l'INSEE sur les conditions de vie des ménages.

2-2-2 La mise au point du questionnaire

Le questionnaire a donc été élaboré au terme de plusieurs mois de discussions, il traduit un compromis entre deux exigences.

La première était de reprendre certaines des questions du questionnaire SUMER 2002-2003. Parmi ces dernières : la note (sur 10) attribuée à son état de santé, au caractère « fatigant » et « stressant » du travail ; le questionnaire Karasek ; la perception du lien travail-santé. Après avoir longuement hésité, nous avons finalement décidé de complexifier cette question, qui se présente ainsi dans le questionnaire SUMER : « Pensez-vous que votre travail influence votre santé ? », avec pour options de réponses possibles : « Non, mon travail n'influence pas ma santé » ; - « Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé » ; - « Oui, mon travail est « plutôt mauvais pour ma santé ». D'abord en découplant « santé » en « santé physique » et « santé psychique » ; ensuite en laissant la possibilité aux salariés de répondre « Ne se prononce pas ».

La seconde était intégrer d'autres questions essentielles à nos yeux, en particulier dans les domaines suivant : situation familiale ; parcours professionnel ; vécu du travail ; vision de la retraite ; formation et connaissance des risques professionnels ; rapport aux règles de sécurité ; difficultés de santé et liens avec le travail ; possibilités d'absence et d'aménagement au travail en cas d'ennui de santé ; situations professionnelles antérieures néfastes pour la santé ; consultation de médecin et prise régulière de médicament ; dimensions collectives de la santé au travail¹⁷.

Ce questionnaire dont la durée de passation visée ne devait pas excéder 30 minutes, comporte en tout 200 questions, y compris les « si autre » et plus de 50 questions filtrées . Il se présente comme suit (cf. annexe, p. 283).

La partie « I- Informations socio-professionnelles » (Q 3 à 34) , comprend 31 questions. Il est nettement plus détaillée que SUMER sur : la situation familiale ; le parcours professionnel, pour lequel on interroge notamment sur d'éventuelles périodes de chômage antérieures ; et le statut d'emploi actuel, notamment à propos de sa précarité

¹⁷ Notre expérience de recherche de terrain antérieure sur le monde de la sous-traitance pétrochimique (Bouffartigue et al., 2007), ainsi que plusieurs travaux dans le champ de recherche, notamment ceux d'A. Thebaud-Mony (2006), nous ont encouragé à mieux prendre en compte des dimensions institutionnelles et collectives de la santé au travail, peu présentes dans le questionnaire SUMER. Ainsi le contexte professionnel est plus ou moins permissif du point de vue de la possibilité de s'arrêter de travailler en cas de maladie ou d'accident du travail, ou de se déclarer en arrêt de travail ; la reconnaissance et l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles est un enjeu important (Daubas-Letourneux et Thébaud-Mony, 2001 ; Hamon-Cholet, 2002); enfin le milieu de travail – les collègues, voire les élus du personnel ou les syndicalistes - peut constituer ou non un cadre de la verbalisation des difficultés de santé.

éventuelle - au sens large, incluant les clauses de mobilité géographique et les craintes sur l'emploi .

La partie « II- Horaires, Temps et Rythmes de travail » (Q 35-55) laisse entièrement de côté la partie RTT de SUMER. Elle reprend néanmoins la plupart des questions posées dans SUMER en modifiant légèrement le libellé de certaines. Elle ajoute des questions sur les heures supplémentaires (Q 38-41) et une sur l'évaluation globale du caractère plus ou moins « pratique » ou « contraignant » des horaires (Q 55).

La partie « III- Description et Appréciation du Travail » (Q 56-101) reprend la partie « Karasek » in extenso (Q 58-84). Elle emprunte 6 autres questions à SUMER : aux réponses possibles à la Q 93, portant sur les raisons des souhaits de changer ou non de poste de travail, on a ajouté « le temps de travail », « les perspectives de carrière », et « l'état de santé ». Les questions 56 (portant sur la nécessité de coordination dans le travail), 88-91 (portant sur le salaire, son appréciation, ainsi que sur un certain nombre de sentiments associés à la réalisation du travail) , 95-102 (portant sur le rapport au choix de la profession, aux aspects généraux du travail, à la retraite) sont issues de questionnaires utilisés dans d'autres enquêtes que SUMER .

La partie « IV- Risques du travail » (Q 103-115) exclut toute la partie « diagnostic médical » du poste par le médecin (SUMER, pp. 8 à 20). Le repérage des risques est limité à 4 questions qui s'inspirent de questions SUMER. La dizaine d'autres questions s'intéressent plus aux rapports du salarié aux risques professionnels qu'il encourt : connaissance des risques, prescriptions face aux risques, information sur les structures, acteurs et actions collectives sur les enjeux de santé-sécurité au travail (CHSCT, syndicats...).

La Partie « V- Santé » (Q 117-200) est la plus importante, mais plus de la moitié des questions est filtrée. Elle ne reprend que 6 ou 7 questions SUMER, dont on sait qu'elle explore fort peu la santé des salariés. D'ailleurs, si l'enquête SUMER interroge sur les arrêts maladie (question 44 de l'auto-questionnaire) elle ne permet pas de préciser le caractère professionnel ou non des maladies en question. On interroge de manière approfondie les rapports entre son travail et sa santé tels que le salarié les voit et tels qu'il les gère, sans omettre les questions de coût et de protection sociale complémentaire. Concernant les maladies et accidents professionnels, nos questions concernent l'ensemble de la carrière du salarié, ce qui semble beaucoup plus pertinent pour notre problématique que les seuls 12 derniers mois. Nos questions distinguent également la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ou de l'accident par le salarié et/ou par l'administration, ce qui est une question centrale des rapports travail/santé.

Pour finir, 5 questions (Q 195-200) interrogent le salarié sur l'existence d'un CHSCT et de syndicat(s) dans son entreprise, et sur la place qu'il donne aux actions collectives dans le champ des questions de santé.

2-2-3 Le déroulement de l'enquête

Au terme d'une pré-enquête nous ayant permis d'obtenir la participation de médecins du travail et d'une association intervenant dans le champ des risques professionnels sur les sites industriels de Fos-Berre, la passation des questionnaires s'est déroulée de manière distincte dans les deux contextes professionnels

2-2-3-1 L' enquête à l'Hôpital « Montaigne »

Il s'agit d'un des sites « CHU » d'une grande ville du sud de la France. Il compte 2 600 agents hors médecins. Le contexte y était particulièrement propice à notre recherche. Le

service de médecine du travail, qui compte deux médecins, a participé à l'enquête SUMER 2003 ; l'un des deux est co-auteur d'une étude épidémiologique sur une crise intervenue au bloc opératoire deux années avant notre pré-enquête et ayant mis à jour un « SBM » - syndrome du bâtiment malsain. Par ailleurs le Directeur des Soins Infirmiers est très favorable à la réflexion sur la thématique travail/santé, ce CHU étant le premier des établissements locaux à avoir réalisé, en 2006, une étude sur « l'épuisement professionnel » auprès du personnel soignant¹⁸. Les deux médecins du travail parviennent à voir en visite médicale « annuelle » tous les agents tous les 18 mois en moyenne, sans cacher que le sous-effectif à l'hôpital génère des difficultés dans la réalisation de leur mission.

Les deux principaux troubles de santé identifiés sont les douleurs au dos – « rachis lombaire » - et les TMS, qui apparaissent généralement après une quinzaine d'années d'ancienneté. Une trentaine d'agents ont une maladie professionnelle reconnue comme telle. Le médecin du travail joue un rôle important notamment comme membre de la « commission des postes adaptés », qui statue sur les demandes de mutation liées à des problèmes de santé, et qui dispose d'une cinquantaine de postes de travail aménagés. Une partie de ces postes sont des postes en horaires fixes de jour. Les délais de résolution d'un problème de reclassement professionnel pour raison de santé vont de trois à douze mois.¹⁹ Le CHSCT se réunit près de 40 fois par an, les élus du personnel y étant jugés très dynamiques par notre interlocutrice.

Après échange avec notre principale interlocutrice médecin du travail, six services (ou types de services) ont été retenus pour la passation du questionnaire. Ces services sont à la fois des services jugés globalement relativement pénibles du point de vue des conditions de travail, et diversifiés du point de vue des formes de pénibilité : bloc opératoire ; anesthésie-réanimation ; gériatrie-médecine interne-onco-hématologie ; urgences ; maternité-gynécologie ; cardiologie. Ces services regroupent environ 600 infirmières et aides-soignantes [sur un total de : ? 1500 ?PRECISER] , auxquelles une invitation à se présenter au service de médecine du travail de l'établissement en vue de notre enquête a été envoyée fin août.

Nous avons envisagé un premier mode de passation des questionnaires. Il s'agissait pour nous d'administrer le questionnaire – par saisie directe sur ordinateur - dans les locaux du service de médecine du travail de l'hôpital, suite à une information communiquée par le service de médecine du travail dans les six services visés, demandant aux soignantes volontaires de prendre rendez-vous auprès du service de médecine du travail. L'information a été diffusée durant l'été 2007. Mais le très faible nombre de volontaire – une quinzaine²⁰ – et la lenteur de la procédure nous a imposé une autre méthode. Les questionnaires ont été directement diffusés en octobre 2007 sous forme papier dans les services concernés, via l'encadrement, et, pour la plupart, auto-administrés.²¹ Finalement 137 questionnaires exploitables nous ont été retournés (87 infirmières et 50 aides-soignantes) [Être plus précis ici ? OUI] . Le taux de retour est très inégal selon les services, allant de 10-12% (en réanimation et en maternité) à près de 60% (en médecine interne-gériatrie). La saisie était terminée en janvier 2008. Le taux d'accord pour un entretien complémentaire s'élève à 31%, mais il est plus faible pour les aides-soignantes (24%) que pour les infirmières (35%).

¹⁸ 277 (177 ?) personnes ont participé à l'enquête, dont 53 AS et 116 Infirmier-e-s.

¹⁹ Un document fait tout de même état d'une quarantaine de cas « non résolus » à l'heure actuelle.

²⁰ Avec, évidemment, une forte sur-représentation des personnes motivées, voire de celles qui se définissent elles-mêmes comme des « râleuses »...

²¹ Audrey Rabassa effectuant des observations in situ dans certains services a pu en faire passer elle-même.

2-2-3-2 L'enquête auprès des salariés de la sous-traitance pétrochimique

Deux voies d'accès distinctes à cette population s'offraient à nous.²² Une association qui intervient dans le domaine des risques professionnels sur une partie de la zone géographique concernée de Fos-étang de Berre, l'APCME. Un service interprofessionnel de médecine du travail du même secteur territorial.

L'APCME – « Association pour la Prise en Charge Maladies Eliminables »-, créée en 2000, est issue d'une expérience conduite depuis une trentaine d'années dans la zone Port-de-Bouc-Etang de Berre, dans le sillage du mouvement mutualiste des Bouches du Rhône et des travaux conduits par le psychologue du travail Yvar Oddone, en Italie (Oddone, 1981). La démarche consiste à dresser une cartographie des risques industriels, ou « carte brute des risques ». Les travailleurs sont considérés comme « experts bruts », permettant de mettre à jour des facteurs de risques ignorés par l'approche médicale traditionnelle. Ainsi un grand nombre de bronchites chroniques traditionnellement associées au tabagisme renvoient en fait, au moins partiellement, à des risques professionnels. L'association, soutenue par plusieurs acteurs publics,²³ travaille en relation avec des associations locales de défense de victimes de l'amiante. Elle regroupe aujourd'hui 44 médecins (mutualistes, de cabinet et hospitaliers, généralistes et spécialistes), alimentant une base de données de 700 cas.²⁴ La liste de ces 700 dossiers nous a été transmise, une présélection d'une cinquantaine de cas avait été réalisée Cas relevant de la sous-traitance pétrochimique et/ou sidérurgique, et âgés au plus de 65 ans. Mais compte tenu d'une part des grandes difficultés d'accès à cette population²⁵, d'autre part du succès rapide que nous avons rencontré dans la seconde voie d'accès à un « terrain » d'enquête, a priori beaucoup plus représentatif des travailleurs de la sous-traitance en activité, nous n'avons finalement fait passer qu'un seul questionnaire à partir de la source APCME.

Un des médecins de la médecine interprofessionnelle du travail du territoire de Martigues-Fos-Port de Bouc a en effet accepté de coopérer à notre enquête. Elle est coutumière des enquêtes épidémiologiques relayées par les médecins du travail, elle a notamment fait passer le questionnaire SUMER 2002-2003. Il se trouve que la plupart des salariés qui relèvent de son secteur territorial sont des ouvriers de la sous-traitance pétrochimique et sidérurgique. Son évaluation de l'évolution de la santé au travail de ces salariés est nuancée : la tendance générale serait à l'amélioration de la prévention – notamment sur le plan de l'apparition de cancers liés à des expositions anciennes à

²² En dehors de la voie syndicale. Car nous avons tissé des liens à l'occasion de notre précédente recherche pour la Dares avec de nombreux responsables syndicaux d'entreprises - donneurs d'ordre, comme sous-traitants de premier rang – de l'industrie chimique et pétrochimique de l'étang de Berre. Or les enjeux de santé-sécurité au travail sont au cœur des préoccupations des syndicalistes, du moins ceux qui sont « en pointe » sur les question de sous-traitance et de précarisation de l'emploi sur ces sites industriels..

²³ DRTEFP,URCAM, Conseil régional, Conseil général, commune de Port-de –Bouc.

²⁴ Ces médecins sont signataires d'une « charte » dans laquelle ils s'engagent à avoir une attitude de « soupçon » à l'égard de patients dont l'état de santé est susceptible de relever de pathologies professionnelles, et à alimenter une « galerie de cas », documentée par les animateurs de l'association, en dialogue avec les salariés, et accessible via un logiciel informatique aux membres du réseau. Il s'agit donc de mieux repérer et prévenir les maladies professionnelles par la consultation de cas similaires dûment répertoriés. Ces médecins déclarent aujourd'hui 4,5 maladies professionnelles par an alors que la moyenne nationale est de 0,2... 700 dossiers, formant une « Galerie de cas », constituent cette base de données, dont 300 cas reconnus comme maladies professionnelles. Ils comportent notamment le « curriculum laboris » du salarié, soit la liste des postes de travail occupés et des risques professionnels associés.

²⁵ Le fichier ne comprenant que les adresses des personnes, il nous a fallu expédier un courrier en espérant une prise de contact téléphonique en retour, ce qui a été très rare.

l'amiante - avec une très grande diversité de situations.²⁶ Il convient en particulier, de distinguer les salariés de la sous-traitance selon qu'ils interviennent sur un seul site ou sur plusieurs. Une des collègues de notre interlocutrice, travaillant dans le même service interprofessionnel de médecine du travail, est en charge plus particulièrement des travailleurs intérimaires du secteur. Finalement c'est toute l'équipe locale des médecins du travail qui a accepté de nous adresser à l'issue de la visite médicale, dans les locaux même du service, des travailleurs volontaires pour répondre à notre questionnaire.

Ici les questionnaires ont été administrés par nous et directement saisis sur ordinateurs. Cette procédure a été beaucoup plus longue que pour l'hôpital « Montaigne », puisqu'elle s'est déroulée sur sept mois, d'octobre 2007 à mars 2008. Mais, compte tenu du public, de niveau scolaire nettement plus faible que les soignantes, elle a très probablement été garante d'une qualité de remplissage qui n'était pas assurée par auto-administration. Elle nous a par ailleurs permis d'enregistrer un taux de volontaires nettement supérieur (78%). Finalement 102 questionnaires ont pu être saisis, dont une bonne moitié d'ouvriers, le reste étant des techniciens et des agents de maîtrise. Un tiers d'entre eux sont sur statut d'emploi précaire, intérim principalement. Deux de ces questionnaires ont pu être passés auprès de salariés ayant répondu à l'enquête SUMER 2002-2003.²⁷

Ce n'est qu'à partir du mois de mars 2008 que nous avons pu exploiter l'ensemble de notre enquête par questionnaire concernant cette population. C'est dire que notre campagne d'entretiens a dû commencer nettement avant que nous disposions de l'ensemble des résultats. Elle s'est déroulée en effet de janvier à mars 2008 pour ce qui est des soignantes, et de mars à juin pour ce qui est des salariés de la sous-traitance.

2-3 L'enquête qualitative

Dans une démarche compréhensive, elle vise un approfondissement et une meilleure interprétation du sens des réponses aux questionnaires mobilisés dans les enquêtes quantitatives. Et ce au travers de l'interaction entre le salarié et le chercheur autour de la relation perçue travail -santé et de ses enjeux. Le sens des réponses au questionnaire est exploré à la fois directement – en interrogeant la personne sur les significations associées à ses réponses – et indirectement, en reconstituant le contexte et le profil biographique, socio-familial, du salarié. L'interviewé est aussi un informateur sur le contexte collectif qui est celui du milieu professionnel étudié, en particulier au plan des risques professionnels et des spécificités que nous avons mises au premier plan du choix de ces deux milieux : les temporalités décalées chez les soignantes, la précarité de l'emploi chez les sous-traitants.

2-3-1 Elaboration du guide d'entretien.

Compte tenu de la proximité de nos problématiques et même de nos méthodes de recherche ²⁸ avec Valentine Hélardot, nous pensions nous inspirer de son guide d'entretien pour élaborer le nôtre. Il s'agit d'un canevas très large permettant d'aborder le parcours biographique, la vie professionnelle, et la santé. Mais nous envisageons, évidemment, de l'accompagner de thèmes de relances et de demandes de précisions sur

²⁶ Notre interlocutrice nuance fortement son diagnostic d'amélioration de la prévention des risques professionnels en faisant état de salariés étrangers présents sur les sites industriels de son territoire, mais qui lui échappent totalement – et qui échappent donc à notre étude -, du fait que leurs employeurs sont des entreprises étrangères, polonaises ou portugaises par exemple. Or cela pèse directement sur les conditions de la santé au travail de ces personnes, mais aussi indirectement des autres salariés, dont les entreprises sont fragilisées par la logique du « moins disant social ».

²⁷ Il se trouve qu'au cours de notre enquête par questionnaire, le médecin du travail a pu retrouver la liste des personnes enquêtées par le service en 2002 dans le cadre de l'enquête SUMER.

²⁸ Dans sa thèse, les salariés interviewés (n = 30) l'ont été après avoir été interrogés par questionnaire (n = 200)

certaines aspects du questionnaire recueilli – et étudié par nous - antérieurement. Nous l'avions complété sur le volet temps et horaires de travail, et par des thèmes de relances sur les périodes d'inactivité professionnelle, l'autonomie et le soutien social dans le travail, les différences et conflits dans le collectif de travail autour de la qualité du travail, l'action collective, les perspectives d'évolution professionnelle. Concernant le volet santé, nous pensions le compléter par des thèmes de relance permettant de commenter la rubrique « habitudes de vie » du questionnaire, les liens travail/santé – y compris en positif -, le sentiment de vieillissement. Enfin des relances spécifiques à chacun des deux groupes professionnels étaient prévues : pour les hommes précaires, sur la mobilité géographique liée au travail, les cadres temporels, le rapport à l'avenir ; pour les femmes en horaires atypiques, sur le rapport plutôt subi ou choisi à ces horaires et sur la charge mentale associée à la gestion de la vie quotidienne.

Un tel guide s'est rapidement révélé démesuré dans ses ambitions : nous n'aurions pas eu trop de trois heures d'entretien par salarié pour couvrir l'ensemble de ses thèmes. Nous nous sommes donc repliés sur un guide minimal plus modeste. Après une consigne introductive annonçant deux temps d'entretien, le premier sur le parcours professionnel antérieur, le second sur un retour sur les réponses au questionnaire – à préparer en fonction d'un examen préalable minutieux du questionnaire rempli, et de la manière dont les réponses de l'individu le situait par rapport à son groupe social de référence²⁹ - une série de thèmes de relances communs à tous les interviewés était prévue (cf. encadré « le guide d'entretien »).

Chacun des trois chercheurs ayant réalisé les entretiens adaptait *in situ* ce guide en fonction du profil du ou de la salarié(e) interviewé(e), en développant plus ou moins les relances autour de ses thèmes propres d'intérêt. C'est ainsi que certains entretiens sont plus riches sur le plan du sens des réponses faites préalablement au questionnaire, d'autres sur le parcours professionnel antérieur, d'autres enfin sur la vie extra-professionnelle.

2-3-2 Le déroulement de l'enquête qualitative.

Elle s'est déroulée en janvier-février à l'Hôpital Montaigne, et de janvier à avril pour les salariés de la sous-traitance.

22 des 31 soignantes ayant signalé dans leur questionnaire qu'elles étaient d'accord pour un entretien ont été interviewées, essentiellement dans les locaux du service de médecine du travail ou à leur domicile, quelques une des les locaux du service hospitalier où elle exercent. Nous avons privilégié les soignantes âgées de plus de quarante ans, qui sont finalement 17 des 22. Les difficultés d'accès aux aides-soignantes, que nous pouvions

²⁹ En fonction de ce que l'on savait des réponses d'ensemble au questionnaire au moment où nous réalisions l'entretien.

LE GUIDE D'ENTRETIEN

« Notre entretien vise à mieux comprendre votre perception des relations entre votre travail et votre santé. Nous allons commencer en parlant brièvement de ce qui s'est passé d'important dans votre vie professionnelle depuis que vous avez quitté l'école. Nous allons poursuivre en revenant sur certaines de vos réponses au questionnaire »

THEMES DE RELANCE

POUR TOUS	POUR LA PERSONNE
<p>Evaluation du parcours socioprofessionnel passé (« réussite », « échec »...). Projets professionnels. Projets de retraite.</p> <p>Rapport – passé et présent - à la stabilité de l'emploi. Précarité subie ou choisie ? Quel sens ? Quelles implications dans le travail, la vie quotidienne, la santé ?</p> <p>Rapport – passé et présent - aux horaires : subis ou choisis ? Quel sens ? Quelles implications dans le travail, la vie quotidienne, la santé ?</p> <p>Evaluation de la qualité du travail/estime de soi dans le travail/dilemmes/reconnaissance/tension Ambiance</p> <p>Qu'est-ce qu'une « bonne » et une « mauvaise » journée de travail ?</p> <p>Ce qui est le plus important dans le travail.</p> <p>Perspectives d'évolution – dont vision du vieillissement – ce qu'on aimerait faire, qu'on ne peut plus faire ou qu'on pourra enfin faire – et de la retraite</p> <p>Rapport aux prescriptions de sécurité</p> <p>« fatigue » et « stress » qu'est-ce que cela veut dire pour vous ? Pourquoi avoir attribué telle note ? Comment font les collègues ?</p> <p>« Evaluation de la santé » : qu'est ce qu'être en bonne santé ? Pourquoi avoir attribué telle note ?</p> <p>« Lien travail santé » : revenir sur les réponses à ce thème.</p> <p>Agir collectivement sur la santé au travail ?</p>	<p>Ici on a repris minutieusement le questionnaire de la personne, et après avoir situé ses réponses par rapport à celles des autres individus, proches ou différents, on relance en demandant des commentaires sur les thèmes pertinents : non réponses, réponses surprenantes, réponses contradictoires...</p>

anticiper à partir du dépouillement du questionnaire (taux de volontaire pour les entretiens plus faible : 24% contre 35%) se sont amplement confirmées : seulement six des douze aides-soignantes volontaires ont pu être interviewées,³⁰ contre seize des quatre vingt huit infirmières.

19 des 80 salariés de la sous-traitance volontaires pour les entretiens ont pu être interviewés. Les entretiens ont eu lieu principalement au domicile, quelques uns sur le lieu de travail (pour des agents de maîtrise), ou au LEST. Là encore nous avons privilégié les salariés de plus de quarante ans, qui sont 16 des 19 interviewés. Les difficultés de prise de rendez-vous ont été directement proportionnelles à la faiblesse de la qualification. Nous n'avons pas, dans l'échantillon, d'ouvriers non qualifiés au sens strict. Ces difficultés ont dans l'ensemble été bien plus grandes que pour les soignantes. Il est vrai que le degré de volontariat et de motivation de ceux, on l'a vu beaucoup plus nombreux, qui avaient donné leur accord de principe en vue d'un entretien, était nettement moindre. Nous avons finalement 10 ouvriers, sept agents de maîtrise, et deux techniciens.

Les entretiens, d'une durée allant pour la plupart d'une heure trente à deux heures trente, ont été enregistrés au magnétophone et ont quasiment tous fait l'objet d'une transcription, soit complète, soit partielle et synthétisée.

³⁰ Ces difficultés ont pris la forme de la nécessité de plusieurs relances téléphoniques pour prendre les RV, ou même de refus de l'entretien justifiés par l'absence totale de disponibilité.

SECONDE PARTIE

**SANTE PERÇUE ET VECU DE LA RELATION
TRAVAIL-SANTE
UNE EXPLOITATION SECONDAIRE
DE L'ENQUETE SUMER**

Les principaux résultats de l'exploitation secondaire de l'enquête SUMER 2002-2003 auxquels nous sommes parvenus sont présentés en trois temps :

- dans un premier temps (1) des indicateurs de perception de la relation travail/santé sont mis en relation avec l'ensemble des dimensions du travail, de la santé et des risques professionnels prises en compte par l'enquête pour l'ensemble de la population salariée ; découle de ces analyses un panorama très général des facteurs de jugement des salariés sur les effets potentiels du travail sur leur santé ;

- dans un second temps (2), une attention particulière est portée aux effets spécifiques éventuels du sexe, de l'âge et du statut d'emploi sur la construction des jugements différenciés que portent les salariés sur la relation entre leur travail et leur santé ;

- une troisième partie du chapitre (I-3) dessine un cadre de référence aux enquêtes spécifiques du LEST en comparant les figures de deux groupes socioprofessionnels à partir de l'enquête SUMER : les filières soignantes féminines et les filières ouvrières masculines de l'industrie.

1- Les facteurs du jugement des salariés sur la relation travail/santé dans l'enquête SUMER

1-1 Le vécu de la relation travail / santé dans l'enquête SUMER

Dans l'enquête SUMER, c'est à partir de la seule question aq37 de l'auto-questionnaire « *Pensez-vous que votre travail influence votre santé ?* », que nous avons construit trois indicateurs, certes complémentaires – donc statistiquement liés -, mais significatifs de perceptions différentes de la relation travail/santé :

* « **Influ** » distingue simplement les individus considérant que santé et travail sont liés (légèrement majoritaires : 52,4 % des salariés³¹) de ceux qui les jugent indépendants l'un de l'autre (47,6%), ces derniers suggérant que la santé peut se jouer aussi (ou principalement) ailleurs qu'au travail.

* « **Infla** » distingue ceux qui vivent le travail comme « *plutôt mauvais pour (leur) santé* » (27,6% des salariés) de tous les autres (72,4%).

* « **Inflo** » clive entre ceux qui perçoivent le travail comme « *plutôt bon pour (leur) santé* » (24,8% des salariés) et tous les autres (75,2%).

1-1-1 Quelques points de repère statistiques sur la perception de la relation travail / santé par les salariés dans l'enquête SUMER.

Premier constat statistique : la relation perçue travail / santé est variable selon les catégories socio-démographiques et socioprofessionnelles et la position dans l'appareil productif.

Par exemple, les trois indicateurs varient significativement (chi2 significatif) selon :

* le sexe du salarié : les femmes lient moins leur santé au travail que les hommes et, lorsqu'elles le font, tendent bien plus souvent qu'eux à considérer le travail comme favorable à leur santé

³¹ Toutes les données fournies dans ce rapport sont pondérées et concernent les seuls salariés qui ont répondu à l'auto-questionnaire, soit 24 486 salariés.

Tableau 1

SEXE	influence	infl. <0	infl. >0
hommes	53,2	31,4	21,8
femmes	51,3	22,5	28,8
p (chi2)	0,01	<.0001	<.0001
Coefficient de contingence	0,02	0,09	0,08

* la catégorie socioprofessionnelle : les ouvriers lient moins volontiers que les cadres la santé à leur travail ; lorsqu'ils le font, c'est bien plus souvent pour déclarer un lien négatif qu'un lien positif. Cadres, employés et professions intermédiaires voient plus souvent un lien positif entre travail et santé qu'un lien négatif.

Tableau 2

CSP	influence	infl. <0	infl. >0
cadres	57,3	26,8	30,5
professions interm.	53,5	26,1	27,4
employés	49,5	22,1	27,4
ouvriers	52,0	33,5	18,5
p (chi2)	<.0001	<.0001	<.0001
Coefficient de contingence	0,05	0,10	0,11

Si l'on croise le sexe avec la CSP, les différences d'appréciation (positive comme négative) du lien travail/santé entre hommes et femmes apparaissent de manière plus forte encore : chez les femmes un lien positif est plus souvent déclaré qu'un lien négatif, pas chez les hommes, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle. Se confirme aussi, mais plus franchement chez les femmes que chez les hommes, une appréciation de plus en plus positive (et de moins en moins négative) du lien travail/santé au fur et à mesure de l'élévation dans la hiérarchie des qualifications. Vraie en tendance, cette relation est toutefois un peu moins nette chez les hommes où un petit tiers des cadres vivent le travail comme plutôt préjudiciable à leur santé.

Tableau 3

HOMMES	influence	infl. <0	infl. >0	FEMMES	influence	infl. <0	infl. >0
cadres	57,8	29,4	28,4	cadres	56,2	21,1	35,1
professions interm.	51,0	28,0	23,0	professions interm.	56,6	23,5	33,1
employés	50,3	27,1	23,1	employées	49,2	20,6	28,6
ouvriers	53,3	34,8	18,6	ouvrières	46,2	28,1	18,1

* la taille de l'établissement employeur : le lien travail/santé est plus souvent perçu par les salariés employés dans les établissements de grande taille, et il y est plus fréquemment vécu négativement

Tableau 4

Taille établissement	influence	infl. <0	infl. >0
1 à 49 salariés	51,7	24,6	27,0
50 à 499 salariés	52,8	30,0	22,8
500 salariés et +	53,9	32,0	21,9
p (chi2)	<.0001	<.0001	<.0001
Coefficient de contingence	0,02	0,07	0,05

En lien avec ce constat, celui d'une différenciation semblable entre les établissements pourvus d'un CHSCT et ceux qui n'en ont pas. Dans les premiers, le débat social sur les risques professionnels y est plus largement diffusé et l'offre de sécurité au travail plus ample, engendrant sans doute une plus grande exigence des salariés vis à vis de la préservation de leur santé au travail (en matière de santé, une « loi » est déjà bien établie par les économistes : l'offre de soins crée la demande).

Tableau 5

CHS	influence	infl. <0	infl. >0
chsct	53,5	30,8	22,7
pas de chsct	51,4	24,4	27,0
p (chi2)	<.0001	<.0001	<.0001
Coefficient de contingence	0,02	0,07	0,05

* l'activité économique : par exemple, dans la construction, la relation travail / santé est plus prégnante et plus souvent vécue négativement que dans l'agriculture. C'est dans l'industrie qu'elle est considérée comme la plus négative et, plus particulièrement, dans les transports et communications.

Tableau 6

activités économiques	influence	infl. <0	infl. >0
agriculture	53,6	24,4	29,2
industrie	51,6	32,5	19,1
construction	58,7	33,1	25,7
tertiaire	52,0	25,6	26,4
p (chi2)	<.0001	<.0001	<.0001
Coefficient de contingence	0,03	0,07	0,07

Tableau 7

activités économiques (nafg17)	influence	infl. <0	infl. >0
Agriculture, chasse, sylviculture	53,3	24,3	29,0
Pêche, aquaculture, services annexes	72,8	27,2	45,7
Industries extractives	39,5	22,4	17,1
Industries manufacturières	51,6	32,6	19,0
Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau	53,0	31,1	22,0
Construction	58,7	33,1	25,7
Commerce;réparations automobile et d'articles domestiques	48,7	23,9	24,8
Hôtels et restaurants	55,5	27,7	27,7
Transports et communications	54,5	32,0	22,5
Activités financières	54,7	27,6	27,1
Immobilier, location, services aux entreprises	49,9	25,9	24,0
Administration publique	51,1	22,2	28,9

Education	50,9	17,1	33,8
Santé et action sociale	56,6	24,9	31,6
Services collectifs, sociaux et personnels	50,5	21,0	29,5
Activités des ménages	66,2	19,7	46,5
p (chi2)	<.0001	<.0001	<.0001
Coefficient de contingence	0,06	0,09	0,10

* la région : les bretons par exemple estiment nettement plus fréquemment le travail « plutôt bon » pour leur santé que les habitants de l'est de la France (lorrains, alsaciens, jurassiens, etc...).

Tableau 8

Régions	influence	infl. <0	infl. >0
11: Ile de France	51,5	27,4	24,2
21: Champagne-Ardenne	47,3	23,9	23,4
22: Picardie	50,7	27,2	23,5
23: Haute Normandie	52,0	28,5	23,4
24: Centre	49,1	25,9	23,2
25: Basse Normandie	48,3	23,9	24,4
26: Bourgogne	51,5	27,5	24,0
31: Nord-Pas de Calais	51,8	25,8	26,0
41: Lorraine	55,3	34,4	20,9
42: Alsace	51,8	31,2	20,6
43: Franche-Comté	49,3	28,6	20,7
52: Pays e Loire	51,7	25,1	26,7
53: Bretagne	57,8	25,1	32,7
54: Poitou-Charentes	51,9	26,4	25,5
72: Aquitaine	54,3	29,2	25,1
73: Midi-Pyrénées	53,4	27,6	25,8
74: Limousin	54,6	27,2	27,4
82: Rhône-Alpes	56,2	32,2	24,0
83: Auvergne	54,8	27,3	27,6
91: Languedoc-Roussillon	50,8	24,5	26,2
93: Provence alpes Côte d'Azur et Corse	53,0	27,8	25,2
p (chi2)	<.0001	<.0001	<.0001
Coefficient de contingence	0,05	0,06	0,06

* la profession exercée : les 85 familles professionnelles de la nomenclature FAP03 ont été croisées avec un ensemble vaste de variables de l'enquête SUMER susceptibles d'éclairer le rapport perçu par les salariés entre travail et santé. N'ont été retenues que les sous-familles ainsi constituées comprenant un minimum de 90 000 individus dans l'effectif (pondéré) des populations ayant répondu à l'auto-questionnaire. Se dégage de ces analyses un « hit parade » des professions du point de vue de leur sensibilité à la relation entre travail et santé :

Familles professionnelles où plus de 60 % des salariés considèrent que leur travail influence leur santé :
*Ouvriers qualifiés du gros œuvre du bâtiment *Infirmiers, Sages-femmes *Ouvriers qualifiés des travaux publics, du béton et de l'extraction *Maraîchers, jardiniers, viticulteurs *Maîtrise des magasins et intermédiaires du commerce *Professionnels de la communication et de l'information *Ouvriers qualifiés travail. par formage de métal *Ouvriers non qual. du gros œuvre du bâtiment, des TP et de l'extraction *Professionnels de l'action sociale, culturelle et sportive *Aides-soignants
Familles professionnelles où moins de 46 % des salariés considèrent que leur travail influence leur santé :
*Techniciens de l'informatique *Secrétaires de direction *Patrons et cadres d'hôtels, cafés, restaurants *Techniciens, agents de maîtrise électricité *Techniciens, agents de maîtrise industries mécaniques *Caissiers, employés de libre service *Secrétaires
Familles professionnelles où plus de 36 % des salariés considèrent que leur travail influence négativement leur santé :
*Ouvriers qualifiés du gros œuvre du bâtiment *Ouvriers qualifiés des travaux publics, du béton et de l'extraction *Ouvriers qualifiés des industries de process *Ouvriers qualifiés travail. par formage de métal *Ouvriers de la réparation automobile *Ouvriers non qualifiés des industries de process *Ouvriers non qualifiés de la mécanique *Ouvriers qualifiés de la mécanique *Ouvriers des industries graphiques *Agents d'exploitation des transports
Familles professionnelles où moins de 22% des salariés considèrent que leur travail influence négativement leur santé :
*Secrétaires de direction *Secrétaires *Patrons et cadres d'hôtels, cafés, restaurants *Employés de la comptabilité *Caissiers, employés de libre service *Employés administratifs d'entreprise *Professionnels de l'action sociale, culturelle et sportive *Techniciens de l'informatique *Maraîchers, jardiniers, viticulteurs
Familles professionnelles où plus de 31% des salariés considèrent que leur travail influence positivement leur santé :
*Maraîchers, jardiniers, viticulteurs *Professionnels de l'action sociale, culturelle et sportive *Cadres administratifs, comptables et financiers *Aides-soignants *Professionnels des arts et des spectacles *Attachés commerciaux et représentants *Employés et techniciens des assurances *Professions para-médicales *Infirmiers, Sages-femmes
Familles professionnelles où moins de 16% des salariés considèrent que leur travail influence positivement leur santé :
*Ouvriers qualifiés électricité et électronique *Ouvriers qualifiés du gros œuvre du bâtiment *Ouvriers qualifiés travail. par formage de métal *Ouvriers non qualifiés des industries de process *Ouvriers de la réparation automobile *Ouvriers non qualifiés de la mécanique *Ouvriers qualifiés travail. par enlèvement de métal *Ouvriers qualifiés de la mécanique *Ouvriers qualifiés des industries de process *Ouvriers des industries graphiques

1-1-2 L'ancienneté dans l'entreprise et le statut d'emploi jouent un rôle dans la relation déclarée entre travail et santé .

On observe également un lien notable entre l'ancienneté dans l'établissement et la qualité de la relation entre le travail et la santé : les plus récemment embauchés vivent cette relation de manière beaucoup plus positive que les plus anciens .

Tableau 9

ancienneté /établissement	influence	infl. <0	infl. >0
<= 3 ans	51,8	24,3	27,5
3 à 10 ans	51,7	27,3	24,4
> 10 ans	53,4	30,7	22,7
p (chi2)	<.0001	<.0001	<.0001
Coefficient de contingence	0,02	0,06	0,05

Lorsque l'on croise nos trois indicateurs avec le statut d'emploi, on remarque – en cohérence avec l'observation précédente - que les salariés en contrats précaires vivent plus positivement leur santé au travail que les autres.

Tableau 10

statut	influence	infl. <0	infl. >0
Fonctionnaire	57,3	30,2	27,1
Salarié cdi	52,2	28,0	24,2
Précaire	51,3	22,0	29,2
p (chi2)	<,0001	<,0001	<,0001
Coefficient de contingence	0,03	0,04	0,04

1-1-3 Relation entre travail et santé : l'âge ne paraît pas, a priori, influencer notablement sa perception .

Sur la base de ces derniers constats, on aurait pu s'attendre à observer aussi une relation entre l'âge des salariés (les moins anciens et les plus précaires étant majoritairement aussi les plus jeunes) et la qualité perçue du lien entre travail et santé. Or même si, comme on le verra plus loin, l'âge influence bien la perception de son état de santé, il n'est que très peu lié au vécu d'un lien entre travail et santé, hormis – mais très légèrement – pour les hommes des catégories ouvrières et professions intermédiaires (tableaux 11 et 12). Encore faut-il observer que dans ces deux situations, la relation est inverse. Dans un cas, chez les ouvriers, la perception d'un lien travail / santé est à la fois plus forte et plus négative chez les plus jeunes que chez les plus âgés. Dans l'autre, pour les professions intermédiaires masculines, la perception d'un lien est indifférente à l'âge mais les plus jeunes tendent à envisager négativement ce lien moins fréquemment que chez leurs aînés.

Tableau 11

AGE	influence	infl. <0	infl. >0
<30 ans	53,1	27,8	25,3
30 - 40 ans	51,1	26,5	24,7
40 - 50 ans	52,0	27,9	24,1
50 et +	54,0	28,7	25,2
p (chi2)	<,0001	<,0001	<,0001
Coefficient de contingence	0,02	0,02	0,01

Tableau 12

AGE	influence	infl. <0	infl. >0	influence	infl. <0	infl. >0
	ouvriers hommes			Prof, intermédiaires hommes		
<30 ans	57,2	37,8	19,3	51,2	23,8	27,4
30 - 40	52,8	33,9	18,9	49,7	27,4	22,3
40 -50	51,0	33,1	17,9	51,6	29,7	21,9
50 ans et +	51,0	33,4	17,6	51,8	30,4	21,4
p (chi2)	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001
coef.contingence	0,05	0,04	0,02	0,02	0,05	0,05
	ouvrières			Prof, intermédiaires femmes		
<30 ans	47,4	28,5	18,9	58,8	22,6	36,3
30 - 40	44,3	25,8	18,5	55,4	24,2	31,2
40 -50	44,3	26,5	17,8	57,7	25,0	32,7
50 ans et +	50,2	32,6	17,6	54,5	21,6	33,0
p (chi2)	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001
coef.contingence	0,05	0,06	0,01	0,03	0,03	0,04

Tableau 12 (suite)

AGE	influence	infl. <0	infl. >0	influence	infl. <0	infl. >0
	employés hommes			cadres hommes		
<30 ans	49,6	25,8	23,8	54,9	28,7	26,1
30 - 40	44,7	23,7	21,0	55,8	28,7	27,1
40 -50	54,7	30,8	24,0	57,8	30,2	27,6
50 ans et +	54,5	30,3	24,2	61,8	29,6	32,2
p (chi2)	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
coef.contingence	0,08	0,07	0,03	0,05	0,01	0,05
	employés femmes			cadres femmes		
<30 ans	47,1	19,0	28,1	58,8	22,2	36,6
30 - 40	48,3	18,8	29,5	52,6	17,7	34,9
40 -50	49,3	21,4	28,0	55,5	22,6	32,9
50 ans et +	53,4	24,5	28,8	60,5	23,9	36,6
p (chi2)	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
coef.contingence	0,04	0,05	0,01	0,06	0,06	0,03

1-1-4 La combinatoire des situations et des positions : la recherche d'effets « nets »

Afin de mieux cerner la manière dont ces effets apparents de situation et de position se combinent (c'est à dire s'ajoutent les uns aux autres ou, au contraire, se masquent les uns les autres) dans le lien perçu entre travail et santé par les salariés, nous avons eu recours à la régression logistique (Logit).

« Toutes choses égales par ailleurs », la plupart des constats précédents se trouvent statistiquement confirmés (tableau 13) :

- si elles n'estiment pas plus souvent que les hommes que le travail a un effet sur leur santé, les femmes sont en revanche nettement plus positives sur le sens de cette relation : l'exercice d'une activité professionnelle salariée (dont elles ont été « privées » durant des siècles et dont, finalement, elles ont conquis la possibilité relativement récemment) est jugée plus favorable que défavorable à leur santé ;

- les ouvriers perçoivent une relation entre le travail et la santé à un niveau sensiblement comparable aux employés et aux professions intermédiaires mais bien inférieur à celui des cadres ; ils considèrent ce lien dans un sens défavorable à leur santé dans des proportions bien plus importantes que les trois autres catégories socioprofessionnelles ; quant à la question d'une amélioration de leur santé par le travail, les quatre groupes socioprofessionnels se hiérarchisent strictement dans leurs réponses, les ouvriers percevant plus rarement ce lien positif, les cadres l'identifiant plus fréquemment ;

- les salariés en contrats précaires jugent plus souvent positif (et moins souvent négatif) le lien entre travail et santé que les salariés à statut plus stable ;

- l'ancienneté dans l'établissement va avec une nette dégradation du jugement positif sur la relation travail/santé ;

- la taille de l'établissement, lorsqu'elle augmente, va également dans le sens d'une dégradation de ce jugement ;

- la branche d'activité confirme son rôle dans la dispersion des perceptions de cette relation : par exemple, dans les transports et communications, les hôtels et restaurants, les activités financières ou encore dans la production et distribution d'énergie la tendance des salariés est non seulement à percevoir (relativement souvent) un lien entre santé et travail

mais encore à le juger plutôt plus négatif que dans les autres branches ; dans la construction, mais aussi dans la santé et l'action sociale, s'y ajoute une propension plus forte que la moyenne à considérer simultanément un lien positif entre santé et travail.

Tableau 13

LOGIT : hypothèse nulle =	estimer une relation w/santé		estimer une relation négative w/santé		estimer une relation positive w/santé	
	Pr	odds R	Pr	odds R	Pr	odds R
Tous salariés	influ		infla		info	
homme	ref	ref	ref	ref	ref	ref
femme	ns	0,98	*	0,77	*	1,29
30 - 39 ans	ref	ref	ref	ref	ref	ref
<30 ans	*	1,16	*	1,27	ns	0,95
40 - 49 ans	ns	0,99	ns	0,95	ns	1,04
50 ans et +	ns	1,01	ns	0,93	*	1,10
ouvriers	ref	ref	ref	ref	ref	ref
cadres	*	1,29	*	0,74	*	2,06
pro.interm.	ns	1,02	*	0,72	*	1,55
employé(e)s	*	0,92	*	0,71	*	1,37
cdi	ref	ref	ref	ref	ref	ref
fonctionnaire	ns	0,99	ns	1,00	ns	1,07
précaire	ns	0,96	*	0,76	*	1,24
ancienneté 3 à 10 ans	ref	ref	ref	ref	ref	ref
ancienneté < =3ans	ns	0,99	*	0,83	*	1,20
ancienneté >10	ns	1,06	*	1,21	*	0,87
50 à 499 salariés	ref	ref	ref	ref	ref	ref
1 à 49 salariés	ns	0,98	*	0,84	*	1,17
500 salariés et +	*	1,09	*	1,21	*	0,87
G Commerce, réparations automobile et d'articles domestiques	ref	ref	ref	ref	ref	ref
A Agriculture, chasse, sylviculture	ns	1,22	ns	0,88	*	1,57
B Pêche, aquaculture, services annexes	ns	2,94	ns	0,83	ns	3,79
C Industries extractives	ns	0,65	ns	0,62	ns	0,91
D Industries manufacturières	ns	1,04	*	1,15	ns	0,90
E Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau	*	1,18	ns	1,15	ns	1,12
F Construction	*	1,47	*	1,27	*	1,33
H Hôtels et restaurants	*	1,36	*	1,44	ns	1,04
I Transports et communications	*	1,61	*	1,84	ns	0,91
J Activités financières	*	1,17	*	1,20	ns	1,03
K Immobilier, location, services aux entreprises	ns	1,00	*	1,18	*	0,86
L Administration publique	ns	1,06	ns	0,88	ns	1,24
M Education	ns	1,11	ns	0,80	ns	1,28
N Santé et action sociale	*	1,38	ns	1,13	*	1,31
O Services collectifs, sociaux et personnels	ns	1,12	ns	0,98	ns	1,13
P Activités des ménages	ns	2,28	ns	0,82	*	3,00
Q Activités extra-territoriales	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Percent Concordant		55,2		60,6		60,4
Percent Discordant		43,5		38,6		38,7
Percent Tied		1,3		0,8		0,9

**p< 0,05 ; * p< 0,01 ; ns non statistiquement significatif.

- enfin, dans l'analyse « toutes choses égales par ailleurs », un effet d'âge, partiel, apparaît qui n'était pas visible à partir des seuls tris croisés : il prend la forme d'une tendance nette des plus jeunes (moins de 30 ans) à être plus conscients que leurs aînés d'un lien entre leur activité professionnelle et leur santé ; cette propension s'accompagne d'un niveau élevé de jugements négatifs sur la relation travail/santé.

1-2 Le vécu de la relation travail / santé : la cohérence interne des jugements, perceptions et auto-évaluations du travail et de la santé dans l'enquête SUMER

Qu'est-ce que la santé³² ? A-t-elle le même sens, la même valeur, la même signification sociale selon les individus, selon le type d'affection dont ils souffrent, selon les menaces – objectives ou non - qu'ils sentent peser sur leur « bien-être » physique ou moral (psychique, dirons-nous aujourd'hui) ? A côté du système d'objectivation du terme construit – le plus souvent sur bases scientifiques expérimentales - par la profession médicale et, plus, par l'ensemble du système de santé (système de soins, mais aussi construction sociale du « marché » de la santé, avec ses modes de « reconnaissance » sociale et d'indemnisation de la maladie), chaque individu engage, sur la base de son expérience, de son « vécu », sa propre subjectivité autour de l'évaluation de son bien-être et de ses souffrances, physiques et psychiques. Ce qui ne signifie pas non plus que sa propre réponse à la question « qu'est-ce qu'être en bonne (ou en mauvaise) santé ? » soit indemne de toute incorporation de normes, de règles, de conventions sociales, ni même de l'influence d'un « état d'âme » circonstanciel lié à la situation particulière de l'individu au moment où lui est adressée la question³³. Pour ces raisons, la question de l'homogénéité sémantique du terme « santé » paraît trop complexe pour être abordée de front. Tout au plus, pouvons-nous tenter d'établir des liens entre les réponses fournies par les individus à des questions concernant leur santé (telle celle concernant leur perception de la relation travail/santé ou de leur état de santé, de fatigue, de stress, etc...) et divers facteurs dont on fait l'hypothèse qu'ils peuvent les influencer.

Par construction, l'enquête SUMER autorise à mêler dans l'analyse certains facteurs objectifs concernant les conditions de travail et les risques professionnels encourus par les salariés (questionnaire administré par le médecin du travail) et d'autres, plus subjectifs, qui engagent plutôt la cohérence interne de la subjectivité des individus sur les questions du travail et de la santé (auto-questionnaire). Peu nombreux, on observe dans cette section leur cohérence avec l'évaluation, par les salariés, de la relation travail/santé.

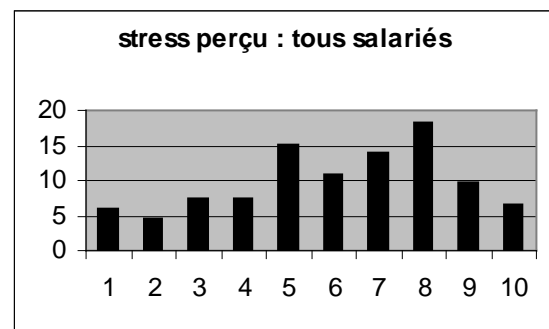
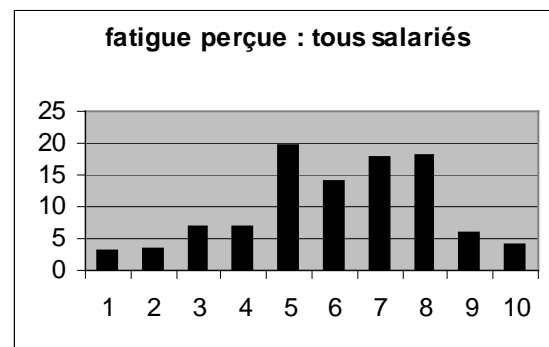
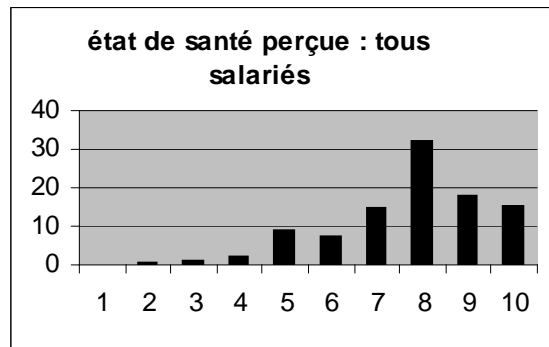
1-2-1 Etat de santé perçue, fatigue, stress et relation travail / santé

Il était demandé aux personnes enquêtées (question aq36) de fournir une note de 1 (santé très mauvaise) à 10 (santé très bonne) en guise de réponse à la question « *Dans l'ensemble, comment estimez-vous votre état de santé ?* ». De la même manière, les salariés devaient exprimer par des notes de 1 (travail pas du tout fatigant/pas du tout stressant) à 10 (travail très fatigant/très stressant) leur jugement sur l'aspect fatigant (question aq40) ou stressant (question aq41) de leur travail. Un premier coup d'œil sur le niveau respectif des notes attribuées à ces trois items autorise à observer tout d'abord que les individus les plus affectés moralement par des problèmes de santé ne sont pas au travail (l'enquête ne concerne que des salariés actifs, donc hors chômeurs, arrêts longue maladie, handicapés, etc.) : la note modale est de 8/10 (moyenne 7,8 ; 32% des salariés

³² La même interrogation pourrait tout aussi bien concerner le travail : « qu'est-ce que le travail ? », etc....

³³ Il suffit, pour s'en persuader, de réfléchir quelques instants sur l'expérience quotidienne de chacun d'entre nous lorsque nous nous trouvons confrontés (ou bien lorsque nous confrontons nos multiples rencontres) , plusieurs fois dans la journée, à la fatidique question « comment ça va ? ».

attribuent la note de 8 à leur état de santé) ; 33,5% des salariés donnant des notes de 9 ou 10 ; et 12,6% des notes de 5 ou moins, trahissant une distribution très asymétrique.



On observe, en second lieu, que les notes attribuées à la fatigue et au stress au travail sont, elles, beaucoup moins irrégulièrement distribuées et, en moyenne, moins « généreuses » : les notes moyennes sont de 6 pour la fatigue comme pour le stress ; dans les deux cas, près de 40% des salariés attribuent une note de 5 ou moins et les notes de 1, 2 ou 3 sont attribuées par 13,7% des salariés à la fatigue au travail, par 18,1% d'entre eux au stress.

Dans cette section, comme dans le reste du chapitre, les trois indicateurs suivants seront utilisés à titre principal :

- * **ae7** (ou etat2) indiquera (dans sa modalité =1) la proportion de salariés en % ayant attribué une note inférieure ou égale à 7 à leur état de santé (santé disons « plutôt mauvaise ») ;
- * **fat5** (ou fatig2) figurera (dans sa modalité =2) la proportion de salariés en % ayant attribué une note >5 à la relation entre leur travail et son caractère fatigant (travail plutôt fatigant) ;
- * **stress5** (ou stress2) (dans sa modalité =2) représentera le pourcentage de salariés ayant attribué une note >5 à la relation entre leur travail et son caractère stressant (travail plutôt stressant).

Les trois indicateurs entretiennent entre eux des liens statistiques, ténus mais significatifs. En tendance, la perception de l'état de santé est légèrement liée à l'appréciation des caractères fatigant ou stressant du travail. Ainsi 64,7% des salariés déclarant leur état de santé plutôt mauvais (contre 56,3% des autres) déclarent aussi leur travail plutôt fatigant et 66,8% d'entre eux (contre 54,5) le trouvent plutôt stressant. 51,4% cumulent les caractères fatigant et stressant du travail ; ils sont 39,9% dans ce cas parmi les salariés dont l'état de santé est jugé plutôt bon. L'incomplétude du lien subjectif entre l'état de santé et la fatigue – ou le stress – tient sans doute au fait que, pour de nombreux salariés, le travail est quasi « naturellement » associé à l'effort physique et à un certain degré de sollicitation du psychisme : il y a par rapport à chacune de ces deux empreintes du travail sur le corps des seuils acceptables au delà desquels certains dérèglements de l'organisme deviennent vécus de manière consciente comme de véritables menaces pour la santé³⁴.

Fatigue et stress, en revanche, sont liés de manière beaucoup plus nette : 74,2% de ceux qui ont travail fatigant le trouvent aussi stressant alors qu'ils sont 36,6% parmi ceux qui n'estiment pas leur travail fatigant³⁵.

Tableau 14

		Tous salariés		Tous salariés	
		fatigue		stress	
Pour cent individus		moins	plus	moins	plus
état de santé	moins	12,5	23,0	11,8	23,7
	plus	28,2	36,3	29,3	35,2
		<i>chi2</i>	<i>coeff.conting.</i>	<i>chi2</i>	<i>coeff.conting.</i>
		<,0001	0,08	<,0001	0,12

		stress	
Pour cent individus		moins	plus
fatigue	moins	25,8	14,9
	plus	15,3	44,0
		<i>chi2</i>	<i>coeff.conting.</i>
		<,0001	0,35

La manière dont les salariés auto-évaluent leur état de santé³⁶ varie assez nettement selon certaines de leurs caractéristiques socio-démographiques (voir tableau 15 ci-dessous) : « toutes choses égales par ailleurs » :

- * les femmes notent en moyenne sensiblement moins bien leur état de santé que les hommes ;
- * l'appréciation de l'état de santé est de plus en plus négative au fur et à mesure de l'avancée en âge ;
- * plus la catégorie socioprofessionnelle est élevée, plus les notes attribuées sont élevées ;

³⁴ La distance (toujours relative dans la subjectivité des consciences individuelles) qui sépare la « saine fatigue » de l'épuisement – comme celle qui sépare le stress « positif » du stress « négatif » - renvoie, en termes de vécu, à l'écart qui sépare le « tenable » de l'« insoutenable ».

³⁵ Ce cumul fréquent de la « fatigue » et du « stress » renvoie aussi à la question sémantique du sens différentiel de ces deux notions, ou symptômes, chez les personnes interrogées. L'enquête qualitative fournira quelques éclairages sur ce point.

³⁶ A noter que dans l'enquête LEST, nous avons dédoublé la question posée en demandant aux personnes enquêtées de noter, d'une part, leur état de santé « physique », d'autre part leur état de santé « psychique ». Dans l'enquête Sumer, la question, unique, englobe ces deux aspects des effets potentiellement néfastes du travail.

- * les fonctionnaires font état d'une santé (perçue) moins bonne que les salariés en cdi et que les salariés précaires (qui ne se distinguent pas véritablement de ces derniers dans leurs notations) ;
- * l'ancienneté dans l'entreprise est aussi un facteur de dégradation de la santé perçue ;
- * par contre, ni la taille de l'établissement, ni la branche d'activité ne jouent un rôle significatif dans le niveau de notation de la santé.

Tableau 15

LOGIT : hypothèse nulle =	« mal » noter son état de santé	
Tous salariés	inflan	
	Pr	odds R
homme	ref	ref
femme	*	1,24
30 - 39 ans	ref	ref
<30 ans	*	0,91
40 - 49 ans	*	1,40
50 ans et +	*	1,92
ouvriers	ref	ref
cadres	*	0,57
pro.interm.	*	0,73
employé(e)s	*	0,86
cdi	ref	ref
fonctionnaire	*	1,31
précaire	ns	0,94
ancienneté 3 à 10 ans	ref	ref
ancienneté < =3ans	ns	0,94
ancienneté >10	*	1,21
50 à 499 salariés	ref	ref
1 à 49 salariés	*	0,93
500 salariés et +	ns	0,95
G Commerce, réparations automobile et d'articles domestiques	ref	ref
A Agriculture, chasse, sylviculture	ns	0,77
B Pêche, aquaculture, services annexes	ns	0,44
C Industries extractives	ns	1,28
D Industries manufacturières	ns	1,07
E Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau	ns	1,09
F Construction	ns	1,04
H Hôtels et restaurants	ns	1,17
I Transports et communications	ns	1,00
J Activités financières	ns	1,15
K Immobilier, location, services aux entreprises	ns	1,10
L Administration publique	ns	1,04
M Education	ns	1,09
N Santé et action sociale	ns	0,92
O Services collectifs, sociaux et personnels	ns	0,95
P Activités des ménages	ns	0,93
Q Activités extra-territoriales	ns	ns
Percent Concordant		61,0
Percent Discordant		38,2
Percent Tied		0,8

* p< 0,01 ; ns non statistiquement significatif.

L'état de santé tel qu'il est évalué par le salarié, mais aussi le caractère fatigant ou stressant de son travail ont partie liée avec sa propension à déclarer que la santé est en relation avec le travail (voir tableau 16 ci-dessous). Les enquêtés sont cohérents dans leur évaluation : ceux dont l'état de santé est plutôt médiocre, voire mauvais, ceux encore dont le travail est fatigant ou stressant, tendent à percevoir sensiblement plus souvent que les autres une relation entre travail et santé, et plus particulièrement une relation négative. Ceux qui lient positivement travail et santé établissent un lien significatif mais beaucoup moins fort que les autres avec leur état de santé ou le caractère fatigant/stressant du travail. En d'autres termes, les personnes en plus mauvaise santé ont une propension élevée à pointer du doigt le travail comme cause (tout au moins comme facteur) de leur état. Ceux qui considèrent le travail comme « bon pour la santé » sont moins influencés dans leur réponse par des considérations sur leur état de santé, de fatigue ou de stress.

Tableau 16

influ	santé perçue		fatigue		stress	
estimer une relation w/santé	mauvaise	bonne	w non fatigant	w fatigant	w non stressant	w stressant
oui	64,9	45,7	42,0	59,5	42,0	59,6
non	35,1	54,3	58,0	40,5	58,0	40,4
total	100	100	100	100	100	100
p (chi2)	<,0001		<,0001		<,0001	
coef.contingence	0,18		0,17		0,17	
infla	santé perçue		fatigue		stress	
estimer une relation négative w/santé	mauvaise	bonne	w non fatigant	w fatigant	w non stressant	w stressant
oui	45,4	18,1	15,3	36,0	15,6	36,0
non	54,6	81,9	84,7	64,0	84,4	64,0
total	100	100	100	100	100	100
p (chi2)	<,0001		<,0001		<,0001	
coef.contingence	0,28		0,22		0,22	
inflo	santé perçue		fatigue		stress	
estimer une relation positive w/santé	mauvaise	bonne	w non fatigant	w fatigant	w non stressant	w stressant
oui	19,5	27,6	26,8	23,5	26,4	23,7
non	80,6	72,4	73,3	76,6	73,6	76,3
total	100	100	100	100	100	100
p (chi2)	<,0001		<,0001		<,0001	
coef.contingence	0,09		0,04		0,03	

1-2-2 Etat de santé perçue et autres jugements sur le poste ou sur le travail

Dans l'auto-questionnaire SUMER, on peut relever trois autres questions éclairant de façon complémentaire la relation subjective entre le travail et la santé :

* la première demande au salarié si il est « *satisfait de (son) travail* », question relativement vague mais dont la réponse est susceptible de fournir une indication très générale sur son rapport son l'activité ou à son emploi (indicateur 'satis') ;

* la seconde l'interroge sur son éventuel changement de poste ou de travail depuis 12 mois en raison de son état de santé (indicateur 'changtra') ;

* la troisième « souhaitez-vous changer de poste ou de travail ? » (indicateur 'partir') permet aussi de connaître les raisons éventuelles de cette mobilité souhaitée (contenu du travail, risques du travail, organisation, ambiance, salaire, âge, sécurité d'emploi) ;

Les trois indicateurs sont statistiquement liés à l'appréciation subjective de la relation entre santé et travail et, mais dans une mesure un peu moindre, à l'appréciation de son état de santé (voir tableau 17 ci-après). Ce lien est particulièrement fort avec l'expression de satisfaction / insatisfaction du poste ou du travail en général (65% des individus non satisfaits jugent négatif le lien entre travail et santé et 59,6% d'entre eux déclarent un mauvais état de santé). On touche là une des dimensions essentielles de l'analyse : **la question de la santé est liée de près à celle de la satisfaction et du bien-être au travail.**

Tableau 17

lien travail / santé déclaré	pas satisfait du poste/w	satisfait du poste /w	a changé de w	n'a pas changé de w	souhaite partir	ne souhaite pas partir
pas de lien w/santé	26,3	50,8	32,9	48,3	38,5	52,5
lien positif	9,9	27,0	21,0	25,0	20,2	27,3
lien négatif	63,9	22,3	46,1	26,7	41,3	20,2
Total	100	100	100	100	100	100
p (chi2)	<.0001		<.0001		<.0001	
coef.contingence	0,30		0,09		0,22	
état de santé perçu	pas satisfait du poste/w	satisfait du poste /w	a changé de w	n'a pas changé de w	souhaite partir	ne souhaite pas partir
mauvais état de santé	59,1	31,6	58,4	34,1	40,7	32,3
bon état de santé	40,9	68,4	41,6	65,9	59,3	67,7
Total	100	100	100	100	100	100
p (chi2)	<.0001		<.0001		<.0001	
coef.contingence	0,19		0,11		0,08	

Les salariés qui ont changé de travail pour des raisons touchant à leur santé, comme ceux qui envisagent une mobilité professionnelle, jugent également de façon plus négative que les autres l'influence du travail sur leur santé. Les plus « pessimistes » de ce point de vue là sont indiscutablement les salariés qui ne supportent plus les risques liés à leur travail ou l'organisation du travail dans leur entreprise³⁷ (voir tableau 18 ci-dessous) .

³⁷ Il faut noter cependant que ces derniers sont peu nombreux : dans l'ordre des raisons de changer ou de ne pas changer de poste ou de travail, on trouve : le salaire (26,7%), l'âge (19%), la sécurité d'emploi (17,8%), l'ambiance de travail (15,7%), le contenu du travail (14,7%), l'organisation du travail (4,9%) et les risques du travail (1,4%).

Tableau 18

lien travail / santé	Raisons du souhait ou non de changer de poste ou de travail						
	contenu du w	risques du w	orga. du w	ambiance	salaire	âge	sécurité d'emploi
pas de lien w/santé	48,5	25,8	39,5	47,4	46,8	42,2	49,5
lien positif	26,3	17,2	22,7	27,1	22,4	21,6	25,8
lien négatif	25,2	57,0	37,8	25,5	30,8	36,2	24,7
Total	100	100	100	100	100	100	100
état de santé perçue	contenu du w	risques du w	orga. du w	ambiance	salaire	âge	sécurité d'emploi
mauvais état de santé	29,8	49,9	39,5	34,2	33,3	46,7	34,5
bon état de santé	70,3	50,1	60,5	65,8	66,8	53,3	65,5
Total	100	100	100	100	100	100	100

1-2-3 Etat de santé perçu, symptômes auto-déclarés et conditions psychiques du travail salarié

Trois autres indicateurs partiels traduisant néanmoins la cohérence interne des réponses à la question du rapport entre travail et santé ont pu être construits à partir de l'auto-questionnaire dans l'enquête SUMER. Ils ne traduisent pas directement l'appréciation de l'état de santé de la personne interrogée mais certains de ses symptômes. L'un ('**insom**') traduit une forme de préoccupation psychique du travail ; il se fonde sur la réponse à la question aq39 (« *il m'arrive de ne pas dormir parce que je pense à mon travail* »). Le second ('**vesd**') est élaboré à partir d'une sommation des réponses fournies aux questions aq911 à aq502 ; il indique si le salarié vit (ou a vécu) un certain nombre de situations difficiles en raison des comportements de son entourage de travail ou du public avec lequel il est éventuellement en contact. Le troisième ('**arret2**') est établi à partir du nombre de jours d'arrêts maladie et accident du travail déclarés par le salarié.

Les deux premiers symptômes d'empreinte du travail sur la santé et de déstabilisation de l'équilibre physique-psychique sont effectivement liés, dans la conscience-même des salariés, à leurs déclarations à l'enquête : la propension à se déclarer en mauvaise santé de la part de ceux dont le travail préoccupe les nuits ou fait endurer des face-à-face pénibles avec leur entourage est plus élevée que la moyenne. Ces deux situations induisent aussi l'exacerbation du vécu d'un lien négatif entre travail et santé. Quant aux accidents du travail et arrêts maladie, ils jouent également dans le sens d'une moins bonne évaluation de sa santé et de sa relation au travail. (voir tableau 19 ci-dessous).

Tableau 19

lien travail / santé	insom		vécu de situations difficiles		Arrêts de travail (maladie et AT) déclarés	
	insomnies	pas insomnie	aucune	une au moins	pas d'arrêt	un arrêt et plus
pas de lien w/santé	38,2	54,4	55,3	37,8	50,4	41,7
lien positif	25,9	23,9	25,1	24,4	26,2	21,7
lien négatif	35,9	21,7	19,7	37,8	23,4	36,6
Total	100	100	100	100	100	100
p (chi2)	<,0001		<,0001		<,0001	
coef.contingence	0,18		0,21		0,14	

état de santé perçue	insom		vécu de situations difficiles		Arrêts de travail (maladie, at) déclarés	
	insomnies	pas insomnie	aucune	une au moins	pas d'arrêt	un arrêt et plus
mauvais état de santé	44,8	28,2	29,6	43,2	31,1	45,0
bon état de santé	55,2	71,8	70,4	56,8	69,0	55,0
Total	100	100	100	100	100	100
p (chi2)	<.0001		<.0001		<.0001	
coef.contingence	0,17		0,14		0,13	

Sont particulièrement sensibles au rapport entre travail et santé, mais aussi à leur état de santé, les salariés soumis à des conditions psychiques du travail dégradées (Bué et Sandret, 2008) salariés victimes d'atteintes dégradantes (lorsque l'entourage « *laisse entendre que vous êtes mentalement dérangé* », ou « *vous dit des choses obscènes ou dégradantes* », ou « *vous fait des propositions à caractère sexuel de manière insistante* »), salariés objets de comportements méprisants (quand l'entourage « *vous ignore, fait comme si vous n'étiez pas là* », ou « *vous empêche de vous exprimer* » ou « *vous ridiculise en public* » ou « *tient sur vous des propos désobligeants* ») ou salariés souffrant d'un flagrant déni de reconnaissance (quand on « *Critique injustement votre travail* », on « *vous charge de tâches inutiles ou dégradantes* » ou on « *sabote votre travail, vous empêche de travailler correctement* »). A ces situations-là, finalement très répandues, correspondent généralement une santé et une relation travail/santé plutôt délétères, du stress, de la fatigue, des insomnies et un taux d'absentéisme plus élevé que la moyenne (voir tableau 20)

Tableau 20

VECU DE SITUATIONS DIFFICILES	atteintes dégradantes		déni de reconnaissance		comportements méprisants		cumuls des 3 atteintes	aucune atteinte
	oui	aucun	oui	aucun	oui	aucun		
% influence négative w/santé	50,3	26,5	42,9	23,4	41,1	22,5	55,9	21,1
% influence positive w/santé	21,8	24,9	22,7	25,4	23,7	25,2	19,9	25,3
% pas d' influence w/santé	28,0	48,6	34,4	51,3	35,3	52,3	24,2	53,6
% mauvais état de santé : note <= 7	57,7	34,4	47,3	32,3	46,8	31,3	60,9	30,2
% mauvais état de santé : note <=5	29,4	13,2	20,3	12,1	20,6	11,4	32,8	11,1
% souhaitant changer poste/travail	54,1	33,9	50,2	30,6	48,4	29,7	58,3	28,3
% ayant changé de w ou essayé/santé	13,1	4,4	7,7	3,9	7,8	3,6	14,5	3,4
% estimant travail plutôt fatigant (>=8)	39,1	27,2	35,5	25,6	33,8	25,4	44,5	24,8
% estimant travail plutôt fatigant (>=5)	69,1	58,8	68,0	56,9	65,7	56,9	73,1	55,9
% estimant travail plutôt stressant (>=8)	50,9	33,4	48,9	30,2	46,3	29,7	56,8	28,4
% estimant travail plutôt stressant (>=5)	71,6	58,3	73,8	54,8	71,1	54,3	76,5	52,9
% pas satisfait de mon travail	27,2	12,0	22,4	10,1	21,9	9,2	31,0	8,5
% ne pas dormir/ son travail	58,5	41,3	53,6	38,9	53,5	37,8	61,9	36,9
% au moins 1 arrêt de w/12 mois (Mal+AT)	51,3	31,1	39,6	29,9	40,2	28,9	53,0	28,4
% reconnaissance faible (chefs, collègues)	57,1	32,5	51,2	28,9	51,9	26,8	62,9	25,5
% charge psy peu compensée	68,6	42,6	62,2	38,8	60,9	37,3	74,6	35,6

1-2-4 Synthèse : la cohérence interne des jugements et des évaluations de la santé et du travail.

Dans ce chapitre ont été dégagés un certain nombre d'éléments déclaratifs qui paraissent *a priori* pertinents pour prévoir, en première approximation du moins, le rapport subjectif à la santé et à ses liens avec l'activité. Le recours à une nouvelle analyse Logit (tableau 21) confirme la grande cohérence des jugements recueillis, quels que soient le sexe, l'âge, la csp ou l'activité des salariés : l'expression du caractère fatigant, stressant ou préoccupant (la nuit en particulier) du travail paraît faire système avec le point de vue exprimé sur la relation travail/santé et avec l'auto-évaluation de son état de santé par le salarié. Toutes choses égales par ailleurs, le vécu de situations difficiles ou dangereuses influence aussi significativement ce point de vue. L'absentéisme maladie et/ou accident du travail reste en lien direct avec un vécu négatif de la relation travail/santé et avec l'état de santé auto-évalué. Autrement dit, ces différents modes d'expression de « nuisances » (physiques ou psychiques) du travail sont directement mis en rapport par les salariés avec la notion usuelle (langagière) de « santé au travail » ; sans même que soit véritablement engagé un diagnostic médical révélant un « problème de santé ». Est ainsi mise au jour la différence centrale entre une approche de la catégorie « santé » (catégorie ordinaire, langagière, non scientifique) fondée sur la subjectivité et le vécu des salariés et une autre qui se baserait sur des diagnostics médicaux (à forte base de subjectivité aussi) tentant d'établir un distinguo entre « normal » et « pathologique ». Ainsi, à la limite, l'expression d'un fort mal-être au travail (fatigue, stress, insomnie, insatisfaction au travail, etc.) peut correspondre aussi à un état de santé « normal » du point de vue de l'expertise médicale. Inversement, le diagnostic d'un état pathologique peut très bien correspondre à l'expression d'un épanouissement de l'individu par et dans le travail.

L'analyse Logit ci-après conforte aussi deux résultats déjà mis en lumière. D'une part l'irréductibilité d'un effet net du sexe, *ceteris paribus*, sur le jugement porté sur la relation travail/santé et sur l'auto-évaluation de l'état de santé. D'autre part la tendance nette des plus jeunes à vivre négativement cette relation, malgré un meilleur état de santé que les plus âgés .

Tableau 21

LOGIT : hypothèse nulle =	estimer une relation w/santé		estimer une relation négative w/santé		estimer une relation positive w/santé		mal noter son état de santé	
	p	odds	p	odds	p	odds	p	odds
Intercept	*		*		*		*	
homme								
femme	*	0,92	*	0,61	*	1,34	*	1,26
30 - 39 ans								
<30 ans	*	1,14	*	1,29	ns	0,96	*	0,82
40 - 49 ans	ns	0,95	*	0,87	ns	1,06	*	1,48
50 ans et +	ns	0,97	*	0,86	**	1,12	*	2,19
ouvriers								
cadres	*	1,27	*	0,70	*	1,95	*	0,55
pro.interm.	ns	0,96	*	0,60	*	1,59	*	0,69
employé(e)s	**	0,92	*	0,62	*	1,42	*	0,85
cdi								
fonctionnaire	ns	0,98	*	0,78	*	1,30	*	1,18
précaire	ns	1,01	*	0,81	*	1,21	ns	1,08
ancienneté 3 à 10 ans								
ancienneté < =3ans	ns	1,06	*	0,88	*	1,18	ns	1,01
ancienneté >10	ns	1,02	*	1,19	*	0,89	*	1,18
50 à 499 salariés								
1 à 49 salariés	ns	1,03	*	0,87	*	1,13	ns	1,02
500 salariés et +	*	1,18	*	1,36	**	0,91	*	0,88
industrie								
agriculture	**	1,37	ns	0,94	*	1,62	***	0,78
construction	*	1,52	*	1,29	*	1,39	ns	0,97
tertiaire	*	1,12	**	1,10	***	1,07	ns	0,95
w peu fatigant								
w fatigant	*	1,60	*	2,19	ns	0,95	**	0,93
w peu stressant								
w stressant	*	1,30	*	1,82	*	0,86	*	1,19
satisfait de son w								
pas satisfait de son w	*	1,91	*	3,63	*	0,34	*	1,72
ne souhaite pas partir								
souhaite partir	*	1,31	*	1,71	*	0,83	*	1,15
état santé a.e.plutôt bon								
état santé a.e.plutôt mauvais	*	1,73	*	2,73	*	0,72	-	-
le w n'influence pas négativt la santé								
le travail influence négativt la santé	-	-	-	-	-	-	*	2,57
pas d'insomnies								
insomnies	*	1,49	*	1,43	*	1,20	*	1,63
pas d'arrêt de w								
1 arrêt de w et plus	*	1,19	*	1,43	*	0,89	*	1,58
pas vécu sit.difficiles/dang.								
a vécu sit. difficiles/dang.	*	1,47	*	1,54	*	1,11	*	1,29
Percent Concordant		68,8		80,0		64,5		72,0
Percent Discordant		30,9		19,8		34,9		27,8
Percent Tied		0,3		0,2		0,6		0,3

*** p<0,10 ; **p< 0,05 ; * p< 0,01 ; ns non statistiquement significatif.

1-3 Relation travail / santé, santé perçue et temporalités du travail.

La façon de percevoir son état de santé et le lien qu'il entretient avec le travail sont-ils liés aux conditions temporelles du travail (durées, rythmes, amplitude, régularité, prévisibilité des horaires, structure temporelle de l'alternance travail/repos, etc.) ? De longue date, sociologues, psychosociologues et médecins du travail ont pointé certains effets négatifs sur la santé du travail posté, du travail de nuit ou d'autres éléments temporels (Cf. W. Grossin ; S.Volkoff/P.Molinié ; P.Sivadon/A.Fernandez-Zoila...). Pour autant, la question reste de savoir ici si les salariés soumis à des conditions temporelles du travail particulièrement sévères prennent la mesure subjective de leurs effets sur la santé.

L'enquête SUMER permettait de tester les relations statistiques éventuelles entre d'une part les indicateurs de perception de la relation travail/santé et d'auto-évaluation de l'état de santé et d'autre part un certain nombre d'indicateurs de conditions temporelles du travail : durée hebdomadaire ; amplitude journalière du temps de travail ; type de temps de travail (temps complet, temps partiel choisi, temps partiel contraint) ; travail posté, travail du samedi, du dimanche, de nuit ; prévisibilité des horaires (journalière, hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle) ; degré de variabilité hebdomadaire ou journalière des horaires de travail ; récurrence des dépassements d'horaires ; prise des 48 heures de repos hebdomadaires ; fractionnement de la journée de travail.

Les tris croisés entre ces deux séries d'indicateurs et les tests du Chi2 correspondants font apparaître un lien statistique significatif, mais le plus souvent « faible », entre la perception de la relation travail/santé ou la santé perçue et les caractéristiques du temps de travail. Les influences les plus robustes sur ces déclarations subjectives tiennent en fait au travail de nuit, au travail du dimanche et au travail en équipe (sensiblement corrélés entre eux, d'ailleurs).

La propension à estimer une relation négative entre le travail et la santé réagit plus fortement aux conditions de travail plus difficiles (travail de nuit, de dimanche ou posté) que les autres indicateurs, à l'exception du jugement sur le caractère plus ou moins « fatigant » du travail. La santé perçue n'est que peu affectée par ces circonstances spécifiques du travail, pas beaucoup plus que le jugement sur le caractère stressant du travail.

Tableau 22

	Estimer une relation w/santé	Estimer une relation négative w/santé	Estimer une relation positive w/santé	Mal noter son état de santé	Estimer son travail fatigant	Estimer son travail stressant	Ne pas être satisfait de son travail
+40 nuit	59,3	41,4	17,9	37,3	71,2	59,2	14,8
-40 nuit	51,7	26,2	25,5	35,3	58,1	58,9	12,5
Chi-2	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001
Coefficient de contingence	0,04	0,10	0,05	0,01	0,08	0,00	0,02
Ne travaille pas en équipe	51,8	25,8	26,0	34,6	57,7	59,1	11,9
Travaille en équipe	55,5	37,9	17,7	40,5	68,1	57,6	17,2
Chi-2	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001
Coefficient de contingence	0,03	0,10	0,07	0,04	0,07	0,01	0,06
+ de 18 dimanches /an	57,7	34,2	23,5	36,2	70,9	62,3	14,8
- de 18 dimanches / an	51,7	26,8	24,9	35,4	57,9	58,5	12,5
Chi-2	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001
Coefficient de contingence	0,04	0,05	0,01	0,01	0,08	0,02	0,02

Un indicateur de cumul de « pénibilités temporelles » (ctt et syntt) a été construit à partir des réponses des salariés à chacune des questions concernant les conditions temporelles du travail. A chaque réponse individuelle correspond la valeur 0 ou 1 selon le degré de pénibilité estimé *a priori* de la situation temporelle. Ces valeurs incrémentent un compteur qui cumule finalement les valeurs attribuées aux réponses à 16 questions.

Tableau 23

ctt : Indicateur de cumul de conditions temporelles difficiles	Estimer une relation w/santé	Estimer une relation négative w/santé	Estimer une relation positive w/santé	Mal noter son état de santé	Estimer son travail fatigant	Estimer son travail stressant	Ne pas être satisfait de son travail	% de salariés (total colonne =100)
Nombre de Cdtts difficiles								
1	44,2	21,3	22,9	37,6	44,1	44,9	13,5	5,5
2	46,0	20,4	25,6	34,2	48,9	46,3	11,6	13,0
3	49,1	24,8	24,3	35,1	55,3	52,6	12,2	17,1
4	50,6	25,7	24,8	34,7	56,6	57,5	11,5	16,3
5	54,5	29,3	25,2	36,7	62,8	65,0	12,4	13,9
6	55,2	29,5	25,8	33,2	64,1	62,7	14,6	10,1
7	56,8	32,4	24,4	35,2	64,3	64,3	13,3	8,5
8	57,1	32,6	24,5	39,0	68,6	68,3	14,0	6,4
9	61,1	35,8	25,3	37,3	71,9	73,2	14,6	4,5
10	61,0	39,1	21,9	36,9	74,0	74,2	13,9	2,8
11	64,6	39,8	24,9	39,0	71,6	74,2	12,7	1,2
12	67,7	35,2	32,5	25,9	77,6	81,2	15,1	0,5
13	59,9	34,8	25,2	39,9	91,0	78,6	14,3	0,3
14	89,5	80,0	9,5	69,8	90,5	71,0	24,2	0,1
Khi-2	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	tot 100
Coefficient de contingence	0,10	0,11	0,03	0,04	0,16	0,17	0,03	
syntt : Indicateur synthétique de cumul de conditions temporelles difficiles								
3 et moins	47,2	22,6	24,5	35,1	51,2	49,1	12,1	35,6
4 à 6	53,1	27,9	25,2	35,0	60,6	61,4	12,6	40,2
7 et plus	58,9	34,4	24,5	36,9	68,9	69,2	13,8	24,2
Khi-2	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001	tot 100
Coefficient de contingence	0,09	0,10	0,01	0,02	0,14	0,16	0,02	

Indicateurs de cumul des pénibilités temporelles : les « pénibilités temporelles » retenues

Preennent la valeur 1 dans le calcul de l'indicateur : une durée hebdomadaire supérieure à 38 heures ; une amplitude journalière supérieure à 9 heures ; 18 samedis ou plus travaillés dans l'année ; 18 dimanches ou plus travaillés dans l'année ; plus de 40 nuits travaillées par an ; le fait de travailler en équipe ; avoir des horaires de travail journaliers variables ; la détermination des horaires de travail par l'entreprise sans possibilité de les modifier ; la non connaissance des horaires du lendemain ; la non connaissance des horaires de la semaine suivante ; la non connaissance des horaires du mois suivant ; la non connaissance des horaires des trois mois à venir ; effectuer toujours ou souvent un travail effectif supérieur à l'horaire effectivement prévu ; ne pas avoir un repos d'au moins 48 heures consécutives au cours de la semaine ; être tenu par des contraintes ; avoir une durée du travail variable selon les semaines.

Trois éléments d'évaluation subjective de la santé au travail sont plus particulièrement sensibles au cumul de pénibilités temporelles du travail : le sentiment de stress, le sentiment de fatigue et la perception d'une relation négative entre travail et santé. En revanche, la santé perçue, comme la satisfaction au travail, paraissent peu influencées par ces conditions spécifiques du travail. On retrouve ces principaux résultats dans les analyses « toutes choses égales par ailleurs » (Logit, tableau 24).

Tableau 24

LOGIT : hypothèse nulle =	Estimer une relation w/santé		Estimer une relation négative w/santé		Estimer une relation positive w/santé		Mal noter son état de santé	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*		*	
homme								
femme	**	1,07	*	0,84	*	1,32	*	1,27
30 - 39 ans								
<30 ans	*	1,12	*	1,22	ns	0,95	*	0,89
40 - 49 ans	ns	1,03	ns	0,99	ns	1,04	*	1,42
50 ans et +	ns	1,06	ns	0,99	**	1,10	*	1,98
ouvriers								
cadres	**	1,15	*	0,76	*	1,66	*	0,62
pro.interm.	ns	1,00	*	0,74	*	1,46	*	0,77
employé(e)s	ns	0,92	*	0,72	*	1,34	**	0,90
cdi								
fonctionnaire	ns	1,05	**	0,87	*	1,31	**	1,15
précaire	ns	0,96	*	0,73	*	1,30	***	0,90
ancienneté 3 à 10 ans								
ancienneté <=3ans	ns	0,98	*	0,83	*	1,19	***	0,94
ancienneté >10	**	1,09	*	1,24	*	0,88	*	1,23
50 à 499 salariés								
1 à 49 salariés	ns	0,98	*	0,86	*	1,13	ns	0,96
500 salariés et +	**	1,09	*	1,13	ns	0,96	ns	0,95
industrie								
agriculture	ns	1,18	ns	0,79	*	1,62	**	0,72
construction	*	1,45	**	1,18	*	1,40	ns	0,96
tertiaire	***	1,06	ns	1,02	ns	1,07	ns	0,95
temps complet								
temps partiel choisi	ns	1,02	ns	1,01	ns	1,01	ns	0,96
temps partiel contraint	ns	0,99	ns	1,05	ns	0,93	ns	1,05
durée hebdo <=38 h.								
durée hebdo >38 h.	*	1,11	*	1,09	***	1,06	ns	1,00
amplitude jour. <= 9 h.								
amplitude jour. > 9 h.	*	1,16	*	1,22	ns	1,00	*	1,09
ne w pas en équipe								
travaille en équipe	**	1,10	*	1,27	*	0,82	*	1,19
<= 18 dimanches / an								
> 18 dimanches /an	*	1,18	*	1,32	***	0,90	***	0,91
<= 18 samedis / an								
> 18 samedis /an	ns	1,03	ns	0,94	**	1,11	*	0,88

LOGIT : hypothèse nulle = (suite)	Estimer une relation w/santé		Estimer une relation négative w/santé		Estimer une relation positive w/santé		Mal noter son état de santé	
<= 40 nuits / an								
> 40 nuits par an	*	1,29	*	1,41	*	0,84	ns	0,97
horaires jour. identiques								
horaires jour. différents	*	1,26	*	1,36	ns	0,96	**	1,09
horaires déterminés/entr.								
horaires avec choix	*	0,85	*	0,74	**	1,10	*	0,88
horaires auto-déterminés	*	0,88	*	0,67	*	1,25	*	0,74
travail = horaire prévu								
travail > horaire prévu	*	1,35	*	1,42	ns	1,02	*	1,28
a 48h. / repos hebdo								
n'a pas 48h. repos hebdo	ns	1,06	ns	1,07	ns	1,02	*	1,18
n'a pas d'astreintes								
a des astreintes	ns	1,04	**	1,12	***	0,92	***	0,92
durée w hebdo fixe								
durée w hebdo variable	**	1,08	ns	1,04	***	1,08	ns	0,98
1 période de w / jour								
2 périodes w / jour ou +	ns	1,01	ns	1,00	ns	1,03	ns	1,02
prévisibilité/ hor. jour								
pas prévisibilité jour	**	0,83	ns	0,90	ns	0,89	ns	0,99
prévisibilité/ hor. mois								
pas prévisibilité mois	ns	1,03	***	1,12	ns	0,93	ns	1,03
prévisibilité/ hor. hebdo.								
Pas prévisibilité hebdo	ns	1,05	ns	1,02	ns	1,04	ns	1,07
prévisibilité/ hor. trim								
pas prévisibilité trim.	ns	1,06	ns	1,06	ns	1,02	**	1,12
Percent Concordant		58,6		64,3		60,8		62,2
Percent Discordant		40,7		35,2		38,4		37,2
Percent tied		0,7		0,5		0,8		0,5

*** p<0,10 ; **p<0,05 ; * p<0,01 ; ns non statistiquement significatif.

Au delà des effets « nets » du sexe, de la tranche d'âge « moins de 30 ans », de la CSP, de la précarité d'emploi, de la taille de l'établissement et de l'ancienneté dans l'établissement, les variables temporelles influencent, dans l'ensemble, les jugements sur la relation travail / santé et sur l'état de santé. Le travail de nuit, le travail du dimanche, le travail posté, mais aussi la variabilité des horaires quotidiens, le désajustement entre le travail à faire et les horaires officiels, ou encore l'amplitude de la journée de travail jouent sensiblement sur la perception d'une relation négative entre le travail et la santé ; beaucoup moins sur l'auto-évaluation de l'état de santé, qui reste influencée de façon dominante par l'âge, par le sexe et, dans une moindre mesure, par des dépassements d'horaires fréquents, l'absence de récurrence dans la prise de repos hebdomadaires de 48 heures consécutives et la pratique du travail posté.

Au moyen d'une autre batterie d'analyses Logit (tableau 25), on établit aussi que les conditions temporelles du travail jouent un rôle plus « indirect » sur la santé des salariés (plus exactement sur un concept de santé élargi) en ce qu'elles affectent les sensations de fatigue ou de stress, l'absentéisme pour maladie ou accident du travail, la préoccupation nocturne du travail (« insomnie ») et, moins souvent, la satisfaction du travail ou du poste de travail.

Plusieurs résultats se dégagent de ces analyses :

* La sensation de fatigue est plus attachée à la condition ouvrière ; celle de stress aux catégories cadres et professions intermédiaires. En même temps, ça n'est pas dans l'industrie, mais dans le bâtiment et dans le secteur tertiaire que le travail est le plus souvent associé à un seuil élevé de fatigue. Le sexe et l'âge n'influencent pas significativement ces deux indicateurs. Le temps partiel, même si il est choisi est plus souvent associé à un travail fatigant et stressant que le temps complet. Les longues journées ou semaines de travail sont généralement associées à plus de fatigue et de stress, ainsi que le travail en équipe. En revanche, le travail de nuit comme le travail du dimanche sont vécus comme plus fatigants, mais pas nécessairement plus stressants (sans doute, moindre présence et moindre pression de l'encadrement sur les salariés dans ces temporalités a-typiques, etc.). La variabilité des horaires journaliers et hebdomadaires accroît aussi bien la fatigue que le stress. Mais c'est dans les situations où « le travail effectif est supérieur à l'horaire officiellement prévu » que les indicateurs de stress et de fatigue « décollent » le plus.

Tableau 25

LOGIT : hypothèse nulle =	estimer son travail plutôt fatigant		estimer son travail plutôt stressant		être plutôt insatisfait de son travail		ne pas dormir (penser à son travail)		avoir eu au moins 1 arrêt de travail / an	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	ns		*		*		*		*	
homme										
femme	ns	1,00	ns	1,05	***	1,09	*	1,50	*	1,34
30 – 39 ans										
<30 ans	ns	0,98	ns	0,97	ns	0,97	*	0,72	*	1,41
40 – 49 ans	**	1,09	ns	1,00	*	1,17	*	1,26	*	0,86
50 ans et +	**	1,11	***	0,93	*	1,20	*	1,38	*	0,83
ouvriers										
cadres	*	0,78	*	2,57	*	0,70	*	1,56	*	0,59
pro.interm.	*	0,74	*	2,06	ns	0,94	*	1,70	*	0,74
employé(e)s	*	0,68	*	1,38	ns	1,01	*	1,28	*	0,88
cdi										
fonctionnaire	*	1,48	**	1,15	ns	1,13	**	1,15	ns	1,04
précaire	ns	0,96	*	0,63	*	0,70	ns	0,93	*	0,86
ancienneté 3 à 10 ans										
ancienneté < =3ans	*	0,84	*	0,76	ns	0,93	*	0,88	ns	0,96
ancienneté >10	ns	1,05	*	1,17	ns	1,09	*	1,15	ns	0,97
50 à 499 salariés										
1 à 49 salariés	*	0,90	**	0,93	*	0,85	***	1,06	*	0,78
500 salariés et +	ns	0,96	ns	1,01	***	0,91	ns	0,95	*	1,25
industrie										
agriculture	**	1,34	*	0,62	**	0,63	***	0,80	ns	1,01
construction	*	1,39	**	0,86	*	0,60	ns	1,10	ns	0,98
tertiaire	*	1,15	ns	1,05	ns	0,96	*	0,84	ns	0,95
temps complet										
temps partiel choisi	*	1,10	***	1,06	ns	1,03	ns	0,95	ns	1,00
temps partiel contraint	ns	1,00	ns	0,99	**	1,15	ns	0,97	ns	0,96

LOGIT (suite)	estimer son travail plutôt fatigant		estimer son travail plutôt stressant		être plutôt insatisfait de son travail		ne pas dormir (penser à son travail)		avoir eu au moins 1 arrêt de travail / an	
durée hebdo <=38 h.										
durée hebdo >38 h.	*	1,20	*	1,20	ns	0,99	*	1,19	***	0,95
amplitude jour. <= 9 h.										
amplitude jour. > 9 h.	*	1,17	*	1,29	***	1,08	*	1,11	*	1,11
ne w pas en équipe										
travaille en équipe	*	1,26	*	1,22	*	1,23	ns	1,02	**	1,10
<= 18 dimanches / an										
> 18 dimanches /an	*	1,31	ns	0,95	ns	1,04	***	0,91	ns	1,04
<= 18 samedis / an										
> 18 samedis /an	*	1,17	**	1,11	*	0,81	ns	0,99	ns	0,93
<= 40 nuits / an										
> 40 nuits par an	*	1,24	ns	0,98	***	0,89	ns	0,96	ns	0,96
horaires jour.identiques										
horaires jour.différents	*	1,30	*	1,20	ns	1,05	ns	1,00	*	1,11
horaires déterminés/entr.										
horaires avec choix	*	0,77	ns	0,94	***	0,86	ns	0,99	ns	1,01
horaires auto-déterminés	*	0,76	*	0,88	*	0,62	ns	1,01	*	0,71
travail = horaire prévu										
travail > horaire prévu	*	1,59	*	1,98	*	1,18	*	1,62	*	0,90
a 48h. / repos hebdo										
n'a pas 48h. repos hebdo	**	1,13	ns	1,05	**	1,14	***	1,14	ns	0,97
n'a pas d'astreintes										
a des astreintes	**	1,11	ns	1,07	**	0,86	ns	1,07	ns	1,07
durée w hebdo fixe										
durée w hebdo variable	*	1,11	*	1,15	ns	0,96	*	1,15	ns	0,98
1 période de w / jour										
2 périodes w / jour ou +	ns	1,09	ns	0,95	ns	0,98	ns	1,07	ns	0,94
prévisibilité/ hor. jour										
pas prévisibilité jour	**	0,85	**	0,83	ns	0,88	ns	1,04	ns	0,88
prévisibilité/ hor. mois										
pas prévisibilité mois	ns	0,96	ns	1,07	**	1,18	**	1,15	ns	1,04
prévisibilité/ hor. hebd.										
pas prévisibilité hebdo	ns	1,04	ns	1,08	ns	1,15	ns	1,06	ns	1,03
prévisibilité/ hor. trim										
pas prévisibilité trim.	*	1,25	*	1,15	ns	1,11	ns	0,96	ns	1,04
Percent Concordant		63,6		68,1		59,4		64,9		61,4
Percent Discordant		35,9		31,5		39,3		34,7		38,0
Percent Tied		0,5		0,3		1,3		0,4		0,6

*** p<0,10 ; **p<0,05 ; * p<0,01 ; ns non statistiquement significatif.

* Les deux autres indicateurs du contexte dans lequel se jouent les problèmes de santé (l'absentéisme maladie/accident du travail et les insomnies liées à la préoccupation du travail) sont eux, en revanche, très liés à l'âge et au sexe des salariés : les femmes ont un absentéisme maladie supérieur à celui des hommes – mais un taux d'accidents du travail inférieur – et déclarent plus souvent que les hommes « *qu'il (leur) arrive de ne pas dormir parce qu' (elles) pense(nt) à leur travail* ». Ce qui n'est pas le cas des plus jeunes (moins de 30 ans, quel que soit leur sexe) qui sont pourtant en revanche plus soumis aux arrêts maladie et accidents du travail que les plus âgés. On ne peut éviter de mettre ce

résultat en rapport avec la place des femmes dans la vie domestique et familiale et aux charges particulières qui leurs sont généralement assignées (la « double » journée de travail, etc...). Par ailleurs les effets de la CSP et dans une moins mesure du statut (on note en particulier le faible absentéisme des plus « précaires », sans doute plus contraints que les autres à « aller au travail » coûte-que-coûte) jouent sur ces deux variables. Les problèmes d'insomnies sont liés d'assez près aux durées quotidiennes et hebdomadaires du temps de travail, mais surtout aux désajustements entre charge de travail et horaires attribués pour la réaliser. En revanche, l'absentéisme maladie/AT n'est lié de près qu'aux fortes amplitudes journalières du temps de travail et à la variabilité des horaires quotidiens.

* La possibilité de déterminer soi-même ses horaires de travail – autrement dit, le fait de se sentir « responsable » de son travail et de la manière d'accomplir sa tâche, ce qui est pourrait être le propre de la « professionnalité » - joue toujours très nettement comme un élément régulateur du contexte de santé, c'est à dire positivement, aussi bien sur la fatigue que sur le stress ou l'absentéisme. Il influence aussi très fortement la satisfaction au travail.

* « *Dans l'ensemble je suis satisfait de mon travail* » : on peut s'interroger sur la portée réelle des appréciations portées par les salariés sur cette proposition. Mais, elle constitue, dans l'enquête SUMER, à peu près la seule question qui puisse au moins « flirter » avec celle du sens qu'il y a à se lever le matin pour se rendre à son poste de travail. Sans qu'il soit certain pour autant que la réponse fournie ne soit pas qu'une simple rationalisation *ex post* du fait que, faute de mieux, puisqu'il faut bien gagner sa vie, autant « positiver » le fait d'« avoir ce boulot », etc. En tout cas, les femmes et les salariés les plus anciens paraissent plus souvent que les autres plutôt « insatisfaits » de leur travail (ou de leur « poste de travail », ce qui n'est pas précisé dans la question) ; de la même manière, les ouvriers et employés le sont plus souvent que les cadres et professions intermédiaires. En revanche – et ce résultat étaye quelque peu les craintes qui viennent d'être formulées sur le sens de la question - , pour les salariés en emploi précaire « tout baigne » ! D'un autre côté, on peut constater que, de manière beaucoup plus cohérente, les salarié(e)s à temps partiel contraint et ceux qui travaillent en équipe sont plutôt insatisfait(e)s de leur travail. Joue encore dans ce sens le fait que le travail effectif ne puisse être effectué dans le cadre de l'horaire prévu.

* On constate enfin que, *ceteris paribus*, l'indicateur construit de cumul de pénibilités temporelles (voir tableau 26 ci-dessous) est en corrélation forte avec chacune des variables d'évaluation subjective de la santé, du travail, et de leur rapport : être soumis à plus de 7 contraintes temporelles fait plus que doubler la propension à déclarer une relation négative entre travail et santé ou exercer un travail considéré plutôt fatigant ou stressant. Seul l'absentéisme n'est pas influencé par le cumul de contraintes de ce type.

Tableau 26

LOGIT : hypothèse nulle =	estimer une relation w/santé		estimer une relation négative w/santé		estimer une relation positive w/santé		mal noter son état de santé		estimer son travail plutôt fatigant		estimer son travail plutôt stressant		être plutôt insatisfait de son travail		ne pas dormir (penser à son travail)		avoir eu au moins 1 arrêt de travail / an	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*		*		*		*		*		*		*	
homme																		
femme	ns	1,04	*	0,80	*	1,32	*	1,28	ns	0,96	ns	1,02	**	1,11	*	1,45	*	1,34
30 – 39 ans																		
<30 ans	*	1,12	*	1,23	ns	0,94	**	0,90	ns	1,00	ns	0,97	ns	0,99	*	0,72	*	1,43
40 – 49 ans	ns	1,02	ns	0,98	ns	1,05	*	1,42	***	1,07	ns	0,99	*	1,15	*	1,26	*	0,85
50 ans et +	ns	1,05	ns	0,97	**	1,11	*	1,95	***	1,08	**	0,91	*	1,18	*	1,39	*	0,81
ouvriers																		
cadres	*	1,16	*	0,64	*	2,11	*	0,56	*	0,74	*	3,26	*	0,55	*	2,11	*	0,47
pro.interm.	ns	0,99	*	0,66	*	1,65	*	0,73	*	0,70	*	2,27	*	0,83	*	1,94	*	0,68
employé(e)s	**	0,92	*	0,68	*	1,44	*	0,85	*	0,68	*	1,40	ns	0,92	*	1,30	*	0,86
cdi																		
fonctionnaire	ns	1,08	ns	0,91	*	1,27	*	1,18	*	1,62	**	1,14	**	1,20	***	1,11	ns	1,05
précaire	ns	0,94	*	0,74	*	1,25	ns	0,96	ns	0,94	*	0,62	*	0,77	ns	0,91	**	0,88
ancienneté 3 à 10 ans																		
ancienneté < =3ans	ns	0,99	*	0,84	*	1,19	ns	0,95	*	0,85	*	0,77	ns	0,94	*	0,89	ns	0,95
ancienneté >10	**	1,08	*	1,24	*	0,87	*	1,23	ns	1,04	*	1,16	ns	1,09	*	1,14	ns	0,99
50 à 499 salariés																		
1 à 49 salariés	ns	0,97	*	0,82	*	1,18	***	0,95	*	0,90	**	0,94	*	0,82	*	1,10	*	0,74
500 salariés et +	*	1,14	*	1,25	**	0,90	***	0,93	ns	1,02	ns	1,00	***	0,91	*	0,89	*	1,31
industrie																		
agriculture	ns	1,13	**	0,71	*	1,76	*	0,68	***	1,24	*	0,63	**	0,59	ns	0,86	ns	0,98
construction	*	1,46	**	1,17	*	1,46	ns	0,97	*	1,38	ns	0,93	*	0,61	**	1,17	ns	1,01
tertiaire	**	1,07	ns	1,02	**	1,08	**	0,93	*	1,18	ns	1,03	ns	0,93	*	0,82	ns	0,96
<3 contraintes temporelles																		
3 à 6 contr. temporelles	*	1,30	*	1,38	ns	1,03	*	1,14	*	1,50	*	1,56	*	1,12	*	1,29	ns	1,04
7 contr. temporelles et +	*	1,78	*	2,14	**	0,92	*	1,30	*	2,40	*	2,17	*	1,21	*	1,54	ns	1,02
Percent Concordant		57,1		62,3		59,9		61,3		61,3		66,7		57,2		63,5		60,5
Percent Discordant		42,0		37,0		39,0		38,0		38,1		32,8		41,0		36,0		38,8
Percent Tied		0,9		0,7		1,0		0,7		0,6		0,6		1,8		0,5		0,7

*** p<0,10 ; **p< 0,05 ; * p< 0,01 ; ns non statistiquement significatif.

1-4 Risques professionnels, relation travail - santé et santé perçue

Les risques professionnels encourus par les salariés – « objectivés » ou plutôt signalés par les avis des médecins du travail – influencent-ils l'auto-évaluation de leur état de santé et le jugement qu'ils portent sur sa relation avec le travail ? Ont-ils un effet négatif sur la fatigue, le stress et les autres indices de terrains plus ou moins défavorables à la santé ?

1-4-1 Quelques repères méthodologiques sur les risques professionnels dans l'enquête SUMER

Pour répondre – au moins grossièrement - à cette question, nous avons confronté les grandes rubriques de risques retenus par l'enquête SUMER aux différentes évaluations subjectives des salariés. La réponse fournie à ce niveau restera donc « grossière » dans la mesure où n'ont été introduits dans l'analyse ni les taux ni les durées d'exposition aux contraintes physiques, aux agents biologiques ou aux agressions chimiques : les différents

indicateurs de risque sont fondés sur le simple fait que le salarié soit ou non – selon le médecin du travail - exposé à chaque risque, sans intégrer le constat qu'il le soit peu ou beaucoup, pendant une longue ou une courte durée hebdomadaire ni – ce qu'il serait possible de faire – si son poste de travail est équipé ou non de protections collectives ou individuelles.

On peut faire l'hypothèse que les résultats présentés sont « minimalistes » dans la mesure où les salariés les plus exposés et/ou ceux qui le sont le plus longtemps sont beaucoup plus négatifs sur leur état de santé et sur la relation travail/santé que les autres. On peut fonder cette hypothèse sur quelques exemples concernant l'exposition aux contraintes physiques du travail (tableau 27).

Tableau 27

	% estimant une relation négative w/santé	% notant mal son état de santé
Ensemble des salariés	27,6	35,5
Manutention manuelle de charges		
1 : < 2 heures	28,5	35,9
2 : 2 à < 10 heures	31,4	36,8
3 : 10 à < 20 heures	36,8	40,3
4 : 20 heures ou plus	38,5	41,5
Position debout		
1 : < 2 heures	26,9	33,0
2 : 2 à < 10 heures	30,1	38,2
3 : 10 à < 20 heures	28,4	35,8
4 : 20 heures ou plus	31,9	38,0
Déplacement à pied		
1 : < 2 heures	28,3	34,8
2 : 2 à < 10 heures	29,9	37,9
3 : 10 à < 20 heures	31,9	35,2
4 : 20 heures ou plus	33,4	37,7
Position à genoux		
1 : < 2 heures	33,4	38,9
2 : 2 à < 10 heures	37,1	37,5
3 : 10 à < 20 heures	43,1	36,7
4 : 20 heures ou plus	44,5	43,9
Position fixe de tête et cou		
1 : < 2 heures	32,4	35,2
2 : 2 à < 10 heures	30,5	35,6
3 : 10 à < 20 heures	25,3	34,5
4 : 20 heures ou plus	26,5	37,0
Ensemble des salariés	27,6	35,5
Maintien du bras en l'air		
1 : < 2 heures	34,5	39,7
2 : 2 à < 10 heures	37,5	39,8
3 : 10 à < 20 heures	36,6	37,2
4 : 20 heures ou plus	35,0	41,2

Tableau 27 (suite)	% estimant une relation négative w/santé	% notant mal son état de santé
Autres contraintes posturales		
1 : < 2 heures	32,1	39,1
2 : 2 à < 10 heures	36,9	38,4
3 : 10 à < 20 heures	37,2	40,9
4 : 20 heures ou plus	38,2	39,3
Répétition du même geste		
1 : < 2 heures	38,7	41,3
2 : 2 à < 10 heures	35,8	41,6
3 : 10 à < 20 heures	31,3	38,2
4 : 20 heures ou plus	37,4	43,5
Temps de cycle < 1 mn en cas de gestes répétitifs		
1 : < 2 heures	37,2	38,0
2 : 2 à < 10 heures	34,4	41,5
3 : 10 à < 20 heures	37,0	38,7
4 : 20 heures ou plus	37,9	46,3
Outils transmettant des vibrations aux membres supérieurs		
1 : < 2 heures	32,4	33,9
2 : 2 à < 10 heures	39,4	37,4
3 : 10 à < 20 heures	43,7	42,4
4 : 20 heures ou plus	44,8	42,1
Vibrations créées par des installations fixes		
1 : < 2 heures	34,2	31,9
2 : 2 à < 10 heures	41,5	41,0
3 : 10 à < 20 heures	29,6	32,9
4 : 20 heures ou plus	42,6	43,3
Conduite de machine mobile sur lieu travail		
1 : < 2 heures	35,6	34,5
2 : 2 à < 10 heures	36,8	34,4
3 : 10 à < 20 heures	32,5	30,9
4 : 20 heures ou plus	30,6	33,1
Conduite sur la voie publique		
1 : < 2 heures	26,8	33,3
2 : 2 à < 10 heures	29,1	32,9
3 : 10 à < 20 heures	29,2	34,2
4 : 20 heures ou plus	29,6	33,1

Dans l'enquête SUMER, les risques professionnels décrits par le salarié et par le médecin du travail sont regroupés en quatre grandes rubriques, elles-mêmes subdivisées en catégories plus fines :

* les « contraintes organisationnelles et relationnelles » rassemblent : les contraintes temporelles – qui ont été examinées au chapitre précédent - ; les contraintes de rythme dans le travail ; le degré d'autonomie et la marge d'initiative au poste de travail ; les ressources sur lesquelles peut compter le salarié (soutien « social », mais aussi moyens matériels de travail) pour effectuer correctement son travail ; les contraintes relationnelles nées du contact avec le public ;

* les contraintes d'« ambiance et contraintes physiques », dont on retient ici quelques grandes rubriques : exposition à des nuisances sonores ; exposition à des nuisances thermiques ; exposition aux radiations ou au rayonnement ; travail en air et espace contrôlé ; contraintes visuelles ; manutention manuelle de charges ; contraintes posturales et articulaires ; travail avec machines et outils vibrants ; travail avec conduite ;

- * les expositions à des agents biologiques, délibérées ou potentielles ;
- * les expositions à des agents chimiques (au cours de la dernière semaine travaillée).³⁸

<p>Indicateurs synthétiques d'exposition aux risques professionnels utilisés dans le rapport</p> <p>1/ Concernant les contraintes organisationnelles et relationnelles :</p> <p>a – <u>Un indicateur de cumul de contraintes de rythme</u> (ou contraintes temporelles dans le travail) : Prennent la valeur 1 dans le calcul de l'indicateur 'rythme' les situations où le rythme de travail est imposé par « le déplacement automatique d'un produit », la « cadence automatique d'une machine », d' « autres contraintes techniques », la « dépendance immédiate d'un ou plusieurs collègues », des « normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus », des « normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus », une « demande extérieure obligeant à une réponse immédiate », des « contrôles au moins quotidiens de la hiérarchie », un « contrôle ou un suivi automatisés » ; prennent aussi la valeur 1 les situations où une « interruption momentanée du travail » n'est pas possible, où il y a toujours ou souvent « obligation de se dépêcher », où il y a « interruption d'une activité pour une autre » qui « perturbe (le) travail », où il est impossible de « faire varier les délais »</p> <p>b – <u>Un indicateur de la marge d'initiative au poste de travail</u> : 'automarg' cumule les notes (0 ou 1) attribuées à différentes situations ; la valeur 1 est attribuée aux situations où, en cas d'incident, le salarié peut régler « personnellement l'incident », où il a la possibilité de « changer l'ordre des tâches », où une d'erreur dans son travail peut « entraîner des conséquences graves pour la qualité du produit ou service » ou des « coûts financiers importants pour l'entreprise » ou des « conséquences graves pour la sécurité » ou des « sanctions » à l'égard du salarié</p> <p>c – <u>Un indicateur du soutien et des moyens dont dispose le salarié</u> : 'soutcol' est élaboré selon le même principe de cumul de notes (0/1) avec la note 1 lorsque, « en cas de désaccord sur la façon de travailler » il y a « possibilité de discuter avec la hiérarchie » ou « avec des collègues », lorsque le salarié dispose « d'informations claires et suffisantes », a « une nombre suffisants de collègues », a « la possibilité de coopérer », a « des moyens matériels adaptés et suffisants », a « une formation adaptée et suffisante » pour effectuer correctement le travail.</p> <p>d – <u>Un indicateur d'exposition à des situations difficiles voire dangereuses avec un public</u> : 'agres' cumule les notes (0/1) attribuées à trois situations : la note 1 est attribuée dans le cas où le salarié est, « en permanence » ou « régulièrement » en contact avec le public ainsi que dans ceux où il court un risque d'agression verbale ou d'agression physique</p> <p>2/ Concernant les contraintes d'ambiances et les contraintes physiques :</p> <p>9 types d'expositions ont été retenus (réponses oui/non) et un indicateur synthétique cumulant ces expositions ('expophy') : exposition à des nuisances sonores ; exposition à des nuisances thermiques ; exposition aux radiations ou au rayonnement ; travail en air et espaces contrôlé ; contraintes visuelles ; manutention de charges ; contraintes posturales et articulaires ; le travail avec machines et outils vibrants ; le travail avec conduite.</p> <p>3/ Concernant les expositions aux agents biologiques et chimiques, n'ont été retenus que deux indicateurs (synthétiques) d'exposition (réponse oui/non, dans chacun des cas).</p> <p>4/ Concernant les facteurs psychosociaux du stress au travail, ont été construits de façon classique, à partir des 26 questions du questionnaire de Karasek - auto-administré dans l'enquête SUMER - trois séries de « scores » représentant : d'une part le niveau de demande psychologique ou de charge psychique liée au poste de travail (DP) ; d'autre part (LD) le degré de latitude décisionnelle (marge d'initiative) ; enfin, le niveau de soutien social (ressources) sur lequel peut s'appuyer le salarié (SC). Un quatrième indicateur, toujours élaboré à partir de l'auto-questionnaire, calcule par sommation de diverses réponses un score lié au vécu de situations relationnelles difficiles, voire dangereuses dans son environnement de travail ('vsd'). A été finalement élaboré un indicateur synthétique original combinant les trois dimensions de la méthode Karasek charge, latitude et soutien) et fondé sur l'hypothèse qu'une situation de travail est d'autant plus « tenable » que la charge psychique (DP) peut être, pour partie au moins, « compensée » par une latitude décisionnelle (LD) et un soutien social (SC) importants. Il prend la forme simple suivante : 'karasynt' = $30 * DP / (LD + SC)$.</p>
--

³⁸ Concernant ces deux dernières rubriques les analyses présentées ici ne sont pas entrées dans le détail des risques précis encourus par les salariés dans leur travail, par exemple : « exposition au phénol et dérivés halogénés ou nitrés » ou « travail au contact d'un animal avec risque de morsure, blessure ou griffure », etc.

Tableau 28

LOGIT : hypothèse nulle =	Appréciation plutôt mauvaise du poste par le médecin du point de vue :							
	de l'organisation du travail		de la prévention des expo. à des contr. physiques		de la prévention des expo. aux agents biologiques		de la prévention des expo. aux agents chimiques	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*		*	
homme								
femme	**	1,11	*	1,55	ns	0,91	*	0,76
30 – 39 ans								
<30 ans	*	0,87	ns	0,94	ns	0,97	ns	0,98
40 – 49 ans	ns	1,04	ns	0,98	ns	1,09	ns	0,91
50 ans et +	ns	0,96	ns	0,96	ns	1,17	ns	0,90
ouvriers								
cadres	*	0,67	*	0,41	*	0,42	*	0,43
pro.interm.	*	0,71	*	0,49	*	0,64	*	0,62
employé(e)s	*	0,74	*	0,75	***	0,79	*	0,61
cdi								
fonctionnaire	*	0,69	**	1,18	**	1,39	**	1,25
précaire	ns	0,99	ns	1,01	ns	1,21	*	1,28
ancienneté 3 à 10 ans								
ancienneté <=3ans	***	1,09	ns	0,93	ns	0,94	ns	0,94
ancienneté >10	ns	1,04	**	0,90	ns	0,88	ns	0,97
50 à 499 salariés								
1 à 49 salariés	*	0,88	*	0,90	*	1,78	*	1,21
500 salariés et +	**	0,91	*	0,82	*	0,60	*	0,53
industrie								
agriculture	ns	0,82	ns	0,82	ns	1,30	***	1,35
construction	*	0,67	***	0,88	**	1,65	ns	1,09
tertiaire	ns	0,99	ns	1,04	***	0,79	*	0,82
4 ou 5 contr. de rythme								
<=3 contr. de rythme	*	0,68	-	-	-	-	-	-
6 contr. De rythme et +	*	1,53	-	-	-	-	-	-
marge d'initiative moyenne								
faible marge d'initiative	ns	1,01	-	-	-	-	-	-
forte marge d'initiative	**	0,92	-	-	-	-	-	-
moyens et soutien moyens								
moyens et soutien faibles	*	2,60	-	-	-	-	-	-
moyens et soutien forts	*	0,49	-	-	-	-	-	-
faible expo. situations difficiles								
forte expo. situations difficiles	*	1,14	-	-	-	-	-	-
3 à 6 contr. temporelles								
<3 contraintes temporelles	*	0,71	-	-	-	-	-	-
7 contr. temporelles et +	*	1,52	-	-	-	-	-	-
faible expo. nuis. sonores								
forte expo. nuis. Sonores	-	-	*	1,84	-	-	-	-
faible expo. nuis. thermiques								
forte expo. nuis. Thermiques	-	-	*	1,39	-	-	-	-

LOGIT (suite)	Appréciation plutôt mauvaise du poste par le médecin du point de vue :							
	de l'organisation du travail		de la prévention des expo. à des contr.physiques		de la prévention des expo. aux agents biologiques		de la prévention des expo. aux agents chimiques	
faible expo.rayonnements								
forte expo.rayonnements	-	-	*	1,32	-	-	-	-
pas trav.en air et espace contrôlé								
travail en air et espace contrôlés	-	-	ns	0,97	-	-	-	-
faibles contraintes visuelles								
fortes contraintes visuelles	-	-	*	0,80	-	-	-	-
pas manut. manuelle de charges								
manutention manuelle de charges	-	-	*	1,93	-	-	-	-
pas contr.postur.articulaires								
contraintes posturales/articulaires	-	-	*	2,23	-	-	-	-
pas trav. avec mach./outils vibrants								
travail avec machines/outils vibrants	-	-	ns	1,09	-	-	-	-
pas trav.avec conduite								
travail avec conduite	-	-	ns	1,01	-	-	-	-
3 contr/physiques								
<= 2 contr.physiques	-	-	ns	1,02	-	-	-	-
4 contr.physiques et +	-	-	ns	0,90	-	-	-	-
pas expo. à agents biologiques								
exposé à agents biologiques	-	-	-	-	*	40,96	-	-
pas expo. à agents chimiques								
exposé à agents chimiques	-	-	-	-	-	-	*	32,13
Percent Concordant	72,4		74,2		88,2		86,7	
Percent Discordant	27,1		25,5		9,5		12,7	
Percent Tied	0,4		0,3		2,3		0,7	

*** p<0,10 ; **p< 0,05 ; * p< 0,01 ; ns non statistiquement significatif.

En plus de fournir une description relativement précise de ces risques, le médecin du travail porte une appréciation d'ensemble sur la qualité du poste de travail du point de vue de la prévention des expositions à chacune de ces quatre catégories de contraintes : sa notation va de « très mauvais » à « très bon » en passant par « mauvais » ou « bon ». Nous avons pu tester la cohérence des appréciations des médecins du travail sur le poste occupé avec les facteurs de risques objectivés dans l'enquête (tableau 28) : celle-ci est, d'une manière générale, bien assurée. Les analyses Logit effectuées confirment quelques tendances dans la différenciation des expositions aux risques professionnels identifiés :

* Les ouvriers paraissent surexposés à chacune des grandes catégories de risques ; les cadres sous-exposés. Les femmes sont jugées par les médecins du travail plus exposées que les hommes à des contraintes physiques (facteurs de troubles musculo-squelettiques) et à des contraintes d'organisation du travail ; elles le sont à peu près autant qu'eux à des agents biologiques, mais sensiblement moins à des agents chimiques. Plus précisément, toutes choses égales par ailleurs, les médecins du travail jugeraient plus sévèrement les conditions de travail exposant les femmes à des contraintes physiques et d'organisation du travail que celles exposant les hommes. En revanche, cette plus grande sévérité des appréciations concernerait plutôt les hommes lorsqu'il s'agit d'expositions à des agents chimiques. Ces résultats sont mis « au conditionnel » dans la mesure où les modèles présentés ne mobilisent que quelques facteurs d'exposition et laissent donc

statistiquement la place à d'autres facteurs causaux du jugement des médecins. Ils ont cependant pour intérêt de suggérer que l'évaluation d'un professionnel de la santé peut passer aussi – outre la mise en œuvre de connaissances scientifiques et techniques - en quelque sorte par un jugement (ou par un « impensé ») social : par exemple celui d'une plus grande « fragilité » physique des femmes, etc...Autrement dit, on ne doit pas oublier qu'une certaine dose de subjectivité accompagne tout jugement, y compris celui d'un médecin.

* Les salariés occupant des emplois précaires (en particulier intérimaires) seraient surexposés aux risques chimiques ainsi que les fonctionnaires ; ces derniers sont aussi plus souvent que les salariés du privé exposés à des agents biologiques (dans les hôpitaux notamment).

* L'appréciation portée par le médecin sur le poste de travail concernant les risques liés à l'organisation du travail est statistiquement liée aux contraintes de rythme de travail et d'organisation des horaires ; elle est particulièrement sensible aux ressources fournies au salarié par l'entreprise et par le collectif pour effectuer son travail (« soutien social » au sens large).

* Les expositions à des risques physiques qui dominent dans l'appréciation portée par le médecin du travail concernent d'abord les contraintes posturales et articulaires, la manutention manuelle de charges et les nuisances sonores ; à un moindre degré, l'exposition à des nuisances thermiques et aux atmosphères confinées. Une énigme subsiste parmi ces résultats : les postes des salariés soumis à des contraintes visuelles fortes sont, toutes choses égales par ailleurs, mieux notés que les autres par les médecins du travail !

* La grande sensibilité des médecins aux risques chimiques et biologiques est attestée par les niveaux très élevés pris par les rapports de cotes (odd ratios) afférents à ces deux types d'exposition.

1-4-2 Jugements des médecins et perception des salariés

On peut faire l'hypothèse que le jugement des salariés sur leur santé et sur la relation travail/santé – comme, d'ailleurs, l'évaluation par les médecins du travail des risques encourus – sont étayés par des facteurs objectifs de pénibilité du travail et de risques professionnels. Nous avons vu également que le fait d'avoir été malade ou accidenté du travail dans l'année (absentéisme maladie/AT) peut être un support objectif de ces appréciations. Mais on peut supposer encore que, comme tout jugement, il incorpore aussi une certaine part de « subjectivité », voire d'arbitraire (culturel ?), lié au jeu des normes sociales, des règles et des cultures professionnelles, etc. Enfin, et surtout, si la santé se joue au travail, elle ne se joue pas que sur cette scène-là : or, tous les éléments de construction de la santé (construction biographique/historique, mais aussi construction dans l'interaction travail/ hors travail) échappent à l'enquête. Autrement dit, on ne devrait pas s'attendre à ce que les données « objectives » fournies par l'enquête SUMER sur les conditions du travail permettent à elles-seules d'épuiser la liste des raisons mobilisées par les salariés – comme par les médecins du travail – pour évaluer leur santé ou la relation travail/santé de la manière dont ils le font. De la même façon – et les données de l'enquête l'attestent – deux individus ou deux classes d'individus soumis aux mêmes conditions de travail n'évaluent pas nécessairement leur santé et l'influence que leur travail a sur celle-ci de la même manière.

De ce point de vue, il est intéressant de mettre en regard la perception des salariés et les jugements de médecins du travail (tableau 29) :

Pour les hommes comme pour les femmes les jugements négatifs sur la santé et la perception d'une influence négative du travail sur la santé sont en phase avec les avis négatifs des médecins sur le poste de travail du point de vue de l'organisation du travail (contraintes temporelles, contraintes de rythme, facteurs psychosociaux, etc.). Le jugement du médecin sur l'exposition des postes à des contraintes physiques n'est pas corrélé avec l'auto-évaluation de leur état de santé par les salarié(e)s ; il l'est, en revanche, avec le fait de percevoir négativement une relation entre travail et santé (donc, avec la conscience du risque encouru). L'exposition à des risques chimiques, estimée par les médecins du travail, est corrélée avec le vécu des hommes, mais pas avec celui des femmes. Quant aux avis médicaux sur les risques biologiques attachés au poste de travail, ils sont indépendants de la perception par les salariés de la relation travail/santé et de leur état de santé. Enfin, l'indicateur de cumul de risques professionnels évalués par les médecins du travail est en lien, chez les hommes, avec la perception d'un lien négatif entre travail et santé, chez les femmes avec une évaluation négative de leur état de santé.

Tableau 29

	% estimant une relation négative w/santé				% notant mal son état de santé			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*		*	
30 - 39 ans								
<30 ans	*	1,27	*	1,34	ns	0,91	ns	0,92
40 - 49 ans	ns	0,93	ns	1,02	*	1,46	*	1,36
50 ans et +	**	0,89	ns	1,06	*	2,07	*	1,84
ouvriers								
cadres	ns	0,94	***	0,83	*	0,65	*	0,63
pro.interm.	*	0,78	ns	0,89	*	0,81	*	0,75
employé(e)s	**	0,84	**	0,84	ns	0,98	**	0,86
cdi								
fonctionnaire	*	0,65	ns	1,04	ns	1,12	**	1,19
précaire	*	0,72	*	0,68	**	0,84	ns	1,08
ancienneté 3 à 10 ans								
ancienneté < =3ans	*	0,82	**	0,86	ns	0,98	ns	0,91
ancienneté >10	*	1,23	*	1,21	*	1,21	*	1,25
50 à 499 salariés								
1 à 49 salariés	*	0,79	**	0,87	ns	0,98	ns	0,94
500 salariés et +	*	1,34	*	1,33	ns	0,96	ns	0,98
industrie								
agriculture	ns	0,83	ns	0,76	**	0,72	ns	0,71
construction	*	1,26	**	0,52	ns	1,02	ns	0,84
tertiaire	*	1,15	ns	1,01	ns	0,96	ns	0,92
jugt >0 Mdt / orga du travail								
jugt <0 / orga du travail	*	1,72	*	1,62	*	1,69	*	1,48
jugt >0 Mdt / expo physique								
jugt <0 Mdt / expo physique	*	1,21	ns	1,02	*	1,20	ns	1,06
jugt >0 Mdt / expo biologique								
jugt <0 Mdt / expo biologique	ns	0,96	***	0,79	ns	0,88	ns	0,91
jugt > Mdt 0 / expo chimique								
jugt <0 Mdt / expo chimique	*	1,25	***	0,83	ns	1,08	***	0,85
pas de jugement négatif Mdt								
au moins 1 jugt négatif Mdt	*	1,34	ns	2,13	ns	1,03	*	1,42
Percent Concordant		63,6		66,8		62,9		63,6
Percent Discordant		35,7		32,4		36,4		35,7
Percent Tied		0,7		0,8		0,7		0,7

*** p<0,10 ; **p<0,05 ; * p<0,01 ; ns non statistiquement significatif.

Si ces résultats ne sont pas directement interprétables, ils suggèrent néanmoins quelques pistes de réflexion sur les liens éventuels entre santé perçue, risques professionnels et évaluation médicale du poste de travail (tableau 30) :

* aux yeux des salariés, certains risques ou contraintes imposées au corps sont plus « tangibles » que d'autres ; ce sont ceux où l'exercice de l'activité est directement associée à des pénibilités, voire à des souffrances : contraintes temporelles, contraintes de rythme, facteurs de stress, sollicitations physiques ; leur nature est différente de celle de risques plus « invisibles », aux effets sensibles plus différés dans le temps, comme les risques chimiques et (plus encore) biologiques - même si c'est aussi dans le temps, par répétition, que certains gestes immédiatement pénibles peuvent menacer à terme l'état de santé ; la connaissance et la « conscience » de ces risques sont d'abord du côté de l'expert (le médecin du travail), ensuite seulement du côté du salarié (dont le jugement négatif peut aussi être atténué par la multiplicité des règles et dispositifs de prévention et de protection) ;

* les évaluations différentielles des femmes et des hommes de ce point de vue – mais sans doute aussi des divers corps de métier et professions – peuvent renvoyer à une construction sociale de normes de risques et de normes de santé différenciées selon les professions, les sexes, les âges, etc. (par exemple, porter des colis à l'occasion d'un déménagement de bureaux pour un cadre administratif est à la fois une tâche « hors norme » et « pénible » comparée à celle, « normale » bien que tout aussi pénible - qu'elle soit effectuée tous les jours ...un déménageur, etc...)

* il se peut enfin qu'en dépit de leur expertise les jugements des médecins se frottent aussi au flou des frontières entre le « normal » et le « pathologique ». Cette hypothèse-là est, elle aussi, quasiment impossible à vérifier à partir de l'enquête SUMER même si, par exemple, les données permettent d'établir une évaluation différente des « mêmes » risques – l'incertitude de la démonstration résidant dans l'approximation de la définition statistique de ce « même » - pour les hommes et pour les femmes (tableau 30) :

- les médecins tendraient à sur-évaluer chez les femmes les risques liés aux expositions à des contraintes physiques (alors que les femmes sont très nettement moins exposées à ces contraintes que les hommes : 37,2% des femmes sont exposées à 3 contraintes et plus, les hommes l'étant à 67,3%) ;

- ils tendraient inversement à sous-évaluer les risques des femmes liés à des expositions aux agents biologiques et chimiques (20,6% des femmes contre 10,7% des hommes sont exposés aux agents biologiques ; 28,3% des femmes sont exposées à des risques chimiques contre 44% pour les hommes) ;

Bien entendu, ces résultats pourraient s'expliquer tout aussi bien par le fait que les expositions féminines aux risques physiques sont estimées plus dangereuses pour la santé que les expositions masculines (gestes et postures préjudiciables plus fréquents, pour des durées plus longues, avec moins de prévention, etc.) et que l'inverse est vrai pour les expositions aux risques chimiques et biologiques.

Tableau 30-a

	Hommes			Femmes		
	contraintes physiques			contraintes physiques		
Jugement par le médecin du poste de travail du point de vue de la prévention des expositions à des contraintes physiques	<= 2 contr. physiques	3 contr. physiques	4 contr. physiques et +	<= 2 contr. physiques	3 contr. physiques	4 contr. physiques et +
négatif	13,5	24,8	37,4	18,4	30,6	39,7
positif	86,5	75,2	62,6	81,6	69,4	60,3
Total	100	100	100	100	100	100

Tableau 30-b

	Hommes		Femmes	
	risques biologiques (objectifs)		risques biologiques (objectifs)	
Jugement par le médecin du poste de travail du point de vue de la prévention des expositions aux risques biologiques	non exposés	exposés	non exposées	exposées
négatif	0,6	20,3	0,5	13,9
positif	99,4	79,7	99,5	86,1
Total	100	100	100	100
	Hommes		Femmes	
	risques chimiques (objectifs)		risques chimiques (objectifs)	
Jugement par le médecin du poste de travail du point de vue de la prévention des expositions aux risques chimiques	non exposés	exposés	non exposées	exposées
négatif	1,1	34,4	0,6	20,8
positif	98,9	65,6	99,4	79,2
Total	100	100	100	100

1-4-3 Risques professionnels et perception des salariés

Au delà des appréciations très globales des médecins sur le poste de travail, l'enquête autorise à examiner plus précisément l'incidence éventuelle de toute une série de risques relativement bien définis sur l'auto-évaluation de la santé, sur la perception de la relation travail/santé, mais aussi sur la fatigue, le stress, la satisfaction du poste, la préoccupation nocturne du travail de la journée ou encore l'absentéisme maladie/AT.

Les résultats des modèles « toutes choses égales par ailleurs » testés pour ces différents indicateurs de la relation subjective entre travail et santé figurent au tableau 31. Ils appellent quelques commentaires :

* *Les facteurs dits "psychosociaux"* (facteurs de stress mesurés par la méthode Karasek) jouent un rôle majeur dans l'évaluation de la situation de travail et de santé par les salariés. *Ceteris paribus*, une charge psychologique au travail élevée est toujours

associée : à une évaluation plus négative de sa santé et de la relation perçue entre travail et santé ; à un travail jugé plus fatigant et, surtout, beaucoup plus stressant ; à une insatisfaction du travail ou du poste de travail ; à des insomnies. L'absentéisme maladie/AT n'est en revanche que faiblement influencé par de telles conditions de travail. Un soutien social faible dans le travail (mais sans doute aussi en dehors du travail) joue dans le même sens ; il marque en outre nettement de son empreinte l'absentéisme. La latitude décisionnelle en revanche joue un rôle un peu différent dans l'établissement du jugement. Une forte latitude décisionnelle (autonomie et niveau de compétence élevés) va plutôt avec un jugement positif sur sa santé et sur la relation travail/santé, une plus grande satisfaction du travail ou du poste, mais s'accompagne d'une fatigue et d'un stress accrus ; l'absentéisme varie en raison inverse du degré de latitude décisionnelle. Finalement, l'indicateur synthétique que nous avons construit – destiné à vérifier le « degré de compensation » au travail entre d'une part la demande (charge psychique) et, d'autre part, ses contreparties relatives dans l'équilibre du salarié : autonomie et compétence, soutien social – est tout à fait opératoire dans le modèle ci-dessus : lorsque la charge est mal ou peu compensée, tous les indicateurs d'insatisfaction et de sentiment de pénibilité du travail sont « au rouge » .

Tableau 31

LOGIT : hypothèse nulle =	estimer une relation w/santé		estimer une relation négative w/santé		estimer une relation positive w/santé		mal noter son état de santé		estimer son travail plutôt fatigant		estimer son travail plutôt stressant		être plutôt insatisfait de son travail		ne pas dormir (penser à son travail)		avoir eu au moins 1 arrêt de travail / an	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*		*		ns		**		*		*		*	
homme																		
femme	**	1,07	*	0,75	*	1,41	*	1,20	ns	1,02	ns	0,96	*	0,87	*	1,46	*	1,34
30 - 39 ans																		
<30 ans	*	1,12	*	1,24	ns	0,94	*	0,87	ns	0,99	ns	0,96	ns	0,99	*	0,70	*	1,39
40 - 49 ans	ns	1,03	ns	1,00	ns	1,05	*	1,44	**	1,08	ns	1,04	**	1,15	*	1,31	*	0,85
50 ans et +	**	1,11	ns	1,05	**	1,12	*	2,07	*	1,17	ns	1,03	*	1,18	*	1,53	*	0,83
ouvriers																		
cadres	*	1,36	ns	0,94	*	1,66	*	0,72	**	1,14	*	2,19	ns	0,94	*	1,55	*	0,64
pro.interm.	***	1,08	*	0,83	*	1,39	*	0,86	ns	0,94	*	1,76	**	1,14	*	1,60	*	0,82
employé(e)s	ns	1,05	*	0,81	*	1,35	***	0,91	**	0,91	*	1,25	ns	0,94	*	1,24	ns	0,96
cdi																		
fonctionnaire	ns	0,93	*	0,76	*	1,24	ns	1,10	***	1,13	***	1,13	***	1,18	ns	1,07	ns	0,99
précaire	ns	0,97	*	0,73	*	1,26	ns	0,96	ns	0,93	*	0,66	*	0,76	ns	0,97	**	0,88
ancienneté 3 à 10 ans																		
ancienneté <=3ans	ns	1,05	**	0,90	*	1,17	ns	0,99	*	0,88	*	0,81	ns	1,02	***	0,94	ns	0,98
ancienneté >10	ns	1,06	*	1,23	*	0,88	*	1,23	ns	1,03	*	1,13	ns	1,09	*	1,12	ns	0,98
50 à 499 salariés																		
1 à 49 salariés	ns	1,02	**	0,92	**	1,10	ns	1,03	*	0,91	ns	1,02	ns	1,00	*	1,11	*	0,78
500 salariés et +	*	1,11	*	1,21	ns	0,94	ns	0,96	ns	1,02	ns	0,96	ns	0,95	**	0,92	*	1,30
industrie																		
agriculture	ns	1,10	***	0,77	*	1,55	**	0,74	ns	1,20	**	0,77	***	0,65	ns	1,02	ns	1,01
construction	*	1,30	ns	1,10	*	1,35	ns	1,00	***	1,13	ns	0,96	***	0,81	ns	1,13	ns	0,95
tertiaire	**	1,08	***	1,08	ns	1,04	ns	0,95	*	1,20	**	1,09	ns	0,96	*	0,85	ns	0,96
soutien social moyen (K)																		
soutien social faible (K)	*	1,28	*	1,64	*	0,77	*	1,41	**	1,07	*	1,21	*	2,71	*	1,24	*	1,16
soutien social fort (K)	ns	0,96	*	0,75	*	1,13	*	0,78	**	0,92	*	0,82	*	0,70	*	0,89	ns	1,04
charge psy.moyenne (K)																		
charge psy.f faible (K)	*	0,78	*	0,78	**	0,89	**	0,90	*	0,67	*	0,54	***	1,13	*	0,66	ns	0,94
charge psy.f forte (K)	*	1,48	*	1,79	*	0,82	*	1,55	*	1,72	*	2,60	*	1,69	*	1,77	**	1,09
latitude déc.moyenne (K)																		
latitude déc.f faible (K)	ns	1,04	*	1,33	*	0,76	*	1,27	***	1,06	*	0,85	*	2,39	*	0,76	*	1,17
latitude déc.f forte (K)	*	1,16	ns	0,96	*	1,23	*	0,75	*	1,16	*	1,20	*	0,62	*	1,20	*	0,83
charge moyt compensée (K)																		
charge bien compensée (K)	ns	1,01	ns	0,94	ns	1,03	ns	1,00	***	0,92	***	0,93	ns	1,00	ns	1,00	***	0,92
charge peu compensée (K)	*	1,31	*	1,64	*	0,81	*	1,30	*	1,27	*	1,43	*	1,91	*	1,21	ns	1,04
0 vécu sit.difficiles																		
vécu situations difficiles	*	1,59	*	1,72	**	1,08	*	1,45	*	1,22	*	1,64	*	1,82	*	1,48	*	1,46
3 à 6 contr. temporelles																		
<3 contraintes temporelles	*	0,86	*	0,82	ns	0,97	***	0,94	*	0,77	*	0,70	ns	0,98	*	0,84	ns	1,01
7 contr. temporelles et +	*	1,20	*	1,35	**	0,92	**	1,09	*	1,38	*	1,25	ns	0,99	*	1,15	**	0,93
faible expo. nuis. sonores																		
forte expo. nuis. sonores	*	1,26	*	1,42	ns	0,94	**	1,09	*	1,25	***	1,07	*	1,16	ns	0,98	*	1,14
faible expo. nuis. thermiques																		
forte expo. nuis. thermiques	*	1,15	**	1,12	***	1,09	ns	1,01	ns	1,07	**	0,90	ns	1,06	ns	0,97	ns	0,99

LOGIT (suite)	estimer une relation w/santé		estimer une relation négative w/santé		estimer une relation positive w/santé		mal noter son état de santé		estimer son travail plutôt fatigant		estimer son travail plutôt stressant		être plutôt insatisfait de son travail		ne pas dormir (penser à son travail)		avoir eu au moins 1 arrêt de travail / an	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
faible expo.rayonnements																		
forte expo.rayonnements	*	1,34	*	1,56	*	0,82	**	0,86	*	1,25	ns	1,02	**	0,80	*	0,85	ns	1,07
pas trav/air, espace contrôlé																		
travail en air et espace contrôlés	ns	1,02	ns	1,04	ns	1,00	ns	0,98	ns	0,96	ns	0,99	ns	0,94	*	0,86	**	1,08
faibles contraintes visuelles																		
fortes contraintes visuelles	*	0,90	*	0,89	ns	0,97	**	0,93	*	0,70	*	1,18	***	1,10	*	1,16	ns	0,96
pas manut. manuelle charges																		
manutention manuelle charges	ns	1,02	ns	1,05	ns	0,98	***	1,06	*	1,24	*	0,86	ns	1,07	ns	0,95	**	1,09
pas contr.postur.articulaires																		
Contr. posturales/articulaires	ns	1,01	ns	1,01	ns	1,01	ns	1,01	*	1,16	***	0,93	ns	0,95	ns	1,00	**	1,08
pas trav. mach./outils vibrants																		
travail machines/outils vibrants	*	1,18	*	1,22	ns	1,03	*	1,20	*	1,18	ns	0,93	ns	0,97	*	1,29	*	1,24
pas trav.avec conduite																		
travail avec conduite	*	1,11	ns	1,02	*	1,13	ns	0,95	*	1,09	*	1,13	***	0,92	**	1,07	ns	1,01
pas expo. agents biologiques																		
exposé agents biologiques	**	1,10	ns	0,98	*	1,17	**	0,90	*	1,19	ns	1,03	ns	1,05	**	0,91	ns	0,95
pas expo. agents chimiques																		
exposé agents chimiques	ns	0,99	*	1,16	*	0,86	ns	0,99	**	1,09	**	0,92	ns	0,95	ns	1,00	ns	1,03
4-5 expo. risques prof.																		
<=3 expo risques pro	ns	1,05	**	1,08	ns	1,04	ns	1,04	**	1,08	*	1,21	ns	1,05	**	1,07	ns	1,00
>= 6 expo risques pro	***	1,10	**	1,14	ns	0,92	ns	1,06	*	1,17	*	1,48	ns	1,05	ns	1,08	ns	0,98
Percent Concordant		65,7		75,1		63,7		68,6		68,7		76,0		79,0		69,6		63,7
Percent Discordant		33,9		24,7		35,7		31,1		31,0		23,8		20,5		30,1		35,8
Percent Tied		0,4		0,3		0,6		0,3		0,3		0,2		0,4		0,3		0,5

*** p<0,10 ; **p<0,05 ; * p<0,01 ; ns non statistiquement significatif.

* *Le vécu de relations difficiles au travail* (« harcèlement moral » dans le cadre de relations difficiles, voire dangereuses avec l'entourage : collègues, hiérarchie, public) est fortement lié à la perception d'une relation entre travail et santé, plus particulièrement d'une relation négative. Il est porteur aussi de fatigue, de stress et d'insatisfaction au travail ; et, surtout, facteur important d'absentéisme.

* *Les contraintes temporelles*, lorsqu'elles se cumulent (telles que mesurées par notre indicateur synthétique), apparaissent relativement neutres du point de vue de l'absentéisme maladie et de la satisfaction au travail. A un degré moindre que les facteurs psychosociaux ou que le harcèlement professionnel, elles jouent également dans le sens d'une perception négative de la relation travail/santé, de l'état de santé, de la fatigue et du stress. Elle est également liée à la préoccupation nocturne du travail.

* *Les expositions aux risques professionnels (risques « physiques », biologiques et chimiques)* jouent plutôt dans l'ensemble, mais à des degrés variés, dans la même direction d'une perception négative de la relation travail/santé. Les risques les plus influents des jugements des salariés concernent les nuisances sonores, celles liées à l'usage de machines et outils vibrants et les expositions aux rayonnements. Si tous ces risques sont attachés à une plus grande sensation de fatigue, ils sont généralement peu

porteurs de stress – hormis les situations sous contraintes visuelles ou sonores et le travail de conduite. En dehors des risques attachés aux contraintes sonores et visuelles, ils sont rarement source d'insatisfaction au poste de travail. L'absentéisme maladie/AT est souvent corrélé avec ces pénibilités-là. On retrouve enfin, la relative « invisibilité » - ou l'accoutumance – des risques chimiques et biologiques aux yeux des salariés lorsqu'il s'agit de leur état de santé. L'indicateur de cumul de ces risques professionnels donne des résultats peu significatifs dans l'ensemble même si les salariés cumulant plusieurs expositions tendent significativement à envisager négativement l'influence du travail sur leur santé et à estimer leur travail plus fatigant et plus stressant ; pour autant, leur santé n'en est pas affectée, ni l'absentéisme.

I-5 Relation travail / santé et santé perçue : modèle synthétique

Les différentes dimensions de l'analyse qui peuvent être abordées à partir de l'enquête SUMER semblent finalement toutes fonder, de près ou de loin, les évaluations et les jugements des salariés sur leur santé et sur sa relation avec le travail. Qu'ils s'agisse des contraintes temporelles, des contraintes de rythme du travail, des facteurs psychosociaux, des expositions aux risques physiques, chimiques ou biologiques, ou encore des jugements des salariés sur le poste de travail et de la déclaration qu'ils ont pu faire de « symptômes » de difficultés dans leur travail, tous ces éléments ont été mis, un à un, dans le détail du questionnaire, en rapport avec nos indicateurs de santé perçue et de relation travail/santé : l'immense majorité de ces relations statistiques « franchit avec succès » le test du chi². Mais, par ailleurs, la plupart des dimensions analysées sont – plus ou moins fortement, là-aussi – liées entre elles : on a pu voir par exemple que le sentiment de fatigue – ou celui de stress – s'il est bien un des fondements les plus solides de l'appréciation du salarié est aussi lui-même en étroite relation avec les risques professionnels ou autres pénibilités objectives du travail. Pour dénouer cet écheveau de relations et d'interactions statistiques, pour départager les différents facteurs, les modèles Logit (d'analyse « toutes choses égales par ailleurs »), dont nous avons déjà bien utilisé jusqu'ici, paraissent encore le meilleur recours possible. On présente ci-après un de ces modèles dont la vertu est d'intégrer la plupart des « dimensions » de la relation travail/santé analysées jusqu'ici.

Tableau 32

LOGIT : hypothèse nulle =	estimer une relation w/santé		estimer une relation négative w/santé		estimer une relation positive w/santé		mal noter son état de santé	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*		*	
homme								
femme	***	1,06	*	0,70	*	1,39	*	1,18
30 - 39 ans								
<30 ans	*	1,14	*	1,29	ns	0,96	*	0,83
40 - 49 ans	ns	0,98	***	0,92	ns	1,05	*	1,46
50 ans et +	ns	1,03	ns	0,95	**	1,12	*	2,14
ouvriers								
cadres	*	1,31	ns	0,94	*	1,52	*	0,69
pro.interm.	ns	1,04	*	0,78	*	1,36	*	0,82
employé(e)s	ns	1,03	*	0,75	*	1,33	ns	0,93
cdi								
fonctionnaire	ns	0,92	*	0,73	*	1,27	**	1,15
précaire	ns	1,05	**	0,85	*	1,22	ns	1,03
ancienneté 3 à 10 ans								
ancienneté <=3ans	ns	1,07	***	0,91	*	1,17	ns	1,02
ancienneté >10	ns	1,03	*	1,19	*	0,89	*	1,20
50 à 499 salariés								
1 à 49 salariés	ns	1,04	ns	0,94	ns	1,06	***	1,07
500 salariés et +	ns	1,06	**	1,11	ns	0,98	***	0,93
industrie								
agriculture	ns	1,20	ns	0,92	**	1,39	***	0,79
construction	*	1,33	**	1,19	*	1,26	ns	0,99
tertiaire	**	1,08	ns	1,08	ns	1,04	ns	0,97
soutien social moyen (K)								
soutien social faible (K)	*	1,10	*	1,29	*	0,87	*	1,21
soutien social fort (K)	ns	1,00	*	0,80	**	1,11	*	0,82
charge psy.moyenne (K)								
charge psy.faible (K)	*	0,85	***	0,90	**	0,88	ns	0,99
charge psy.forte (K)	*	1,21	*	1,34	*	0,87	*	1,28
latitude déc.moyenne (K)								
latitude déc.faible (K)	***	0,94	**	1,10	*	0,87	*	1,21
latitude déc.forte (K)	*	1,19	ns	1,05	*	1,17	*	0,75
charge moyt compensée (K)								
charge bien compensée (K)	ns	1,04	ns	0,96	ns	1,03	ns	1,02
charge peu compensée (K)	*	1,16	*	1,39	*	0,87	*	1,13
0 vécu sit.difficiles								
vécu situations difficiles	*	1,36	*	1,33	*	1,17	*	1,20
durée hebdo <=38 h.								
durée hebdo >38 h.	**	1,08	ns	1,07	ns	1,05	ns	0,96
amplitude jour. <= 9 h.								
amplitude jour. > 9 h.	*	1,09	*	1,14	ns	1,02	ns	1,02
travaille en équipe								
ne w pas en équipe	ns	0,97	**	0,88	**	1,14	**	0,91
<= 18 dimanches / an								
> 18 dimanches /an	*	1,22	*	1,39	ns	0,93	*	0,81

LOGIT (suite 1)	estimer une relation w/santé		estimer une relation négative w/santé		estimer une relation positive w/santé		mal noter son état de santé	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
<= 40 nuits / an								
> 40 nuits par an	*	1,32	*	1,55	*	0,84	**	0,89
horaires jour.identiques								
horaires jour.différents	*	1,18	*	1,28	ns	0,98	ns	1,02
travail = horaire prévu								
travail > horaire prévu	**	0,90	***	0,92	ns	0,94	ns	0,94
3 à 6 contr. temporelles								
<3 contraintes temporelles	ns	1,04	ns	1,06	ns	0,96	ns	0,98
7 contr. temporelles et +	ns	0,96	ns	0,96	ns	0,97	***	1,08
faible expo. nuis. sonores								
forte expo. nuis. sonores	*	1,20	*	1,32	ns	0,98	ns	1,01
faible expo. nuis. thermiques								
forte expo. nuis. thermiques	*	1,14	***	1,09	***	1,10	ns	1,01
faible expo.rayonnements								
forte expo.rayonnements	*	1,35	*	1,66	*	0,82	*	0,82
pas trav.en air et espace contrôlé								
travail en air et espace contrôlés	ns	1,02	ns	1,02	ns	1,01	ns	0,99
faibles contraintes visuelles								
fortes contraintes visuelles	*	0,90	*	0,89	ns	0,96	*	0,89
pas manut. manuelle de charges								
manutention manuelle de charges	ns	1,00	ns	1,04	ns	1,00	ns	1,06
pas contr.postur.articulaires								
contraintes posturales/articulaires	ns	1,00	ns	0,99	ns	1,02	ns	1,01
pas trav. avec mach./outils vibrants								
travail avec machines/outils vibrants	*	1,16	*	1,24	ns	1,00	**	1,12
pas trav.avec conduite								
travail avec conduite	*	1,10	ns	1,03	*	1,12	*	0,93
pas expo. à agents biologiques								
exposé à agents biologiques	***	1,09	ns	0,97	*	1,20	ns	0,93
pas expo. à agents chimiques								
exposé à agents chimiques	ns	0,99	*	1,17	*	0,87	ns	0,97
4-5 expo. risques prof.								
<=3 expo risques pro	ns	1,03	ns	1,05	ns	1,05	ns	1,02
>= 6 expo risques pro	ns	1,05	ns	1,06	ns	0,94	ns	1,02
w peu fatigant								
w fatigant	*	1,41	*	1,81	ns	0,98	*	0,91
w peu stressant								
w stressant	*	1,20	*	1,66	*	0,87	*	1,14
satisfait de son w								
pas satisfait de son w	*	1,88	*	3,17	*	0,39	*	1,43
ne souhaite pas partir								
souhaite partir	*	1,29	*	1,62	*	0,88	ns	1,05
pas d'insomnies								
Insomnies	*	1,43	*	1,39	*	1,18	*	1,61

LOGIT (suite 2)	estimer une relation w/santé		estimer une relation négative w/santé		estimer une relation positive w/santé		mal noter son état de santé	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
pas d'arrêt de w								
1 arrêt de w et plus	*	1,18	*	1,39	*	0,91	*	1,56
état santé a.e.plutôt bon								
état santé a.e.plutôt mauvais	*	1,71	*	2,60	*	0,76	-	-
le w n'influence pas négativt la santé								
le travail influence négativt la santé	-	-	-	-	-	-	*	2,43
Percent Concordant		70,4		82,3		66,1		73,3
Percent Discordant		29,3		17,6		33,4		26,4
Percent Tied		0,3		0,2		0,5		0,3

*** p<0,10 ; **p<0,05 ; * p<0,01 ; ns non statistiquement significatif.

Ce modèle plus complet confirme la plupart des résultats acquis :

* Subsiste un effet net, toutes choses égales par ailleurs du sexe sur l'appréciation de la relation travail/santé (jugée moins négative par les femmes) et sur l'auto-estimation de la santé (jugée généralement « plus mauvaise » par les femmes que par les hommes).

* Persiste aussi un effet d'âge « moins de 30 ans », concernant une population qui s'estime en bonne santé comparée à ses aînés mais envisage plus négativement que ceux-ci l'influence du travail sur la santé. Ceci – on l'aura noté dans les modèles précédents – tout en se déclarant généralement plus satisfaits de leur travail que les plus âgés et en étant plus touchés qu'eux par la maladie et/ou l'accident du travail.

* Les effets de CSP, d'ancienneté et de statut (les plus précaires vivent plus positivement que les autres les effets du travail sur la santé.....sans doute par ce qu'ils en ont un !), déjà mis en évidence, perdurent. Subsiste aussi, toutes choses égales par ailleurs, l'effet assez spectaculaire du secteur du bâtiment où, là plus qu'ailleurs et en particulier dans l'industrie, la conscience du risque est prégnante en même temps que le travail (au grand air : on retrouve le même phénomène dans l'agriculture) est plus souvent qu'ailleurs jugé bon pour la santé.

* Les facteurs psychosociaux (indicateurs de Karasek et indicateur synthétique « LEST ») jouent un rôle actif indiscutable dans l'établissement du jugement du salarié, tant sur sa santé que sur la relation travail/santé. Le vécu de situations difficiles est un facteur actif dans la prise de mesure de la relation entre travail et santé : avec pour effet assez particulier, une appréciation négative et une appréciation positive toutes deux plus fréquentes chez les salariés les plus « harcelés » que chez les autres (on retrouve peut-être ici l'effet compensatoire de la composante relationnelle, souvent jugée positive, de métiers en contact direct avec un public).

* Les effets des quelques variables de temporalité du travail retenues (au détriment de l'indicateur synthétique de cumul de contraintes temporelles, qui ne « marche » plus ici) sur l'appréciation de la relation travail/santé sont statistiquement significatifs. Ces effets sont plus rarement significatifs sur l'état de santé perçu. Ou, plus exactement, lorsqu'ils le sont, ils sont positifs : les salariés travaillant de nuit ou de dimanche notent généralement mieux que les autres leur état de santé, toutes choses égales par ailleurs. En même temps ce sont aussi les salariés de nuit et de dimanche qui estiment le plus fréquemment une relation négative entre travail et santé (avec ceux dont les horaires

varient d'un jour à l'autre). Travailler en équipe est associé à une vision plus négative des effets du travail sur la santé.

* Du côté des risques professionnels, on retrouve une association nette entre l'estimation d'une influence négative du travail sur la santé et les expositions aux nuisances sonores, aux rayonnements et au travail avec machines et outils vibrants. Quant aux salariés exposés à des risques chimiques, ils seraient plutôt pessimistes quant aux effets du travail sur la santé, tandis que les expositions aux risques biologiques teinteraient l'appréciation d'une note plus optimiste.

* Les facteurs les plus pertinents pour prévoir la qualité perçue de la relation entre travail et santé restent néanmoins ceux qui relèvent du vécu-même du salarié et qui impliquent sa propre définition de « sa » santé physique ou morale : l'évaluation qu'il fait lui-même de son état de santé et la satisfaction qu'il retire de son travail sont sans doute les principaux étalons de sa mesure. Trouver son travail fatigant ou stressant, avoir été dans l'année victime de maladie ou d'accident du travail, souffrir d'insomnies du fait de son travail, ou envisager de quitter son travail pour un autre sont aussi des fondements très concrets de son jugement et impliquent son souci de préserver – à sa manière, sans doute individuelle plus que collective – sa propre santé.

2- Hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, salariés précaires et salariés à statut : quelles différenciations dans les jugements et perceptions ?

Conformément à la question que nous nous posons à l'origine de cette recherche (dont la géométrie a quelque peu varié en cours de route) nous nous proposons d'explorer ici à partir de l'enquête SUMER trois types de différenciations éventuelles des facteurs de l'évaluation et du jugement des salariés sur le travail et la santé. Le modèle précédent servira de base à cette investigation.

2-1 Différenciations de sexe

Appliqué séparément aux salariés masculins et féminins, le même modèle synthétique ne donne pas de résultats fondamentalement différents (tableau 33). Les effets « moins de 30 ans », de CSP et d'ancienneté sur la propension des uns et des autres à déclarer une relation négative entre travail et santé ne sont pas très différents. Quand à l'effet « secteur », caractérisé par la spécificité des réponses dans le bâtiment, il est spécifiquement masculin. Les facteurs psychosociaux différencient plus nettement encore la perception des femmes que celle des hommes, au regard en particulier du soutien social, de l'absence de « compensation » de la charge psychique et des situations de travail difficiles ou dangereuses. Par rapport aux horaires de travail, les deux populations réagissent de manière analogue, les hommes paraissant juste un peu plus sensibles que les femmes à leur variabilité journalière. Par ailleurs, les jugements des hommes sur la relation travail/santé sont plus sensibles à l'exposition aux nuisances sonores, au travail avec machines et outils vibrants et – comme on l'a déjà noté – aux risques chimiques ; les jugements des femmes réagissent plus fortement à l'exposition aux rayonnements – sans doute en lien avec la question de la maternité ? L'influence de la fatigue est plus du côté des hommes, celle du stress plus du côté des femmes. Leur état de santé perçue et l'expérience récente d'arrêts maladie-AT influencent plus la réponse des femmes que celle des hommes.

Du côté de l'auto-évaluation de l'état de santé, on note que les femmes précaires sont beaucoup plus « négatives » que les hommes se trouvant dans les mêmes conditions statutaires. L'absence de soutien social, une charge psychique peu « compensée » et le

vécu de situations relationnelles difficiles jouent plus chez les femmes que chez les hommes dans le sens d'une dégradation de l'état de santé perçu. En revanche, le travail de nuit ou de dimanche, le travail avec conduite sont plus nettement facteurs de jugement positif sur la santé pour les hommes que pour les femmes, toutes choses égales par ailleurs. L'insomnie et une perception négative de la relation travail/santé jouent plus intensément en faveur d'un jugement négatif sur la santé pour les femmes que pour les hommes.

Tableau 33

LOGIT : hypothèse nulle =	estimer une relation négative w/santé				mal noter son état de santé			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*		*	
30 - 39 ans								
<30 ans	*	1,29	*	1,33	*	0,84	*	0,80
40 - 49 ans	ns	0,92	ns	0,94	*	1,50	*	1,40
50 ans et +	ns	0,93	ns	1,02	*	2,22	*	2,02
ouvriers								
cadres	ns	1,06	**	0,72	*	0,70	*	0,62
pro.interm.	*	0,81	**	0,74	***	0,86	*	0,72
employé(e)s	*	0,80	*	0,71	ns	0,97	***	0,85
cdi								
fonctionnaire	*	0,65	**	0,80	ns	1,13	ns	1,15
précaire	ns	0,90	**	0,77	ns	0,87	**	1,23
ancienneté 3 à 10 ans								
ancienneté <=3ans	***	0,89	ns	0,94	ns	1,07	ns	0,96
ancienneté >10	**	1,16	*	1,24	*	1,17	*	1,25
50 à 499 salariés								
1 à 49 salariés	**	0,90	ns	1,03	***	1,09	ns	1,05
500 salariés et +	ns	1,10	ns	1,14	ns	0,95	ns	0,92
industrie								
agriculture	ns	0,97	ns	0,84	ns	0,79	ns	0,79
construction	*	1,29	ns	0,65	ns	1,01	ns	0,99
Tertiaire	**	1,14	ns	0,92	ns	1,00	ns	0,94
soutien social moyen (K)								
soutien social faible (K)	*	1,24	*	1,35	*	1,17	*	1,27
soutien social fort (K)	*	0,80	**	0,81	*	0,82	*	0,83
charge psy.moyenne (K)								
charge psy.faible (K)	***	0,89	ns	0,98	ns	1,02	ns	0,95
charge psy.forte (K)	*	1,31	*	1,36	*	1,36	**	1,18
latitude déc.moyenne (K)								
latitude déc.faible (K)	ns	1,08	***	1,14	*	1,28	***	1,11
latitude déc.forte (K)	ns	1,01	ns	1,15	*	0,75	*	0,72
charge moyt compensée (K)								
charge bien compensée (K)	ns	0,92	ns	1,02	ns	0,94	***	1,13
charge peu compensée (K)	*	1,33	*	1,58	ns	1,08	*	1,21
0 vécu sit.difficiles								
vécu situations difficiles	*	1,28	*	1,44	*	1,15	*	1,26
amplitude jour. <= 9 h.								
amplitude jour. > 9 h.	*	1,15	***	1,12	ns	1,00	ns	1,03

LOGIT (suite 1)	estimer une relation négative w/santé				mal noter son état de santé			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
durée hebdo <=38 h.								
durée hebdo >38 h.	ns	1,05	ns	1,10	ns	0,94	ns	0,97
ne w pas en équipe								
travaille en équipe	**	1,16	ns	1,11	***	1,12	ns	1,08
<= 18 dimanches / an								
> 18 dimanches /an	*	1,37	*	1,40	*	0,80	**	0,81
<= 40 nuits / an								
> 40 nuits par an	*	1,56	*	1,46	*	0,83	ns	1,08
horaires jour.identiques								
horaires jour.différents	*	1,34	***	1,17	ns	0,99	ns	1,07
travail = horaire prévu								
travail > horaire prévu	ns	0,93	ns	0,91	ns	0,96	***	0,89
3 à 6 contr. temporelles								
<3 contraintes temporelles	**	1,15	ns	0,92	ns	0,95	ns	1,02
7 contr. temporelles et +	ns	1,00	ns	0,90	ns	1,08	ns	1,08
faible expo. nuis. sonores								
forte expo. nuis. sonores	*	1,37	**	1,19	ns	0,98	ns	1,05
faible expo. nuis. thermiques								
forte expo. nuis. thermiques	ns	1,07	ns	1,17	ns	1,03	ns	0,95
faible expo.rayonnements								
forte expo.rayonnements	*	1,53	*	2,00	**	0,84	**	0,77
pas trav.en air et espace contrôlé								
travail en air et espace contrôlés	ns	1,02	ns	1,04	ns	1,06	**	0,87
faibles contraintes visuelles								
fortes contraintes visuelles	***	0,91	*	0,82	**	0,90	***	0,89
pas manut. manuelle de charges								
manutention manuelle de charges	ns	1,01	ns	1,09	**	1,10	ns	1,01
pas contr.postur.articulaires								
contraintes posturales/articulaires	ns	1,01	ns	0,97	ns	0,98	ns	1,05
pas trav. avec mach./outils vibrants								
travail avec machines/outils vibrants	*	1,24	ns	0,90	**	1,14	ns	1,22
pas trav.avec conduite								
travail avec conduite	ns	1,04	ns	1,05	*	0,89	ns	1,04
pas expo. à agents biologiques								
exposé à agents biologiques	ns	0,97	ns	0,97	ns	0,97	***	0,88
pas expo. à agents chimiques								
exposé à agents chimiques	*	1,24	ns	0,99	ns	1,03	ns	0,93
4-5 expo. risques prof.								
<=3 expo risques pro	ns	1,01	ns	1,09	ns	1,04	ns	0,98
>= 6 expo risques pro	ns	1,03	ns	1,14	ns	1,00	ns	1,10
w peu fatigant								
w fatigant	*	1,88	*	1,69	*	0,87	ns	0,97
w peu stressant								
w stressant	*	1,61	*	1,80	*	1,17	***	1,10
satisfait de son w								
pas satisfait de son w	*	2,83	*	3,65	*	1,46	*	1,37

LOGIT (suite 2)	estimer une relation négative w/santé				mal noter son état de santé			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
ne souhaite pas partir								
souhaite partir	*	1,70	*	1,47	ns	0,99	*	1,17
pas d'insomnies								
insomnies	*	1,42	*	1,34	*	1,42	*	1,74
pas d'arrêt de w								
1 arrêt de w et plus	*	1,31	*	1,53	*	1,58	*	1,64
état santé a.e.plutôt bon								
état santé a.e.plutôt mauvais	*	2,43	*	2,92				
le w n'influence pas négativt la santé								
le travail influence négativt la santé					*	2,31	*	2,74
Percent Concordant		80,4		84,6		72,4		74,8
Percent Discordant		19,4		15,2		27,3		24,9
Percent Tied		0,2		0,2		0,3		0,2

*** p<0,10 ; **p< 0,05 ; * p< 0,01 ; ns non statistiquement significatif.

2-2 Les facteurs du jugement sur la santé selon l'âge des salariés

De la même manière, quelques nuances séparent les classes d'âge quand à la relation déclarée entre le travail et la santé (tableau 34). D'abord, les employé(e)s et professions intermédiaires sont d'autant plus positifs (par rapport aux ouvriers) sur le sens de cette relation qu'ils sont jeunes. On peut voir là un effet de génération lié à la dévalorisation sociale graduelle de la condition ouvrière. Ensuite, lorsqu'on clive le modèle par classes d'âges, les effets de l'ancienneté, de la taille de l'établissement ou du secteur d'activité sur la perception de la relation travail/santé disparaissent ; autrement dit, on peut faire l'hypothèse qu'une partie au moins de ces effets antérieurement perçus étaient attribuables au jeu de l'âge sur la perception de la relation travail/santé³⁹ – effet évident en ce qui concerne l'ancienneté, généralement corrélée à l'âge).

Les situations de précarité d'emploi influencent surtout (mais positivement) la relation travail/santé chez les plus jeunes, quasiment pas chez les plus de 30 ans. L'absence de soutien social joue plus fortement chez les plus âgés, mais la charge psychique du travail et l'absence de latitude décisionnelle influencent plus fortement le jugement négatif des plus jeunes ; il en est de même du vécu des situations relationnelles difficiles/dangereuses. Par ailleurs, la perception négative des plus jeunes est moins fortement influencée que celle de leurs aînés par la pratique du travail de nuit et de dimanche ; elle l'est plus en revanche par la variabilité quotidienne des horaires de travail. Les expositions aux risques physiques, chimiques ou biologiques ne différencient pas sensiblement les perceptions selon les classes d'âge. Le sentiment d'effectuer un travail fatigant joue un rôle dégressif selon l'âge sur la perception d'une relation négative entre travail et santé. L'expérience d'arrêts de travail récents et, surtout, l'auto-évaluation de l'état de santé y jouent inversement un rôle nettement progressif.

³⁹ Bien que l'avancement en âge n'ait qu'un effet très limité sur la perception de la relation travail santé : 27,8% des moins de 30 ans jugent négative la relation entre leur santé et leur travail ; 26,5% des 30-40 ans sont dans ce cas ; 27,9% pour les 40-50 et 28,7% des plus de 50 ans. En revanche, l'effet de l'âge est tout à fait net sur l'auto-évaluation de la santé : 27,0% des moins de 30 ans l'évaluent plutôt mauvaise ; 30,4% des 30-40 ans ; 39,5% des 40-50 ans ; et 47,8% des 50 ans et plus.

Tableau 34

LOGIT : hypothèse nulle =	estimer une relation négative w/santé							
	<30 ans		30 – 40		40 – 50		50 +	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*		*	
homme								
femme	*	0,76	*	0,70	*	0,66	*	0,72
ouvriers								
cadres	ns	0,92	ns	1,08	ns	0,90	ns	0,90
pro.interm.	*	0,62	ns	0,94	**	0,79	*	0,72
employé(e)s	*	0,58	ns	0,85	**	0,75	ns	0,83
cdi								
fonctionnaire	**	0,58	**	0,72	***	0,79	**	0,67
précaire	*	0,76	ns	1,02	ns	0,74	ns	0,74
ancienneté 3 à 10 ans								
ancienneté < =3ans	ns	1,01	ns	0,89	***	0,81	ns	0,87
ancienneté >10	ns	1,35	ns	1,05	*	1,27	ns	1,19
50 à 499 salariés								
1 à 49 salariés	ns	0,90	***	0,87	ns	1,04	ns	1,05
500 salariés et +	ns	1,13	ns	1,10	ns	1,07	ns	1,11
industrie								
agriculture	ns	0,94	ns	0,99	ns	0,88	ns	0,63
construction	ns	1,22	ns	1,10	ns	1,06	***	1,43
tertiaire	ns	1,15	ns	1,02	ns	1,05	ns	1,08
soutien social moyen (K)								
soutien social faible (K)	**	1,21	**	1,21	*	1,44	*	1,28
soutien social fort (K)	*	0,70	**	0,77	ns	0,94	***	0,79
charge psy.moyenne (K)								
charge psy.faible (K)	**	0,78	ns	0,98	***	0,84	ns	1,01
charge psy.forte (K)	*	1,41	*	1,47	**	1,23	**	1,26
latitude déc.moyenne (K)								
latitude déc.faible (K)	**	1,19	*	1,25	ns	0,92	ns	1,07
latitude déc.forte (K)	ns	0,97	ns	1,01	**	1,19	ns	1,03
charge moyt compensée (K)								
charge bien compensée (K)	ns	1,13	ns	0,90	ns	0,97	ns	0,88
charge peu compensée (K)	*	1,34	*	1,39	*	1,47	*	1,40
0 vécu sit.difficiles								
vécu situations difficiles	*	1,44	*	1,30	*	1,25	*	1,38
durée hebdo <=38 h.								
durée hebdo >38 h.	ns	1,06	ns	1,00	ns	1,06	ns	1,15
amplitude jour. <= 9 h.								
amplitude jour. > 9 h.	ns	1,14	*	1,26	ns	1,09	ns	1,07
ne w pas en équipe								
travaille en équipe	**	1,26	ns	1,12	ns	1,02	ns	1,23
<= 18 dimanches / an								
> 18 dimanches /an	***	1,26	**	1,31	*	1,70	***	1,34
<= 40 nuits / an								
> 40 nuits par an	**	1,35	*	1,72	*	1,55	*	1,66

Tableau 34 (suite)	<30 ans		30 - 40		40 - 50		50 +	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
horaires jour.identiques								
horaires jour.différents	*	1,40	*	1,34	ns	1,14	***	1,24
travail = horaire prévu								
travail > horaire prévu	ns	0,95	ns	0,98	***	0,86	ns	0,91
3 à 6 contr. temporelles								
<3 contraintes temporelles	ns	1,04	ns	1,04	ns	0,99	***	1,22
7 contr. temporelles et +	ns	0,91	ns	1,09	ns	0,86	ns	1,00
faible expo. nuis. sonores								
forte expo. nuis. sonores	*	1,32	*	1,37	*	1,34	***	1,18
faible expo. nuis. thermiques								
forte expo. nuis. thermiques	ns	1,12	*	1,28	ns	1,02	ns	0,91
faible expo.rayonnements								
forte expo.rayonnements	*	1,61	*	2,04	*	1,54	ns	1,28
pas trav.en air et espace contrôlé								
travail en air et espace contrôlés	ns	1,10	ns	0,98	ns	1,01	ns	0,99
faibles contraintes visuelles								
fortes contraintes visuelles	ns	0,89	*	0,79	ns	0,93	ns	0,95
pas manut. manuelle de charges								
manutention manuelle de charges	ns	1,05	ns	1,03	ns	1,09	ns	0,95
pas contr.postur.articulaires								
contraintes posturales/articulaires	ns	0,90	ns	0,90	**	1,19	ns	0,95
pas trav. avec mach./outils vibrants								
travail avec machines/outils vibrants	*	1,59	ns	1,16	ns	1,13	ns	1,02
pas trav.avec conduite								
travail avec conduite	ns	1,03	***	1,15	ns	0,89	ns	1,10
pas expo. à agents biologiques								
exposé à agents biologiques	ns	0,96	ns	0,91	ns	1,02	ns	0,97
pas expo. à agents chimiques								
exposé à agents chimiques	ns	1,15	*	1,35	ns	1,00	**	1,25
4-5 expo. risques prof.								
<=3 expo risques pro	ns	0,98	ns	1,03	ns	1,01	**	1,20
>= 6 expo risques pro	ns	0,97	ns	0,95	ns	1,13	ns	1,29
w peu fatigant								
w fatigant	*	2,01	*	1,96	*	1,64	*	1,59
w peu stressant								
w stressant	*	1,67	*	1,46	*	1,68	*	2,05
satisfait de son w								
pas satisfait de son w	*	2,53	*	3,13	*	3,35	*	3,86
ne souhaite pas partir								
souhaite partir	*	1,40	*	1,66	*	1,63	*	2,03
pas d'insomnies								
insomnies	*	1,38	*	1,38	*	1,40	*	1,42
pas d'arrêt de w								
1 arrêt de w et plus	*	1,27	*	1,35	*	1,54	*	1,43
état santé a.e.plutôt bon								
état santé a.e.plutôt mauvais	*	2,04	*	2,75	*	2,68	*	3,18
Percent Concordant		81,1		83,1		82,6		83,6
Percent Discordant		18,7		16,7		17,2		16,2
Percent Tied		0,2		0,2		0,2		0,2

*** p<0,10 ; **p< 0,05 ; * p< 0,01 ; ns non statistiquement significatif.

Concernant la notation de leur état de santé par les salariés eux-mêmes (tableau 35), quelques facteurs seulement différencient – mais alors très légèrement – les tranches d'âge. Elle est plus sensible par exemple à l'absence de soutien social, à la variabilité journalière des horaires de travail ou au sentiment de stress chez les plus jeunes ; aux insomnies et à la perception d'une relation négative entre travail et santé chez les plus anciens.

Tableau 35

LOGIT : hypothèse nulle =	mal noter son état de santé							
	<30 ans		30 - 40		40 - 50		50 +	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*		*	
homme								
femme	ns	1,14	*	1,22	*	1,20	ns	1,10
ouvriers								
cadres	ns	0,83	ns	0,82	*	0,63	*	0,62
pro.interm.	ns	0,87	**	0,83	**	0,84	**	0,77
employé(e)s	ns	0,89	ns	0,99	ns	0,91	ns	0,91
cdi								
fonctionnaire	ns	0,99	ns	1,06	ns	1,12	**	1,37
précaire	ns	1,14	ns	1,00	ns	0,85	ns	1,37
ancienneté 3 à 10 ans								
ancienneté < =3ans	ns	0,88	ns	1,08	ns	1,09	ns	0,96
ancienneté >10	ns	0,78	*	1,24	**	1,15	*	1,34
50 à 499 salariés								
1 à 49 salariés	**	1,20	***	1,13	ns	1,05	ns	0,94
500 salariés et +	ns	1,08	ns	1,01	ns	0,91	*	0,79
industrie								
agriculture	ns	1,00	ns	0,74	ns	0,87	ns	0,66
construction	ns	0,85	ns	1,15	ns	1,02	ns	0,89
tertiaire	ns	1,13	ns	1,09	***	0,89	***	0,87
soutien social moyen (K)								
soutien social faible (K)	*	1,46	*	1,32	ns	1,08	***	1,15
soutien social fort (K)	ns	0,93	***	0,86	*	0,74	*	0,79
charge psy.moyenne (K)								
charge psy.faible (K)	ns	0,94	ns	1,04	ns	1,00	ns	0,93
charge psy.forte (K)	**	1,23	*	1,38	*	1,35	ns	1,11
latitude déc.moyenne (K)								
latitude déc.faible (K)	***	1,16	**	1,18	*	1,33	***	1,14
latitude déc.forte (K)	***	0,83	**	0,82	*	0,68	*	0,68
charge moyt compensée (K)								
charge bien compensée (K)	ns	0,88	ns	0,89	ns	1,14	ns	1,15
charge peu compensée (K)	***	1,18	ns	1,09	ns	1,04	**	1,25
0 vécu sit.difficiles								
vécu situations difficiles	*	1,28	**	1,15	*	1,22	**	1,18
durée hebdo <=38 h.								
durée hebdo >38 h.	ns	0,95	ns	0,94	ns	1,03	ns	0,90
amplitude jour. <= 9 h.								
amplitude jour. > 9 h.	ns	1,11	ns	1,01	ns	0,95	ns	1,02
ne w pas en équipe								
travaille en équipe	ns	0,98	*	1,26	***	1,16	ns	1,00
<= 18 dimanches / an								
> 18 dimanches /an	ns	0,92	**	0,80	*	0,73	ns	0,85
<= 40 nuits par an								
> 40 nuits par an	ns	1,04	ns	0,89	ns	0,85	ns	0,82

LOGIT (suite)	mal noter son état de santé							
		<30 ans	30 - 40	40 - 50	50 +			
horaires jour.identiques								
horaires jour.différents	**	1,24	ns	0,92	ns	1,04	ns	0,97
travail = horaire prévu								
travail > horaire prévu	ns	0,99	ns	0,95	*	0,80	ns	1,10
3 à 6 contr. temporelles								
<3 contraintes temporelles	ns	1,13	ns	0,94	ns	0,94	ns	0,94
7 contr. temporelles et +	ns	1,06	ns	1,05	ns	1,02	***	1,22
faible expo. nuis. sonores								
forte expo. nuis. sonores	ns	1,02	ns	0,95	***	1,14	ns	0,91
faible expo. nuis. thermiques								
forte expo. nuis. thermiques	ns	1,12	ns	1,03	ns	0,90	ns	1,08
faible expo.rayonnements								
forte expo.rayonnements	ns	1,03	**	0,76	**	0,76	ns	0,86
pas trav.en air et espace contrôlé								
travail en air et espace contrôlés	ns	0,97	ns	0,99	ns	0,97	ns	0,98
faibles contraintes visuelles								
fortes contraintes visuelles	ns	1,00	**	0,84	*	0,83	ns	0,97
pas manut. manuelle de charges								
manutention manuelle de charges	ns	1,13	ns	1,01	ns	1,07	ns	1,07
pas contr.postur.articulaires								
contraintes posturales/articulaires	ns	1,04	ns	1,03	ns	0,96	ns	1,03
pas trav. avec mach./outils vibrants								
travail avec machines/outils vibrants	ns	1,18	***	1,20	ns	1,02	ns	1,24
pas trav.avec conduite								
travail avec conduite	ns	0,92	ns	0,91	ns	0,91	ns	0,94
pas expo. à agents biologiques								
exposé à agents biologiques	**	0,79	ns	0,97	ns	0,94	ns	1,02
pas expo. à agents chimiques								
exposé à agents chimiques	ns	0,91	ns	0,90	ns	0,96	ns	1,14
4-5 expo. risques prof.								
<=3 expo risques pro	ns	0,99	ns	1,01	ns	1,04	ns	1,02
>= 6 expo risques pro	ns	0,97	ns	1,11	ns	1,14	***	0,79
w peu fatigant								
w fatigant	ns	0,91	**	0,87	ns	0,92	ns	0,94
w peu stressant								
w stressant	**	1,20	**	1,18	ns	1,09	ns	1,09
satisfait de son w								
pas satisfait de son w	*	1,73	*	1,35	*	1,66	ns	1,02
ne souhaite pas partir								
souhaite partir	ns	1,07	ns	0,99	ns	1,05	ns	1,15
pas d'insomnies								
insomnies	*	1,47	*	1,47	*	1,65	*	1,67
pas d'arrêt de w								
1 arrêt de w et plus	*	1,75	*	1,60	*	1,60	*	1,54
le w n'influence pas négativt la santé								
le travail influence négativt la santé	*	1,92	*	2,56	*	2,52	*	2,97
Percent Concordant		72,4		71,6		73,0		72,3
Percent Discordant		27,3		28,0		26,8		27,4

*** p<0,10 ; **p<0,05 ; * p<0,01 ; ns non statistiquement significatif.

2-3 Différenciations de statut et santé vécue

Le modèle synthétique proposé pour analyser les facteurs du jugement des salariés sur la relation travail/santé s'applique de façon tout à fait particulière aux salariés en contrats précaires (cdd, intérim, stages, contrats d'apprentissage) (tableau 37). Ces salariés en position de forte vulnérabilité sur le marché du travail semblent – paradoxalement ? – aussi les plus « optimistes » sur la relation entre travail et santé comme sur leur propre état de santé.

Tableau 35a

	Salariés CDI	Fonctionnaires	Précaires
% estimant une relation négative entre travail et santé	28,0	30,2	22,0
% notant « mal » leur état de santé	35,6	44,7	29,3

Si l'on porte l'attention sur les facteurs d'une relation négative entre travail et santé (logit, tableau 37) selon le statut d'emploi, on relève plusieurs singularités :

- L'effet spécifique de sexe, noté par ailleurs, ne joue pratiquement pas pour les précaires : femmes et hommes précaires ne se différencient pas significativement – toutes choses égales par ailleurs – dans leur jugement « optimiste » sur la relation travail/santé. Par contre, les femmes précaires sont – bien plus que les salariées à statut – très pessimistes sur leur état de santé.

- L'effet d'âge (des moins de 30 ans) ne joue pas non plus ; pas plus que ne joue - en cohérence - un rôle l'ancienneté dans l'établissement

- Les facteurs « psychosociaux », pris séparément, n'influencent sensiblement le jugement négatif des précaires sur les effets du travail sur la santé que dans des situations « anormales » compte tenu de leur statut (faible soutien social, forte charge psychologique, forte latitude). En effet, un des traits saillants des emplois précaires (tableaux 36) est justement d'être caractérisés par une faible charge psychologique, une faible latitude décisionnelle, mais un soutien social plutôt élevé :

Tableau 36-a

	latitude décisionnelle		charge psychique		soutien social	
	faible	forte	faible	forte	faible	fort
fonctionnaires	57,4	42,6	44,7	55,3	48,5	51,5
précaires	61,9	38,1	60,8	39,2	38,4	61,6
cdi	48,3	51,7	51,7	48,3	45,7	54,3
	Indice Karasek synthétique					
	charge peu compensée		charge moyent compensée		charge compensée	
fonctionnaires	27,9		25,4		46,7	
précaires	40,8		26,0		33,2	
cdi	33,9		28,4		37,7	

Tableau 36-b

	précaires		fonctionnaires		cdi	
	latitude décisionnelle		latitude décisionnelle		latitude décisionnelle	
charge psychique	faible	forte	faible	forte	faible	forte
faible	38,1	22,7	26,1	18,6	26,3	25,4
forte	23,9	15,4	31,3	24,0	22,0	26,4
	soutien social		soutien social		soutien social	
charge psychique	faible	fort	faible	fort	faible	fort
faible	19,4	41,4	19,8	24,9	20,9	30,8
forte	18,9	20,3	28,7	26,6	24,8	23,5
	soutien social		soutien social		soutien social	
latitude décisionnelle	faible	fort	faible	fort	faible	fort
faible	27,9	34,0	33,2	24,2	27,7	20,6
forte	10,5	27,6	15,3	27,3	18,0	33,7

Contrairement à ce que l'on observe chez les salariés à statut, une faible compensation de la charge psychologique des précaires ne déclenche pas un jugement négatif sur la relation travail/santé ; mais elle influence négativement, plus que chez les salariés à statut, l'auto-évaluation de la santé.

- Enfin, le jugement des précaires est particulièrement sensible au vécu de situations difficiles /dangereuses, à la variabilité journalière des horaires de travail – mais à aucune autre contrainte temporelle –, à la manutention manuelle de charges, au travail avec machines et outils vibrants et à l'exposition à des risques chimiques (sensiblement plus que les salariés à statut).

Tableau 37

LOGIT : hypothèse nulle =	estimer une relation négative w/santé				mal noter son état de santé			
	précaires		non précaires		précaires		non précaires	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*		*	
homme								
femme	ns	0,79	*	0,69	*	1,54	*	1,17
30 - 39 ans								
<30 ans	ns	0,96	*	1,32	ns	0,82	*	0,83
40 - 49 ans	***	0,61	ns	0,93	ns	1,23	*	1,47
50 ans et +	ns	0,73	ns	0,95	*	2,60	*	2,13
ouvriers								
cadres	ns	0,49	ns	0,95	ns	0,57	*	0,70
pro.interm.	**	0,57	*	0,76	*	0,50	*	0,85
employé(e)s	**	0,56	*	0,75	*	0,61	ns	0,95
ancienneté 3 à 10 ans								
ancienneté <=3ans	ns	0,75	***	0,91	ns	0,87	ns	1,03
ancienneté >10	ns	0,91	*	1,18	ns	1,00	*	1,20
50 à 499 salariés								
1 à 49 salariés	ns	0,89	ns	0,96	***	1,31	ns	1,05
500 salariés et +	ns	0,99	ns	1,06	ns	0,80	ns	0,95

LOGIT (suite 1)	estimer une relation négative w/santé				mal noter son état de santé			
	précaires		non précaires		précaires		non précaires	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
industrie								
agriculture	ns	1,70	ns	0,84	ns	0,71	ns	0,79
construction	ns	1,45	ns	1,13	ns	1,01	ns	1,00
tertiaire	ns	1,00	ns	1,03	ns	0,90	ns	1,00
soutien social moyen (K)								
soutien social faible (K)	***	1,38	*	1,28	ns	1,19	*	1,21
soutien social fort (K)	ns	0,76	*	0,80	ns	0,78	*	0,82
charge psy.moyenne (K)								
charge psy.faible (K)	ns	0,90	***	0,91	ns	1,05	ns	0,99
charge psy.forte (K)	**	1,65	*	1,32	**	1,56	*	1,28
latitude déc.moyenne (K)								
latitude déc.faible (K)	ns	1,24	**	1,10	**	1,33	*	1,20
latitude déc.forte (K)	**	1,60	ns	1,04	ns	0,97	*	0,74
charge moyt compensée (K)								
charge bien compensée (K)	ns	0,94	ns	0,96	ns	1,15	ns	1,01
charge peu compensée (K)	ns	1,32	*	1,39	**	1,44	**	1,11
0 vécu sit.difficiles								
vécu situations difficiles	*	1,85	*	1,30	**	1,31	*	1,19
durée hebdo <=38 h.								
durée hebdo >38 h.	ns	1,04	ns	1,06	ns	0,84	ns	0,97
amplitude jour. <= 9 h.								
amplitude jour. > 9 h.	**	1,37	*	1,14	ns	1,08	ns	1,01
ne w pas en équipe								
travaille en équipe	ns	1,08	**	1,13	ns	0,91	**	1,12
<= 18 dimanches / an								
> 18 dimanches /an	ns	1,03	*	1,38	ns	0,72	*	0,82
<= 40 nuits / an								
> 40 nuits par an	ns	1,31	*	1,58	ns	1,18	**	0,87
horaires jour.identiques								
horaires jour.différents	*	1,76	*	1,26	**	1,44	ns	0,99
travail = horaire prévu								
travail > horaire prévu	ns	0,91	ns	0,93	ns	1,14	***	0,93
3 à 6 contr. temporelles								
<3 contraintes temporelles	ns	1,33	ns	1,04	ns	1,05	ns	0,98
7 contr. temporelles et +	ns	0,78	ns	0,98	ns	1,22	ns	1,08
faible expo. nuis. sonores								
forte expo. nuis. sonores	ns	1,18	*	1,34	ns	0,81	ns	1,02
faible expo. nuis. thermiques								
forte expo. nuis. thermiques	ns	1,05	**	1,11	ns	0,96	ns	1,00
faible expo.rayonnements								
forte expo.rayonnements	ns	1,20	*	1,69	ns	0,86	*	0,82
pas trav.en air et espace contrôlé								
travail en air et espace contrôlés	ns	1,35	ns	1,03	ns	0,85	ns	0,99
faibles contraintes visuelles								
fortes contraintes visuelles	ns	1,16	*	0,89	ns	1,25	*	0,87
pas manut. manuelle de charges								
manutention manuelle de charges	*	1,68	ns	0,99	ns	1,23	ns	1,06

LOGIT (suite 2)	estimer une relation négative w/santé				mal noter son état de santé			
	précaires		non précaires		précaires		non précaires	
	p	odd	p	odd	p	odd	p	odd
pas contr.postur.articulaires								
contraintes posturales/articulaires	ns	0,79	ns	1,00	ns	1,11	ns	1,01
pas trav. avec mach./outils vibrants								
travail avec machines/outils vibrants	**	1,55	*	1,21	ns	0,98	**	1,14
pas trav.avec conduite								
travail avec conduite	ns	1,32	ns	1,02	***	0,73	***	0,94
pas expo. à agents biologiques								
exposé à agents biologiques	ns	0,78	ns	0,93	ns	0,97	ns	0,95
pas expo. à agents chimiques								
exposé à agents chimiques	*	1,90	**	1,12	ns	0,88	ns	0,98
4-5 expo. risques prof.								
<=3 expo risques pro	ns	1,20	ns	1,03	***	0,78	ns	1,04
>= 6 expo risques pro	ns	0,73	ns	1,08	ns	1,17	ns	1,02
w peu fatigant								
w fatigant	*	2,14	*	1,80	ns	1,03	*	0,90
w peu stressant								
w stressant	*	1,75	*	1,65	ns	1,09	*	1,15
satisfait de son w								
pas satisfait de son w	*	2,37	*	3,22	ns	1,29	*	1,43
ne souhaite pas partir								
souhaite partir	*	1,88	*	1,62	ns	1,08	ns	1,05
pas d'arrêt de w								
1 arrêt de w et plus	**	1,43	*	1,39	*	1,52	*	1,56
pas d'insomnies								
insomnies	ns	1,11	*	1,41	*	1,51	*	1,61
état santé a.e.plutôt bon								
état santé a.e.plutôt mauvais	*	2,00	*	2,63				
le w n'influence pas négativt la santé								
le travail influence négativt la santé					*	1,89	*	2,46
Percent Concordant		83,3		82,2		73,8		73,3
Percent Discordant		16,5		17,6		25,9		26,4
Percent Tied		0,2		0,2		0,3		0,3

*** p<0,10 ; **p< 0,05 ; * p< 0,01 ; ns non statistiquement significatif.

3- Figures comparées de deux groupes socioprofessionnels à partir de l'enquête SUMER : filières soignantes féminines et filières ouvrières masculines de l'industrie

3-1- Les deux populations retenues dans l'étude du LEST

Pour analyser plus finement qu'avec l'enquête nationale SUMER la manière dont se construisent la relation travail/santé et l'état de santé dans le vécu des salariés – et dans leur « discours », pourrait-on dire – les chercheurs du LEST ont ciblé deux terrains spécifiques, bien localisés dans l'espace géographique (région marseillaise) et assez bien identifiés dans l'espace socioprofessionnel.

Le premier est un grand centre hospitalier universitaire au sein duquel une sous-population de soignantes (infirmières et aides-soignantes) a été soumise au remplissage d'un questionnaire détaillé spécifique de type enquête SUMER (137 réponses) et, pour certaines, à des entretiens qualitatifs approfondis (22 soignantes).

Le second est une zone géographique caractérisée par une forte emprise de l'industrie pétrolière – et des productions chimiques qui en dérivent – sur un marché du travail fortement marqué par la sous-traitance des donneurs d'ordre pétroliers auprès d'entreprise de tailles diverses. L'enquête LEST a ciblé une population masculine d'ouvriers, agents de maîtrise et techniciens intervenant auprès des grands groupes pétroliers pour des entreprises sous-traitantes. Un questionnaire analogue à celui utilisé pour les soignantes a reçu 101 réponses. Parmi cette population, 19 salariés (dont deux avaient répondu aussi à l'enquête SUMER de 2003) ont été soumis à des entretiens semi-directifs approfondis.

Dans cette partie nous tentons de « cadrer » cette population à partir des données recueillies par l'enquête SUMER. Entreprise délicate dans la mesure où, en dépit d'un questionnaire fourni et d'un échantillon de taille importante (24 486 salariés ont rempli l'auto-questionnaire), un repérage précis des populations visées par l'étude LEST est peu envisageable ou, lorsqu'il l'est – comme pour les soignantes en hôpital public⁴⁰ - la taille de l'échantillon de référence est trop petite pour laisser envisager une analyse statistique (significative) très poussée. Néanmoins, en « élargissant » le champ de définition des deux populations visées, quelques traits distinctifs signifiants de ces deux groupes socioprofessionnels sont mis en évidence.

Pour ce faire, nous avons retenu les options suivantes.

* Concernant les soignantes, la catégorie statistique qui sera le plus souvent utilisée dans cette note sera la plus « large » possible : elle regroupera toutes les infirmières, sages-femmes et aides-soignantes sans tenir compte du statut de l'établissement qui les emploie. Pour quelques tris à plat, on pourra toutefois comparer infirmières et AS (aides-soignantes) ou hôpitaux publics / établissements privés.

Tableau 38
Echantillon SUMER des soignantes (auto-questionnaire)

	Tous établissements	- dont public	- dont non public
Soignantes :	1 107	752	355
- dont infirmières/sf	600	438	162
- dont AS	507	314	193

* S'agissant des ouvriers, agents de maîtrise et techniciens de la sous-traitance pétrolière (dénommés « O-AM-T » par la suite), leur repérage dans l'enquête était impossible, la notion de « sous-traitance » ne correspondant malheureusement elle-même à aucune catégorie statistique. En tenant compte de la connaissance que nous avons du terrain étudié, nous avons donc construit une catégorie « proxy », beaucoup plus large elle aussi que la population visée pour « représenter » les ouvriers, agents de maîtrise, techniciens de la sous-traitance pétrolière. Construite à partir de la nomenclature des familles professionnelles (FAP 2003), elle regroupe, pour le seul secteur industriel (à l'exclusion donc ici des services et du bâtiment) les professions suivantes :

- ouvriers non qualifiés électricité et électronique
- ouvriers qualifiés électricité et électronique

⁴⁰ Mais, par exemple, l'enquête SUMER n'autorise pas à distinguer entre soignantes en CHU et soignantes en hôpitaux locaux, etc.

- techniciens, agents de maîtrise électricité
- ouvriers non qualifiés de la mécanique
- ouvriers qualifiés de la mécanique
- techniciens, agents de maîtrise industries mécaniques
- ouvriers qualifiés de la maintenance
- techniciens, agents de maîtrise maintenance et organisation
- ouvriers non qualifiés de la manutention
- ouvriers qualifiés de la manutention
- conducteurs de véhicules

Ainsi défini le groupe « O-AM-T » atteint une taille acceptable pour des traitements statistiques.

Tableau 39
Echantillon SUMER des « O-AM-T » de l'industrie

	Tous	- dont ouvriers	- dont AM et T
O-AM-T:	2153	1281	872

3-2- Caractéristiques comparées des deux populations de l'enquête LEST

En dépit du caractère « grossier » et approximatif des deux catégories statistiques utilisées pour représenter nos terrains, elles permettent à la fois de situer nos deux groupes socioprofessionnels l'un par rapport à l'autre et de confronter chacun aux moyennes nationales sexuées au regard des principaux indicateurs disponibles dans l'enquête SUMER. Après l'affichage de quelques données de base sur les deux populations (3-2-1) et sur la manière dont elles « perçoivent » santé et travail (3-2-2), cette confrontation est faite suivant les différentes dimensions problématiques de la relation perçue entre travail et santé.

3-2-1 Quelques données de base

Plusieurs traits caractéristiques distinguent les deux populations (tableau 40) :

* La population masculine industrielle se caractérise par un vieillissement légèrement plus élevé que les soignantes (où la population se renouvelle plus) et que la moyenne masculine nationale.

* Corrélativement, l'ancienneté dans l'établissement est en moyenne plus élevée dans ce groupe que chez les soignantes. Mais les deux groupes possèdent une double caractéristique qui les éloigne des moyennes nationales sexuées et, de ce fait, les rapproche : une très faible proportion de salariés ayant peu d'ancienneté ; une très forte proportion de salariés stables dans l'établissement. Dans un cas, celui des soignantes, le statut à l'hôpital public autorise une stabilité dans l'établissement en changeant de poste et la gestion des ressources humaines est peu basée sur des politiques de turn over : ainsi, on constate que si 16,6% des soignantes ont moins de trois ans d'ancienneté à l'hôpital public, elles sont 31,1% dans les autres établissements de santé ; corrélativement, 60,3% des soignantes du public ont plus de 10 ans d'ancienneté, contre 38,6% seulement dans le privé.

Tableau 40

	O-AM-T	SOIGNANTES	Tous H	Toutes F
Ages	%	%	%	%
-30	17,9	18,3	24,0	23,8
30 - 40	30,4	30,2	30,0	29,0
40 - 50	28,8	32,2	26,3	27,2
50 +	22,9	19,3	19,7	20,0
ancienneté dans l'établissement	%	%	%	%
ancienneté < =3ans	20,0	23,0	32,7	34,0
ancienneté 3 à 10 ans	24,6	26,3	28,1	27,4
ancienneté >10	55,4	50,8	39,2	38,6
taille établissement	%	%	%	%
1 à 49 salariés	20,3	20,8	48,8	52,7
50 à 499 salariés	41,9	32,2	34,3	31,6
500 salariés et +	37,8	47,0	16,9	15,8
catégorie socioprofessionnelle	%	%	%	%
Cadres	-	-	17,0	10,2
professions intermédiaires	34,2	47,7	23,4	24,3
employé(e)s	-	52,3	10,7	51,1
ouvrier(e)s	65,8	-	48,9	14,5
Statut	%	%	%	%
Fonctionnaire	-	50,5	2,9	8,9
contrat précaire	2,8	7,6	8,5	9,9
CDI	97,3	41,9	88,6	81,2

* Les soignantes évoluent plus souvent dans des structures de grande taille que les salariés industriels. Mais les deux groupes sont très sensiblement au-dessus de la moyenne nationale du point de vue de la taille moyenne de l'établissement.

* Les deux groupes sont hétérogènes en termes de catégories socioprofessionnelles. Celui des salariés industriels compte deux tiers d'ouvriers et un tiers de professions intermédiaires. Celui des soignantes est plus équilibré dans la répartition des effectifs entre professions intermédiaires (infirmières et sages-femmes) et employées (AS) .

* Autre trait saillant dans cette première mise en regard des deux groupes. La moitié des soignantes possèdent le statut de la fonction publique. Tous les salariés masculins industriels relèvent de contrats de droit privé. Quand aux contrats précaires - beaucoup plus nombreux dans l'agriculture(13,8%) et dans le tertiaire (11%) que dans l'industrie (3,7%) - ils sont plus du côté des soignantes que des salariés industriels⁴¹.

⁴¹ Pour la catégorie industrielle étudiée, le taux de contrat précaire est inférieur à la moyenne concernant l'ensemble de l'industrie (3,7%) et, en son sein, plus élevé pour les ouvriers (3,5%) que pour les professions intermédiaires (1,4%). Chez les soignantes, il est plus élevé pour les AS (11,4%) que pour les infirmières (3,5%), dans le secteur non public (10,5%) qu'à l'hôpital public (5,4%). Il atteint un niveau maximal pour les aides-soignantes du secteur non public (14,5%).

3-2-2 Vécu de la santé, de l'influence du travail sur la santé et symptômes auto-déclarés.

Les sollicitations physiques et psychiques particulières du travail de soin pour celles qui l'effectuent sont déjà connues. Les résultats de l'enquête SUMER (tableau 41) confirment l'emprise des conditions de travail difficiles sur le moral des salariées dans cette profession. L'influence du travail sur la santé est toujours plus fortement ressentie par les soignantes que par les autres salariés, hommes ou femmes, bien plus en particulier que par les salariés de l'industrie, moins enclins d'ailleurs que la moyenne des hommes à considérer que le travail influence la santé. Salariés masculins de l'industrie et soignantes, en revanche, perçoivent dans les mêmes proportions les effets négatifs du travail sur la santé.

Tableau 41

	O-AM-T	SOIGNANTES	Tous H	Toutes F
% estimant que le travail influence la santé	48,4	63,2	53,2	51,3
% estimant que le travail influence négativement la santé	30,7	29,9	31,4	22,5
% estimant que le travail influence positivement la santé	17,7	33,3	21,8	28,8
% notant « mal » son état de santé	37,0	39,0	33,9	37,6
% non satisfait du travail	13,9	15,5	12,4	13,2
% souhaitant changer de poste ou de travail	35,5	31,5	36,3	32,9
% ayant changé de poste/état de santé (12 mois)	4,4	6,6	4,5	5,1
% ayant eu 1 arrêt de travail et plus (12 mois)	36,4	40,1	30,0	34,7
% estimant son travail fatigant	60,3	77,0	61,7	56,2
% estimant son travail stressant	55,8	71,3	59,0	58,9
% "ne pas dormir parce que je pense à mon travail"	39,4	50,4	39,2	46,0

Les salariés hommes de l'industrie notent plus souvent mal leur état de santé que la moyenne nationale des hommes, mais légèrement mieux que les soignantes. Dans les deux populations étudiées, l'absentéisme maladie est supérieur à la moyenne, mais toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes. D'ailleurs, les soignantes ont aussi plus souvent changé de poste que les autres en raison de leur état de santé au cours des 12 derniers mois. Le vécu d'un travail fatigant et stressant est très nettement exacerbé chez les soignantes (plus des trois quarts d'entre elles déclarent leur travail fatigant), bien plus que chez les salariés hommes de l'industrie. Sans doute en lien avec ce résultat, la forte préoccupation nocturne du travail – facteur d'insomnie – est un indice supplémentaire du vécu par les soignantes de conditions de travail particulièrement pénibles.

On peut approfondir ces résultats en observant les indicateurs au niveau des catégories socioprofessionnelles plus fines qui composent ces deux groupes, finalement assez hétérogènes (tableau 42). On observe que :

* Tous les indicateurs traduisent une très forte amplification des effets négativement perçus des conditions de travail sur la santé dans l'hôpital public, comparé aux autres établissements : santé perçue plus dévaluée ; effets négatifs du travail sur la santé plus intensément vécus ; plus grande insatisfaction du travail, aspiration supérieure à en changer – et mise en oeuvre plus fréquente de ces changements ; absentéisme maladie, fatigue (92,2% la ressentent à l'hôpital public), stress et insomnies sont le lot des soignantes à l'hôpital public.

* Parmi les soignantes, les infirmières et les AS se distinguent de plusieurs points de vue. Les AS sont nettement plus « positives » que les infirmières au regard de l'influence du travail sur la santé, mais plus « pessimistes » qu'elles lorsqu'il s'agit de noter leur état de santé. Cette tendance se confirme tant au sein du seul hôpital public que parmi les soignantes du secteur privé (où 19,6% seulement des AS notent « mal » leur état de santé). D'ailleurs, la proportion, chez les AS de l'hôpital public, de celles qui considèrent leur santé comme plutôt dégradée (45%) est une des plus élevées parmi les groupes socioprofessionnels de taille significative observables dans l'enquête SUMER. Le « hiatus » particulièrement apparent pour cette catégorie entre une santé dégradée et la dénégation d'une influence négative du travail sur la santé pourrait tout aussi bien renvoyer à une implication positive particulière dans le travail de soin que désigner d'autres dimensions des conditions d'existence (condition économique, conditions familiales, conditions sociales) comme facteurs de la santé. En cohérence avec ce constat, on notera que l'absentéisme maladie/AT est particulièrement élevé chez les AS (44,5% des AS de l'hôpital public ont connu au moins un arrêt maladie/AT au cours de l'année précédent l'enquête). Est cohérent aussi avec une moindre imputation de leurs problèmes de santé à l'activité professionnelle le fait que les AS déclarent moins de « symptômes » d'atteinte à la santé que les infirmières (moins de fatigue, moins de stress, moins d'insomnies). C'est sans doute dans l'espoir de préserver cette santé précaire que les AS, au cours de l'année précédent l'enquête, ont effectivement changé plus souvent de poste de travail (9% des AS à l'hôpital public) que les infirmières (6,5% à l'hôpital public) « pour des raisons de santé ».

* Au sein de nos professions industrielles masculines, des différences se font jour également entre les situations des ouvriers et celles des agents de maîtrise et techniciens (qui sont aussi, souvent, d'anciens ouvriers). Dans cette filière, l'accession à un statut de profession intermédiaire – sans doute autant en raison des conditions de travail y afférentes qu'au regard d'une meilleure satisfaction au travail – est très favorable à l'état de santé perçu et à la désignation d'autres lieux que le travail comme source d'atteinte à la santé. Tous les indicateurs concordent dans le sens d'un plus grand « optimisme » des agents de maîtrise et techniciens que des ouvriers dans l'appréciation des éléments liant travail et santé. Sauf deux : l'indicateur de stress – très lié, nous l'avons vu, aux activités managériales ou gestionnaires – atteint un niveau beaucoup plus élevé chez les professions intermédiaires industrielles que chez les ouvriers ; la préoccupation nocturne à propos du travail va dans le même sens (et, nous l'avons également noté, est assez liée aux situations de stress).

Tableau 42

	INDUSTRIE		SOIGNANTES			
	AM-T	OUV	HOP	AUTR	INF	AS
% estimant que le travail influence la santé	44,6	50,3	63,5	62,8	66,0	60,6
% estimant que le travail influence négativement la santé	24,7	33,9	34,5	24,1	35,1	25,1
% estimant que le travail influence positivement la santé	20,0	16,4	29,0	38,7	30,9	35,5
% notant « mal » son état de santé	30,9	40,2	42,1	34,9	36,3	41,4
% non satisfait du travail	11,4	15,2	18,4	11,7	15,7	15,3
% souhaitant changer de poste ou de travail	36,6	34,9	35,4	26,6	31,0	31,9
% ayant changé de poste/état de santé (12 mois)	2,8	5,3	7,7	5,2	5,8	7,3
% ayant eu 1 arrêt de travail et plus (12 mois)	27,2	41,1	41,6	38,3	37,9	42,1
% estimant son travail fatigant	56,9	62,1	82,2	70,5	79,1	75,1
% estimant son travail stressant	68,6	49,2	76,4	64,8	79,7	63,7
% "ne pas dormir parce que je pense à mon travail"	50,6	33,5	54,1	45,6	56,9	44,4

3-2-3 Les temporalités du travail dans les deux groupes.

3-2-3-1 Les principales dimensions du temps de travail.

Parmi les dimensions des conditions de travail susceptibles d'éclairer la relation entre travail et santé, celles qui ont trait aux horaires de travail paraissent, *a priori*, importantes lorsqu'il s'agit de comparer des groupes socioprofessionnels féminins et masculins.

Le tableau 43 présente une carte synoptique des différentes dimensions des horaires de travail dans les deux groupes au regard de l'ensemble des salariés hommes et femmes. Plusieurs différenciations séparent les groupes quant aux horaires de travail :

* Le temps partiel, normalement développé pour une population féminine chez les soignantes, est très rare chez les hommes de l'industrie. Moins fréquent à l'hôpital (25,4%) que dans les autres établissements de santé (30%), il l'est légèrement moins chez les AS (26,4%) que chez les infirmières (28,5%) et atteint une proportion maximale pour les infirmières du secteur non public (30,9%).

Tableau 43

	O-AM-T	SOIGNANTES	Tous H	Toutes F
% temps partiel	2,11	27,4	4,17	27,9
% amplitude journalière >= 9 heures (temps complet)	43,6	40,2	57,7	43,4
% durée hebdo. > 38 heures (temps complet)	36,4	38,0	53,6	41,2
% plus de 18 dimanches travaillés par an	5,1	53,6	9,7	12,5
% plus de 18 samedis travaillés par an	11,2	59,3	23,0	31,5
% plus de 40 nuits travaillées par an	15,2	14,8	11,9	5,4
% travail en équipes	34,2	47,6	16,9	12,4
% horaires journaliers variables	14,0	46,7	20,0	22,4
% horaires déterminés par l'entreprise	75,7	80,0	65,3	62,6
% choix parmi horaires proposés	15,2	12,9	10,7	17,8
% auto-détermination des horaires	9,2	7,1	24,1	19,7
% non connaissance des horaires du lendemain	5,1	0,5	8,6	3,9
% non connaissance des horaires du mois suivant	21,5	22,1	29,4	20,9
% non connaissance des horaires semaine suivante	10,0	4,2	16,5	8,9
% non connaissance des horaires trimestre suivant	29,4	55,4	37,8	31,9
% travail supérieur à l'horaire prévu (toujours/souvent)	15,2	21,8	26,6	19,9
% non repos au - 48 h. consécutives/semaine	4,7	27,4	13,3	17,9
% soumis à astreintes	14,8	9,7	13,6	7,2
% durée du travail variable selon les semaines	71,5	83,7	75,8	69,1
% 3 contraintes temporelles ou moins	41,9	16,6	30,4	42,6
% 4 à 6 contraintes temporelles	42,3	37,5	41,9	38,0
% 7 contraintes temporelles et plus	15,8	45,9	27,8	19,4

* Les durées du travail (journalière et hebdomadaire) sont plutôt inférieures dans les deux groupes par rapport à la moyenne nationale.

- Les amplitudes journalières supérieures à 9 heures sont en moyenne plus fréquentes dans l'industrie que dans les services de soins. Mais si l'on observe l'indicateur d'amplitude journalière pour des catégories plus fines on note que les professions intermédiaires masculines industrielles dépassent plus souvent (dans 57% des cas) ces amplitudes que les ouvriers (36,9%). Les infirmières la dépassent plus fréquemment que

les AS (46,2% contre 34,7%) et les soignantes de l'hôpital public beaucoup moins fréquemment que leurs homologues du privé (l'écart du ratio entre les deux catégories va du simple au double : 28,8 dans le public, contre 55,7% dans le non public). Le cas des aides-soignantes du secteur non public paraît, de ce point de vue, hors norme, puisque 65,3% d'entre elles dépasseraient 9 heures d'amplitude quotidienne (à temps complet.)

- La durée hebdomadaire – mesurée par le nombre d'heures travaillées au cours de la dernière semaine de travail et calculée ici pour les seuls salariés à temps complet – est sensiblement plus élevée chez les soignantes que chez les salariés de l'industrie. Mais ici encore, celle des AM-T (45,4% dépassent 38 heures) contraste avec celle des ouvriers (31,8%) ; celle des infirmières (44,4% à plus de 38 heures) avec celle des AS (37,3%). Ce dernier contraste est encore plus étonnant dans le secteur de soins non public où près de la moitié des infirmières (48,4%) dépassent 38 heures tandis que seulement 30,9% des AS sont dans ce cas. Ces deux séries de résultats, pris ensemble, renvoient à des organisations très différentes des horaires - des AS en particulier - à l'hôpital public et dans les centres de soins privés ou semi-publics : d'amples durées quotidiennes du temps de travail (séquences de 10 heures, voire 12 heures) peuvent s'allier avec des durées hebdomadaires plus courtes.

* L'élément de différenciation temporelle le plus important de ces deux populations par rapport à la moyenne de la population salariée concerne l'usage du travail sur des temporalités atypiques :

- le travail dominical - et aussi le travail du samedi -, auquel sont soumises une majorité de soignantes mais peu de salariés industriels – plus encore à l'hôpital (63,8%) qu'ailleurs (40%) et, au sein de l'hôpital public, sensiblement plus chez les AS (75,7%) que chez les infirmières (53%) ;

- le travail de nuit, également répandu dans les deux populations mais dans des proportions supérieures à la moyenne nationale : dans l'industrie, ce sont surtout les ouvriers qui travaillent de nuit (19,3% contre 7,4% des AM-T ; dans la santé, deux fois plus souvent les soignantes hospitalières (18,5%) que les autres (9,9%) tandis qu'à l'hôpital les infirmières et les AS travaillent de nuit dans des proportions semblables - 19,9% des infirmières et 17,1% des AS hospitalières effectuent plus de 40 nuits de travail par an, ces chiffres passant respectivement à 13,5% et 7,5% dans le secteur non hospitalier public (voir section 3-2-3-1 « Focus sur le travail de nuit »).

* L'organisation du travail en équipe est dominante chez les soignantes – elle est deux fois plus fréquente à l'hôpital public que dans les autres établissements de soins, en particulier pour les AS⁴² ; elle est très développée aussi, quoique dans une mesure moindre, dans le secteur industriel, où 43,1% des ouvriers et 17,1% des professions intermédiaires y sont soumis. Le travail en équipe s'assortit d'horaires variables d'une semaine à l'autre.

* Les horaires de travail des soignantes sont, d'une manière générale, fixés par l'entreprise (plus particulièrement à l'hôpital public et pour les AS, dont 89,6% sont dans ce cas). La situation est similaire pour la grande majorité des ouvriers industriels (soumis aux horaires de l'entreprise pour 86,6% d'entre eux). Une marge d'autonomie plus importante est laissée dans ce domaine aux agents de maîtrise et techniciens – 18,5% disent déterminer eux-mêmes leurs horaires, 26,9% le choisissent parmi ceux proposés par l'entreprise ; nous avons vu cependant que cette marge de choix se « payait » en longues semaines de travail.

⁴² 65,6 % des AS hospitalières travaillent en équipe (27,2% dans les autres établissements) ; 59,3% des infirmières et sages-femmes sont dans ce cas (31% dans les autres établissements).

* Malgré une organisation dominante du travail en équipe – dont on pourrait penser qu'elle s'assortit de la fixation d'horaires précis – le travail de soin s'accompagne plus souvent que le travail industriel de dépassements de l'horaire prévu (pour 34% des infirmières hospitalières, contre 9,3% des AS hospitalières ; 9,9% des ouvriers industriels mais 25,4% des agents de maîtrise et techniciens). Il implique aussi parfois des dérogations à la règle des 48 heures de repos hebdomadaire consécutives : 34,6% des AS hospitalières sont dans ce cas, et 26,6% des infirmières du secteur public hospitalier.

* Examinées à partir de l'indicateur de cumul de contraintes temporelles, les différences entre les deux groupes sont très marquées. Presque la moitié des soignantes cumulent plus de 7 contraintes temporelles : 63,2% des AS du public ; 50,3 des infirmières hospitalières. 14,6% des ouvriers industriels et 18,1% des AM-T sont dans ce cas.

3-2-3-2 Focus sur le travail de nuit

Travail de nuit au masculin / travail de nuit au féminin

Nous avons esquissé une comparaison entre le travail de nuit des soignantes et celui de quatre familles professionnelles masculines où ce type d'organisation du travail est assez répandu : ouvriers de l'industrie ; conducteurs de véhicules ; professions artisanales (bouchers, cuisiniers etc.) et hôtelières (employés, agents maîtrise, cadres et patrons de CHR) ; agents de gardiennage et de sécurité. Bien que ces professions aient été choisies par rapport à la taille de leur échantillonnage dans l'enquête SUMER, les effectifs restent suffisamment réduits pour qu'une grande prudence soit conservée dans l'interprétation des résultats. Néanmoins on note les résultats suivants à partir du tableau 44 :

* La proportion d'individus déclarant une relation négative entre le travail et la santé est toujours plus élevée chez les salariés travaillant constamment de nuit que chez les autres ; cela, dans les professions masculines comme chez les soignantes. Les ouvriers de l'industrie et les agents de gardiennage et de sécurité travaillant de nuit sont les plus critiques sur cette relation.

* Hormis dans les professions artisanales du commerce et de l'hôtellerie, les salariés de nuit jugent toujours mieux leur état de santé que les autres.

* On peut donc dire que l'association « relation négative du travail sur la santé » et « état de santé plutôt bon » n'est ni spécifiquement féminine, ni particulièrement liée au travail de soin, mais caractérise en général le travail de nuit.

* Une différence importante sépare les soignantes des autres catégories retenues : dans les professions masculines, les salariés de nuit sont beaucoup plus désireux de changer de poste ou de travail que ceux de jour ; ce qui n'est pas le cas chez les soignantes, apparemment attachées à ce type d'horaires, sans doute en partie pour des raisons tenant à l'organisation de leur double journée, en partie pour l'ambiance au travail (la proportion des soignantes de nuit souhaitant changer de poste est presque moitié moindre que chez les agents de gardiennage et de sécurité).

Tableau 44

% travail de nuit	>= 120/60* nuits	<120/60* nuits	pas de nuits
ouvriers industries	5,8	32,2	62,0
conducteurs de véhicules	14,7	31,9	53,5
bouchers, cuisiniers, CHR	28,0	27,7	44,3
agents de gardiennage et sécurité	19,1	48,3	32,6
soignantes	9,2	24,4	66,4
% influence négative du W	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	47,8	51,0	33,2
conducteurs de véhicules	31,7	36,0	26,4
bouchers, cuisiniers, chr	38,0	24,6	20,5
agents de gardiennage et sécurité	43,3	25,4	23,3
soignantes	35,5	32,8	28,1
% influence positive du W	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	16,1	9,8	15,8
conducteurs de véhicules	20,9	18,0	21,8
bouchers, cuisiniers, chr	22,2	25,5	29,2
agents de gardiennage et sécurité	10,2	12,8	20,2
soignantes	25,6	35,4	33,6
% influence du W sur la santé	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	63,9	60,8	49,0
conducteurs de véhicules	52,6	54,0	48,2
bouchers, cuisiniers, chr	60,2	50,1	49,7
agents de gardiennage et sécurité	53,5	38,2	43,6
soignantes	61,1	68,1	61,7
% mauvais état de santé : note <= 7	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	32,4	40,5	36,7
conducteurs de véhicules	30,4	32,7	31,0
bouchers, cuisiniers, chr	37,8	30,4	33,4
agents de gardiennage et sécurité	31,1	29,9	47,3
soignantes	37,1	37,9	39,6
% mauvais état de santé : note <=5	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	15,3	17,7	14,8
conducteurs de véhicules	7,1	14,4	12,0
bouchers, cuisiniers, chr	14,1	11,0	13,3
agents de gardiennage et sécurité	10,5	13,4	25,3
soignantes	13,1	14,9	16,8
% souhaite changer poste/travail	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	46,2	44,6	36,3
conducteurs de véhicules	33,1	29,3	28,5
bouchers, cuisiniers, chr	48,4	43,5	32,6
agents de gardiennage et sécurité	49,5	33,3	23,5
soignantes	28,5	33,6	31,2
% a changé de w ou essayé/santé	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	5,7	6,5	7,0
conducteurs de véhicules	4,0	4,3	5,3
bouchers, cuisiniers, chr	8,6	4,2	3,4
agents de gardiennage et sécurité	12,2	3,8	12,1
soignantes	9,3	3,3	7,4

Tableau 44 (suite)

% (contenu + ambiance) comme raison de changer ou rester	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	35,4	21,9	28,1
conducteurs de véhicules	18,1	23,2	19,9
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	22,0	30,2	21,1
agents de gardiennage et sécurité	19,1	26,5	17,6
soignantes	37,6	42,0	41,5
%(risques + orga) comme raison de changer ou rester	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	4,0	6,9	7,5
conducteurs de véhicules	3,8	8,4	5,5
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	8,2	3,9	3,3
agents de gardiennage et sécurité	0,0	9,4	6,2
soignantes	15,2	16,8	9,8
% âge comme raison de changer ou rester	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	15,8	21,4	18,7
conducteurs de véhicules	28,9	18,5	22,0
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	21,8	19,4	21,4
agents de gardiennage et sécurité	24,7	11,8	24,0
soignantes	23,4	18,1	18,9
% (salaire + sécurité emploi) comme raison de changer ou rester	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	44,8	49,8	45,8
conducteurs de véhicules	49,3	50,0	52,6
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	48,0	46,6	54,2
agents de gardiennage et sécurité	56,3	52,3	52,3
soignantes	23,9	23,1	29,7
% travail plutôt fatigant (note >=8)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	29,3	36,6	27,7
conducteurs de véhicules	44,1	35,9	31,7
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	44,2	38,9	30,8
agents de gardiennage et sécurité	46,9	20,2	17,7
soignantes	49,6	47,9	43,7
% travail plutôt fatigant (note >5)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	67,2	68,1	58,6
conducteurs de véhicules	77,7	67,3	62,4
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	75,8	69,0	63,0
agents de gardiennage et sécurité	65,0	52,6	48,8
soignantes	81,0	78,9	75,8
% travail plutôt stressant (note >=8)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	27,0	27,9	26,4
conducteurs de véhicules	47,4	40,0	33,3
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	35,5	35,6	30,9
agents de gardiennage et sécurité	39,2	28,2	38,6
soignantes	43,5	55,6	44,7

Tableau 44 (suite)

% travail plutôt stressant (note>5)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	49,4	50,8	49,4
conducteurs de véhicules	63,3	59,5	54,7
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	60,2	62,1	51,4
agents de gardiennage et sécurité	59,5	46,1	53,2
soignantes	67,2	78,6	69,3
% pas satisfait de mon travail	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	18,8	18,2	14,2
conducteurs de véhicules	10,9	14,6	13,4
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	8,8	10,7	11,7
agents de gardiennage et sécurité	15,9	14,3	5,4
soignantes	14,2	16,8	15,2
% ne pas dormir/ son travail	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	28,8	34,7	35,5
conducteurs de véhicules	26,2	28,2	26,9
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	44,2	37,6	32,1
agents de gardiennage et sécurité	20,1	25,8	33,8
soignantes	42,1	54,3	50,1
% au moins 1 arrêt de w/12 mois (Mal+AT)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	33,5	43,5	36,0
conducteurs de véhicules	28,1	25,9	23,3
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	32,2	29,6	26,0
agents de gardiennage et sécurité	26,6	16,5	25,9
soignantes	40,0	34,9	42,0
% reconnaissance faible (chefs, collègues)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	37,6	38,8	33,8
conducteurs de véhicules	35,1	43,5	32,4
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	27,8	33,2	26,5
agents de gardiennage et sécurité	29,5	47,5	41,5
soignantes	35,8	39,6	35,7
kar	wnuit		
charge peu compensée (Kar, 3 classes)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	42,0	40,3	35,1
conducteurs de véhicules	33,5	37,0	30,6
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	39,1	35,5	27,4
agents de gardiennage et sécurité	45,4	30,9	33,2
soignantes	26,8	53,1	42,2
kar2	wnuit		
charge peu compensée (Kar2, 2 classes)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits
ouvriers industries	46,1	48,7	43,1
conducteurs de véhicules	37,8	42,2	37,4
bouchers, cuisiniers, chr (hommes)	46,0	43,3	31,8
agents de gardiennage et sécurité	49,3	32,2	36,3
soignantes	33,7	58,4	48,1
* Les classes sont bornées par : 120 nuits par an à temps complet ou 60 nuits/an à temps partiel			

* Quelle que soit la profession, masculine ou féminine, le travail de nuit est toujours dit plus fatigant que le travail de jour. Il est, en général, perçu comme un peu plus « stressant » dans deux professions masculines : très fortement chez les conducteurs de véhicules ; à un degré moindre chez les agents de sécurité et de gardiennage. Peu de différences se font jour quant au niveau de stress perçu entre les postes de jour et ceux de nuit dans les trois autres professions, dont les soignantes.

* Il n'y a que chez les soignantes que les arrêts de travail ne sont pas plus importants sur les postes de nuit que sur ceux de jour. Chez elles seulement, aussi, la charge psychologique du travail est mieux compensée la nuit que le jour ; ce qui est loin d'être le cas chez les agents de sécurité et dans les professions artisanales et hôtelières.

Le travail de nuit des soignantes

Le travail de jour et le travail de nuit (permanent ou occasionnel) différencient les soignantes entre elles du point de vue du jugement sur la santé, sur la relation travail/santé, mais aussi du point de vue des conditions de travail (tableau 45) :

* Les soignantes travaillant de nuit voient plus négativement que celles de jour la relation entre travail et santé : qu'elles travaillent de nuit en permanence ou occasionnellement.

* Pour autant, les infirmières de nuit évaluent plus positivement leur état de santé que les autres, sont plus attachées à leur travail/emploi (souhaitent moins quitter leur poste, sont plus satisfaites de leur travail, etc.). De ce dernier point de vue, les infirmières travaillant de nuit « occasionnellement » (sans doute dans un cadre de travail en équipe alternantes ou de gardes épisodiques) sont les moins satisfaites.

* Pourtant, elles ont plus souvent que les autres changé (ou essayé de changer) de poste ou de travail pour leur état de santé..... mais on ignore quel type de poste elles occupaient auparavant. Il faut dire qu'elles estiment leur travail plus fatigant que les soignantes de jour, et pas plus stressant (beaucoup moins stressant en tout cas que les infirmières travaillant de nuit moins systématiquement). Elles ont aussi moins de préoccupations du travail susceptibles de troubler leur sommeil (mais rien n'est dit sur la manière dont elles « récupèrent » de leurs nuits de travail).

* Les médecins du travail portent généralement un jugement moins sévère sur leurs postes que sur les postes de jour

* Elles cumulent un nombre relativement élevé de contraintes temporelles dans leur vie professionnelle (moins toutefois que les nuiteuses occasionnelles) ; mais les données confirment que leurs contraintes de rythme de travail sont moins nombreuses que dans les soins de jour.

* Leur latitude décisionnelle est prétendue moins grande que dans le travail de jour (sans doute en raison de prescriptions plus nombreuses, de recours systématique au médecin de garde, etc....), leur charge psychique plus faible et leur soutien social comparable. L'indicateur « Lestien » de Karasek indique finalement une meilleure compensation de la charge psychique dans ces postes que dans les autres : ce qui est cohérent avec leur faible expression de situations de stress.

* Enfin, le travail de nuit en centres de soins est associé à plus de contraintes physiques (manutention de charges, contraintes posturales et articulaires : sans doute en raison de moindres possibilités de faire appel à des collègues, etc.) et de contraintes psychiques (vécu de situations difficiles ou dangereuses).

Tableau 45

Soignantes				
influence travail/santé	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
négative	35,5	32,8	28,1	
pas, ou positive	64,5	67,2	71,9	
<i>Total</i>	9,2	24,4	66,4	100
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0579			
influence travail/santé	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
positive	25,6	35,4	33,6	
pas, ou négative	74,4	64,6	66,4	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0542			
influence travail/santé	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
influence	61,1	68,1	61,7	
pas d'influence	38,9	31,9	38,3	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0581			
Etat de santé auto-évalué	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
mauvais : note <= 7	37,1	37,9	39,6	
bon : note >7	62,9	62,1	60,4	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0188			
Etat de santé auto-évalué	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
mauvais : note <= 5	13,1	14,9	16,8	
bon : note >5	86,9	85,1	83,2	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0325			
Etat de santé auto-évalué	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
1 santé mauvais (<=6)	20,0	24,9	22,6	
2 santé moyen - (=7)	17,1	13,0	17,0	
3 santé moyen + (=8)	28,3	31,2	32,4	
4 santé très bon (9 ou 10)	34,6	31,0	28,0	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,068			
souhait de changer poste/travail	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
souhaite partir	28,5	33,6	31,2	
souhaite pas partir	71,5	66,4	68,8	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0301			
a changé de w ou essayé/santé	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
changé w	9,3	3,3	7,4	
pas chan	90,7	96,7	92,6	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0764			
raisons de changer ou pas	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
1 contenu + ambiance	37,6	42,0	41,5	
2 risques + orga	15,2	16,8	9,8	
3 âge	23,4	18,1	18,9	
4 salaire + sécurité emploi	23,9	23,1	29,7	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,1121			

Tableau 45 (suite 1)				
travail fatigant ?	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
fatigant (>=8)	49,6	47,9	43,7	
pas fatigant (<8)	50,4	52,1	56,3	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0448			
travail fatigant ?	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
pas fatigant (<=5)	19,0	21,1	24,2	
fatigant (>5)	81,0	78,9	75,8	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,043			
travail stressant ?	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
stressant (>=8)	43,5	55,6	44,7	
pas stressant (<8)	56,5	44,4	55,3	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0943			
travail stressant ?	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
pas stressant (<=5)	32,8	21,4	30,7	
stressant (>5)	67,2	78,6	69,3	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0904			
satisfait de mon travail ?	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
pas satisfait	14,2	16,8	15,2	
satisfait	85,8	83,2	84,8	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,022			
ne pas dormir/ son travail	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
insomnies	42,1	54,3	50,1	
pas insomnie	57,9	45,7	50,0	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0628			
arrêts de w/12 mois (Mal+AT)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
pas d'arrêt	60,0	65,1	58,0	
un arrêt et plus	40,0	34,9	42,0	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0604			
qualité/organisation du travail (jugt médecin)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
mauvaise	18,1	25,7	19,0	
bonne	81,9	74,3	81,0	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0722			
qualité/expo contr physiques (jugt médecin)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
mauvaise	25,2	32,0	30,3	
bonne	74,8	68,0	69,7	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0378			
nombre de mauvais jugements du médecin	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
un et plus	39,6	52,7	45,0	
zéro	60,5	47,3	55,0	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0774			

Tableau 45 (suite 2)				
cumul de contraintes temporelles	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
3 ou moins	0,0	3,6	23,6	
4 à 6	43,9	31,1	38,9	
7 et plus	56,1	65,3	37,5	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,2947			
cumul de contraintes de rythme de travail	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
3 ou moins	30,8	18,9	30,0	
4 à 6	29,1	26,1	24,6	
7 et plus	40,1	55,0	45,5	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,1158			
autonomie/travail	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
faible	39,5	39,7	36,2	
forte	60,5	60,3	63,8	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0334			
utilisation compétences/travail	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
faible	27,1	26,9	29,0	
forte	72,9	73,1	71,1	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0207			
latitude (autono+compét)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
faible	55,7	51,4	52,4	
forte	44,3	48,6	47,6	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,022			
charge psych.	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
faible	57,0	35,3	44,2	
forte	43,0	64,7	55,8	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,1148			
soutien social	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
faible	44,0	45,9	43,6	
fort	56,0	54,1	56,4	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,019			
reconnaissance (chefs, collègues)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
faible	35,8	39,6	35,7	
fort	64,2	60,4	64,4	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,0345			
indicateur Karasek (LEST)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
charge assez compensée	38,0	25,8	31,7	
charge moyennement compensée	35,3	21,1	26,1	
charge peu compensée	26,8	53,1	42,2	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,1402			
indicateur Karasek (LEST)	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
charge assez compensée	66,3	41,6	51,9	
charge peu compensée	33,7	58,4	48,1	
<i>Khi-2</i>	<,0001			
<i>Coefficient de contingence</i>	0,1297			

Tableau 45 (suite 3)				
vécu de situations diffic./dangereuses	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
non	33,8	33,2	45,9	
oui	66,2	66,8	54,1	
<i>Khi-2</i>	<i><,0001</i>			
<i>Coefficient de contingence</i>	<i>0,1184</i>			
manutention manuelle de charges	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
oui	84,3	81,9	65,1	
non	15,7	18,1	34,9	
<i>Khi-2</i>	<i><,0001</i>			
<i>Coefficient de contingence</i>	<i>0,1784</i>			
contraintes posturales/articulaires	>= 120/60 nuits	<120/60 nuits	pas de nuits	
oui	97,9	91,9	87,0	
non	2,1	8,1	13,0	
<i>Khi-2</i>	<i><,0001</i>			
<i>Coefficient de contingence</i>	<i>0,1105</i>			
Les classes sont bornées par : 120 nuits par an à temps complet ou 60 nuits/an à temps partiel				

3-2-4 Les autres contraintes liées à l'organisation du travail et les facteurs psychosociaux.

Examinées du point de vue des contraintes pesant sur les conditions de travail dans les deux groupes considérés d'autres tendances se font jour (tableaux 46 et 47).

* Globalement le niveau des contraintes de rythme du travail – mesuré à l'aide d'un indicateur synthétique⁴³ - est sensiblement le même pour les deux populations, et plus élevé que la moyenne. Il est particulièrement élevé pour les infirmières hospitalières, bas pour les aides-soignantes du secteur non public. Issue d'une autre définition (c'est à dire reposant sur une batterie de questions différentes) l'indicateur de charge psychique de Karasek tend à mettre en évidence une sollicitation mentale plus forte dans le travail de soin que dans le travail industriel (en particulier chez les infirmières du secteur public de santé).

* L'autonomie dans le travail (marge d'initiative, latitude décisionnelle) peut aussi se mesurer de deux manières différentes dans l'enquête SUMER : d'une part, à partir du questionnaire Karasek (« latitude décisionnelle » = « autonomie » + « compétence ») ; d'autre part, mais d'une manière un peu différente à partir du questionnaire administré par le médecin du travail. Les deux concordent assez globalement pour indiquer une latitude décisionnelle un peu plus faible chez les soignantes que chez les salariés

⁴³ L'indicateur de cumul de contraintes de rythme (ou contraintes temporelles dans le travail) est calculé de la manière suivante. Prennent la valeur 1 dans le calcul de l'indicateur les situations où le rythme de travail est imposé par « le déplacement automatique d'un produit », la « cadence automatique d'un machine », d' « autres contraintes techniques », la « dépendance immédiate d'un ou plusieurs collègues », des « normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus », des « normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus », une « demande extérieure obligeant à une réponse immédiate », des « contrôles au moins quotidiens de la hiérarchie », un « contrôle ou un suivi automatisés » ; prennent aussi la valeur 1 les situations où une « interruption momentanée du travail » n'est pas possible, où il y a toujours ou souvent « obligation de se dépêcher », où il y a « interruption d'une activité pour une autre » qui « perturbe (le) travail », où il est impossible de « faire varier les délais »

masculins industriels. Plus précisément, la mise en œuvre des compétences est meilleure chez les soignantes, mais leur marge d'autonomie dans une activité entièrement prescrite, procédurisée et contrôlée est faible. La latitude décisionnelle est maximale chez les agents de maîtrise et techniciens de l'industrie, puis chez les infirmières ; elle est faible chez les ouvriers de l'industrie et, plus encore, chez les AS de l'hôpital.

* Quant au soutien social (Karasek) ou au soutien du collectif de travail mesuré à partir du questionnaire administré il tend à être supérieur dans l'industrie que dans les services de soins : il est minimal pour les AS hospitalière, maximal pour les AS des autres établissements de soins.

Tableau 46

	O-AM-T	SOIGNANTES	Tous H	Toutes F
% 5 contraintes de rythme de travail et +	60,5	61,9	51,5	50,7
% autonomie/marge élevées	56,2	53,1	52,8	31,2
% faible soutien du collectif de travail	35,3	47,1	34,5	40,9
% exposés au public	14,5	83,7	36,3	54,2
% vécu situations relationnelles difficiles	38,9	58,3	40,3	47,6
% autonomie faible (karasek)	34,2	37,3	30,9	37,9
% compétence faible (karasek)	35,5	28,3	32,6	44,9
% latitude décisionnelle faible (karasek)	49,8	52,5	45,0	56,8
% charge psychique forte (karasek)	46,5	56,8	47,1	48,9
% soutien social fort (karasek)	54,8	55,8	55,6	53,8
% charge bien compensée (K)	30,0	30,8	35,0	33,2
% charge moyt compensée (K)	32,2	25,7	29,4	26,2
% charge peu compensée (K)	37,8	43,4	35,6	40,7

Tableau 47

	industrie		infirmières		AS	
	AM-T	OUV	HOP	AUTR	HOP	AUTR
% 5 contraintes de rythme de travail et +	57,5	62,0	74,6	63,2	64,4	43,9
% autonomie/marge élevées	64,9	51,7	63,9	63,8	42,2	44,4
% faible soutien du collectif de travail	35,7	35,1	52,3	44,3	49,6	40,6
% exposés au public	19,4	12,0	92,2	77,6	87,3	74,6
% vécu situations relationnelles difficiles	37,9	39,4	67,1	65,8	57,3	43,7
% autonomie faible (karasek)	18,0	42,6	29,5	23,2	54,8	38,3
% compétence faible (karasek)	16,8	45,3	13,2	19,8	44,0	35,4
% latitude décisionnelle faible (karasek)	29,8	60,1	39,2	42,9	71,7	54,6
% charge psychique forte (karasek)	55,2	42,0	68,6	54,9	56,9	44,5
% soutien social fort (karasek)	57,4	53,5	56,0	59,0	48,4	60,9
% charge bien compensée (K)	26,9	31,7	24,0	30,5	27,9	41,7
% charge moyt compensée (K)	36,4	30,0	25,2	30,1	22,6	26,5
% charge peu compensée (K)	36,7	38,4	50,7	39,4	49,5	31,8

* L'exposition au public et le vécu de situations relationnelles difficiles, voir dangereuses (avec le public, avec les collègues ou avec la hiérarchie) est du côté des établissements de soins où, par nature, l'activité est en contact direct quasi-permanent avec des usagers : les infirmières hospitalières sont là les plus souvent concernées.

* Finalement, l'indicateur grossier de « mesure » de compensation de la charge psychique par la latitude décisionnelle et le soutien social traduit une plus grande exposition aux dangers du stress pour les soignantes (en particulier les soignantes hospitalières). Ce sont les AS des établissements non publics qui tendraient vers le meilleur équilibre de ce point de vue.

3-2-5 Jugement des médecins sur le poste de travail et expositions aux risques professionnels dans les deux groupes

C'est d'ailleurs sur les postes occupés par ces dernières que les médecins du travail émettent le moins de jugements négatifs du point de vue des risques tenant à l'organisation du travail (horaires, rythmes, facteurs psychosociaux). Les soignantes sont, dans l'ensemble, un peu plus souvent concernées par de tels avis que les ouvriers industriels. Les postes les moins bien considérés par la médecine du travail sur ce plan là sont ceux des infirmières du secteur non public.

Tableau 48

% mauvais jugements des médecins sur la qualité du poste du point de vue :	O-AM-T	SOIGNANTES	Tous H	Toutes F
de l'organisation du travail	18,9	20,5	18,4	19,7
de l'exposition aux contraintes physiques	28,7	30,2	26,2	24,8
de l'exposition aux agents biologiques	1,5	8,9	2,6	3,2
de l'exposition aux agents chimiques	18,0	10,3	15,4	6,4
% au moins un mauvais jugement	42,1	46,4	40,6	37,1

Tableau 49

% mauvais jugements des médecins sur la qualité du poste du point de vue :	industrie		infirmières		AS	
	AM-T	OUV	HOP	AUTR	HOP	AUTR
de l'organisation du travail	15,9	20,5	24,5	26,1	20,3	12,3
de l'exposition aux contraintes physiques	16,9	34,7	27,9	25,6	39,7	26,5
de l'exposition aux agents biologiques	0,5	2,0	6,3	8,8	9,1	11,6
de l'exposition aux agents chimiques	11,4	21,4	9,8	8,4	12,1	10,5
% au moins un mauvais jugement	30,8	48,0	46,4	44,7	54,6	39,1

Du point de vue des risques de santé liés aux contraintes physiques, les médecins du travail sont particulièrement vigilants aux postes de travail des AS de l'hôpital et des ouvriers industriels. Près de 90% des aides-soignantes à l'hôpital (soit presque trois fois plus que la moyenne nationale pour les femmes) manutentionnent des charges lourdes (malades) ; plus encore que les infirmières et que les ouvriers de l'industrie. Ce trio est également en tête du point de vue de la soumission à des contraintes posturales et articulaires (tableaux 50 et 51). Les salariés industriels de leur côté subissent massivement des contraintes sonores et, plus souvent que les soignantes, des nuisances thermiques, des vibrations liées à l'usage de machines et d'outils vibrants et des risques liés à la conduite de véhicules ou d'engins.

Enfin, l'exposition généralisée des soignantes aux agents biologiques n'a pas son équivalent dans le groupe industriel concerné. Bien que fortement exposé aussi aux agents chimiques, ce dernier l'est moins que les soignantes (AS particulièrement)

Tableau 50

%	O-AM-T	SOIGNANTES	Tous H	Toutes F
forte expo. nuis. sonores	61,8	18,6	42,6	17,8
forte expo. nuis. thermiques	25,8	4,6	29,6	8,2
forte expo. rayonnements	7,0	9,9	5,2	2,5
travail en air et espace contrôlés	17,7	14,3	17,3	17,9
fortes contraintes visuelles	53,6	31,1	50,9	61,8
manutention manuelle de charges	52,3	70,9	49,6	32,9
contraintes posturales/articulaires	82,3	89,2	73,7	69,3
%	O-AM-T	SOIGNANTES	Tous H	Toutes F
travail avec machines/outils vibrants	21,5	1,4	19,1	2,1
travail avec conduite	42,7	15,0	47,6	14,3
exposé à agents biologiques	6,3	94,8	10,7	20,6
exposé à agents chimiques	58,5	70,8	44,0	28,3
<=3 expo tous risques pro	23,1	9,0	28,7	41,7
4-5 expo. tous risques prof.	39,0	34,4	38,8	43,8
>= 6 expo tous risques pro	37,8	56,6	32,6	14,5

Tableau 51

%	industrie		infirmières		AS	
	AM-T	OUV	HOP	AUTR	HOP	AUTR
forte expo. nuis. sonores	49,4	68,2	23,9	11,2	19,2	17,1
forte expo. nuis. thermiques	21,0	28,2	5,6	4,1	6,1	2,1
forte expo. rayonnements	7,7	6,6	11,0	9,8	3,3	15,4
travail en air et espace contrôlés	25,4	13,6	18,4	22,4	9,8	8,4
fortes contraintes visuelles	78,8	40,5	42,6	44,0	13,5	27,0
manutention manuelle de charges	34,5	61,5	69,4	64,5	89,8	57,5
contraintes posturales/articulaires	67,6	90,0	86,9	77,2	96,3	92,9
travail avec machines/outils vibrants	11,0	26,9	2,8	0,0	1,7	0,5
travail avec conduite	33,4	47,5	11,5	20,8	8,6	21,4
exposé à agents biologiques	4,9	7,1	96,4	93,7	98,1	90,5
exposé à agents chimiques	46,0	65,0	75,5	67,9	80,9	56,9
<=3 expo tous risques pro	34,2	17,1	7,5	10,5	2,8	15,8
4-5 expo. tous risques prof.	36,3	40,6	24,0	31,0	35,2	49,3
>= 6 expo tous risques pro	29,5	42,4	68,6	58,5	62,0	34,9

En termes de cumul d'expositions à des risques professionnels, ce sont les soignantes hospitalières – et les infirmières en priorité – les moins bien loties ; les moins menacés sur ce plan sont les agents de maîtrise et techniciens industriels.

3-3 Les facteurs de jugement sur le travail et la santé dans les deux groupes socioprofessionnels : trois modèles Logit synthétiques

Finalement, les tableaux 52, 53 et 54 présentent les résultats synthétiques de régressions logistiques appliquées de manière uniforme à trois populations : d'une part, l'ensemble des salariés non cadres ; d'autre part l'ensemble des soignantes (infirmières et aides-soignantes) ; enfin notre population restreinte d'ouvriers, techniciens et agents de maîtrise de l'industrie.

Examinés à partir des facteurs disponibles dans l'enquête SUMER les jugements négatifs sur la relation entre le travail et la santé (tableau 52) paraissent se construire *grosso modo*

de la même manière dans les trois populations de référence. Y sont généralement associés à titre principal une insatisfaction vis à vis du poste ou du travail, une pénibilité physique (fatigue) ou psychique (stress, insomnies dues à la préoccupation du travail), un charge psychique élevée, une latitude décisionnelle et un soutien social faibles. Les jugements des soignantes hospitalières ne se distinguent de ceux des ouvriers industriels que sur quelques aspects spécifiques. D'une part, les moins qualifiées (aides-soignantes) sont beaucoup plus souvent dans la dénégation d'un effet négatif du travail sur la santé que les plus qualifiées (infirmières) ; c'est la hiérarchie inverse qui prévaut chez les hommes de l'industrie où les agents de maîtrise et techniciens « euphémisent » plus fréquemment ce lien que les ouvriers. Une plus grande sensibilité des jugements au travail de nuit apparaît chez les soignantes au regard des salariés de l'industrie. En revanche, chez ces derniers l'absentéisme maladie/accident du travail est plus fréquemment associé au jugement négatif sur le lien travail/santé que chez les soignantes. Dans les deux populations étudiées, les contraintes temporelles, dans leur plus grande généralité, comme les risques professionnels, modifient peu le jugement porté sur l'influence du travail sur la santé. Dans les deux cas, ces contraintes – nous l'avons vu – sont fortes mais, sans doute, largement « naturalisées » comme intrinsèques au métier.

Tableau 52

LOGIT : hypothèse nulle = estimer une relation négative w/santé	Soignantes		O-AM-T Industrie		Tous salariés non cadres	
	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	*		*		*	
csp = employé(e)s						
csp = prof.interm	*	1,57	**	0,74	**	1,13
csp = ouvrier(e)s					*	1,69
latitude déc.moyenne (K)						
latitude déc.faible (K)	***	1,38	**	1,37	*	1,16
latitude déc.forte (K)	ns	0,91	ns	0,83	ns	0,96
charge psy.moyenne (K)						
charge psy.faible (K)	ns	0,86	*	0,70	*	0,78
charge psy.forte (K)	***	1,40	*	1,46	*	1,49
soutien social moyen (K)						
soutien social faible (K)	*	1,57	**	1,29	*	1,32
soutien social fort (K)	ns	0,75	***	0,74	*	0,70
pas vécu sit. difficiles/dangereuses						
vécu situations difficiles	***	1,39	*	1,43	*	1,27
pas de travail de nuit						
>=120 nuits(60) /an	***	1,67	ns	1,51	*	1,51
<120 nuits(60) /an	ns	1,07	**	1,29	*	1,51
3 à 6 contr. temporelles						
<3 contraintes temporelles	ns	1,03	ns	0,92	***	0,93
7 contr. temporelles et +	ns	0,92	ns	0,91	*	1,18

LOGIT : hypothèse nulle = estimer une relation négative w/santé (suite)	Soignantes		O-AM-T Industrie		Tous salariés non cadres	
	p	odd	p	odd	p	odd

pas expo. à agents biologiques						
exposé à agents biologiques	ns	0,81	ns	1,15	**	0,89
pas expo. à agents chimiques						
exposé à agents chimiques	ns	1,01	*	1,50	*	1,19
exposition <5 risques prof.						
exposition >=5 risques prof,	ns	1,37	ns	1,13	*	1,37
w peu fatigant						
w fatigant	ns	1,33	*	1,76	*	1,83
w peu stressant						
w stressant	*	2,17	*	1,54	*	1,67
satisfait de son w						
pas satisfait de son w	*	3,04	*	3,35	*	3,29
ne souhaite pas partir						
souhaite partir	*	1,65	*	1,58	*	1,63
pas d'insomnies						
insomnies	*	1,57	*	1,57	*	1,45
pas d'arrêt de w						
1 arrêt de w et plus	ns	1,12	*	1,35	*	1,49
n'a pas changé de w ou essayé						
a pas changé de w ou essayé	ns	1,45	ns	1,07	*	1,27
pas de mauvais jugt médecin/poste						
1 mauvais jugement ou plus	*	1,60	**	1,32	*	1,41
Percent Concordant	79,0		78,2		80,0	
Percent Discordant	20,8		21,6		19,8	
Percent Tied	0,2		0,2		0,2	
*** p<0,10 ; **p< 0,05 ; * p< 0,01 ; ns non statistiquement significatif.						

Tout aussi frappant est le parallélisme entre les régressions logistiques effectuées pour les deux groupes avec pour variable dépendante cette fois la perception d'une relation positive entre le travail et la santé (tableau 53). Pour les soignantes, comme pour les salariés de l'industrie, la plupart des facteurs et situations influençant généralement le jugement positif des salariés non cadres restent sans effets, à une exception notable près : la satisfaction du travail, toujours associée au jugement sur la santé.

Tableau 53

LOGIT : hypothèse nulle = estimer une relation positive w/santé	Soignantes		O-AM-T industrie		Tous salariés non cadres	
	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	ns		*		*	
csp = employé(e)s						
csp = prof.interm	***	0,76	ns	1,152	**	0,912
csp = ouvrier(e)s					*	0,67
latitude déc.moyenne (K)						
latitude déc.faible (K)	ns	0,84	ns	0,99	*	0,83
latitude déc.forte (K)	**	1,60	ns	0,98	*	1,22
charge psy.moyenne (K)						
charge psy.faible (K)	ns	0,99	ns	0,89	ns	0,97
charge psy.forte (K)	ns	0,88	ns	0,92	*	0,83
soutien social moyen (K)						
soutien social faible (K)	ns	0,83	ns	0,80	*	0,86
soutien social fort (K)	ns	1,05	ns	1,04	*	1,21
pas vécu sit.difficiles/dangereuses						
vécu situations difficiles	ns	1,01	ns	1,08	*	1,16
pas de travail de nuit						
>=120 nuits(60) /an	***	0,63	ns	1,06	*	0,78
<120 nuits(60) /an	ns	1,15	ns	0,83	*	0,76
3 à 6 contr. temporelles						
<3 contraintes temporelles	ns	1,09	ns	0,91	***	0,93
7 contr. temporelles et +	ns	0,83	ns	1,20	ns	0,98
pas expo. à agents biologiques						
exposé à agents biologiques	ns	1,09	ns	0,76	*	1,28
pas expo. à agents chimiques						
exposé à agents chimiques	ns	0,88	*	0,70	*	0,84
exposition <5 risques prof.						
exposition >=5 risques prof,	ns	0,94	***	1,29	ns	1,03
w peu fatigant						
w fatigant	ns	0,87	***	1,28	ns	0,98
w peu stressant						
w stressant	***	0,67	**	0,73	*	0,82
satisfait de son w						
pas satisfait de son w	*	0,33	*	0,41	*	0,38
ne souhaite pas partir						
Souhaite partir	ns	0,83	ns	0,86	*	0,87
pas d'insomnies						
insomnies	ns	1,12	***	1,24	*	1,19
pas d'arrêt de w						
1 arrêt de w et plus	**	1,36	**	0,76	*	0,88
n'a pas changé de w ou essayé						
a pas changé de w ou essayé	ns	0,89	ns	1,04	ns	1,04
pas de mauvais jugt médecin/poste						
1 mauvais jugement ou plus	ns	0,93	ns	0,91	*	0,87
Percent Concordant	66,4		62,4		64,3	
Percent Discordant	33,2		36,7		35,1	
Percent Tied	0,4		0,8		0,6	

*** p<0,10 ; **p< 0,05 ; * p< 0,01 ; ns non statistiquement significatif.

Enfin, l'auto-évaluation de leur état de santé par les soignantes est d'assez près corrélée aux mêmes facteurs qui influencent le jugement des salariés et agents de maîtrise de l'industrie sur leur santé (tableau 54). Au premier rang desquels on retrouve la

satisfaction au travail, mais aussi la charge psychique du travail ou le soutien social. Dans les deux cas, difficultés à dormir en raison de la préoccupation du travail ou encore le souhait de changer de poste ou de travail sont nettement associés à une évaluation négative de sa santé.

Sur la base de ces quelques régressions logistiques, on retiendra que dans les deux groupes socioprofessionnels qui font l'objet de l'enquête spécifique du LEST l'exposition à des risques professionnels « objectivés » par les médecins du travail ne joue pas un rôle central dans la construction du jugement sur la santé et sur sa relation au travail. Ce constat, comme celui du rôle prépondérant des facteurs de satisfaction (ou d'insatisfaction) au travail dans la perception des effets du travail sur la santé, nécessitent des analyses plus fines dont l'enquête qualitative du LEST a fourni les moyens.

Tableau 54

LOGIT : hypothèse nulle = mal noter son état de santé	Soignantes		O-AM-T industrie		Tous salariés non cadres	
	p	odd	p	odd	p	odd
Intercept	**		*		*	
csp = employé(e)s						
csp = prof.interm	**	0,73	*	0,70	**	0,91
csp = ouvrier(e)s					**	1,11
latitude déc.moyenne (K)						
latitude déc.faible (K)	ns	1,11	**	1,28	*	1,28
latitude déc.forte (K)	ns	0,76	**	0,76	*	0,74
charge psy.moyenne (K)						
charge psy.faible (K)	ns	1,19	ns	1,04	ns	0,96
charge psy.forte (K)	**	1,50	**	1,36	*	1,44
soutien social moyen (K)						
soutien social faible (K)	ns	1,08	***	1,22	*	1,35
soutien social fort (K)	**	0,64	**	0,69	*	0,78
pas vécu sit.difficiles/dangereuses						
vécu situations difficiles	*	1,48	ns	1,16	*	1,24
pas de travail de nuit						
>=120 nuits(60) /an	ns	0,92	ns	0,89	ns	0,91
<120 nuits(60) /an	ns	0,94	ns	1,08	***	0,93
3 à 6 contr. temporelles						
<3 contraintes temporelles	ns	1,01	ns	1,02	ns	1,02
7 contr. temporelles et +	ns	1,05	ns	1,12	ns	0,98
pas expo. à agents biologiques						
exposé à agents biologiques	ns	0,63	ns	1,00	ns	0,98
pas expo. à agents chimiques						
exposé à agents chimiques	ns	1,06	ns	1,19	ns	1,04
exposition <5 risques prof.						
exposition >=5 risques prof,	ns	0,75	ns	0,92	ns	0,97
w peu fatigant						
w fatigant	ns	0,83	ns	0,98	ns	1,01
w peu stressant						
w stressant	ns	1,30	*	1,37	*	1,25
satisfait de son w						
pas satisfait de son w	*	2,30	*	1,79	*	1,80
ne souhaite pas partir						
souhaite partir	ns	1,23	*	0,73	*	0,90
pas d'insomnies						
insomnies	*	2,16	*	1,80	*	1,83
pas d'arrêt de w						
1 arrêt de w et plus	*	1,49	*	1,45	*	1,50
n'a pas changé de w ou essayé						
a pas changé de w ou essayé	*	2,40	*	2,08	*	1,87
pas de mauvais jugt médecin/poste						
1 mauvais jugement ou plus	ns	1,24	ns	1,01	*	1,23
Percent Concordant	72,2		68,0		69,3	
Percent Discordant	27,5		31,6		30,4	
Percent Tied	0,3		0,4		0,3	

*** p<0,10 ; **p<0,05 ; * p<0,01 ; ns non statistiquement significatif.

TROISIEME PARTIE

**UNE ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE AUPRES DE
SOIGNANTES HOSPITALIERES ET DE SALARIES
DE LA SOUS-TRAITANCE PETROCHIMIQUE**

L'enquête par questionnaire que nous avons réalisée est présentée dans la première partie de ce rapport (pages 25 et suiv.) et nous fournissons en annexe le questionnaire. Rappelons qu'il s'agissait pour nous de retourner une difficulté majeure – l'impossibilité de retrouver en « post-enquête » les salariés de la base SUMER – en atout. Notre but étant de construire une base d'échantillonnage en vue de la réalisation de nos quarante entretiens, qui soit en même temps une source d'information plus large et plus solide que ces seuls entretiens, sur les deux contextes socioprofessionnels de mise en jeu de la santé.

Cette base d'échantillonnage n'a aucune vocation à représentativité statistique : côté soignantes hospitalières, n'ont été enquêtés que certains services particuliers – dans lesquels les taux de retour du questionnaire ont été par ailleurs fort inégaux – au sein d'un seul site hospitalo-universitaire ; côté salariés de la sous-traitance pétrochimique de Fos-Berre, la population entrant dans le champ de l'enquête est particulièrement difficile à saisir, et l'échantillon recueilli est impossible à caler sérieusement sur une base de données fiable. Reste que les 240 questionnaires collectés et traités – 137 soignantes et 102 salariés de la sous-traitance – permettent de dessiner une image plus large, et sur certains points plus précise que les seuls 40 entretiens, des deux univers socioprofessionnels concernés. On verra par ailleurs que les nombreux contrastes qu'elle met en exergue entre ces deux milieux sont très plausibles.

Dans cette troisième partie on cherche donc : à caler l'échantillon que nous avons construit sur des données nationales relatives à des milieux socioprofessionnels autant que faire se peut comparables (1) ; à caractériser les contextes socioprofessionnels au sein desquels sont abordés les questions de relations travail-santé (2) ; à rendre compte des représentations de la santé et des rapports travail-santé telles que saisies à travers notre questionnaire (3) ; à montrer l'importance de la dimension « soutien social » parmi l'ensemble des conditions de travail (4) ; enfin, à dresser une typologie de l'ensemble de notre échantillon basée sur une AFC, de relever quelques questions qui seront approfondies au travers de l'étude des entretiens (5).

1- Tentative de calage sur les données de l'enquête SUMER

Nous avons sélectionné au sein de la base SUMER un sous-échantillon de salariés se rapprochant, autant que faire se peut, des deux groupes professionnels auprès desquels nous avons conduit notre propre enquête, en explicitant cette démarche et ses limites: si elle est assez aisée concernant les soignantes hospitalières – nonobstant la faiblesse des effectifs dans la base SUMER qui conduit à éviter d'y distinguer les infirmières des aides-soignantes et le secteur public du secteur privé -, elle est beaucoup plus périlleuse concernant les salariés de la sous-traitance pétrochimique. Nous avons tout de même tenté de les rapprocher d'un ensemble de salariés – ouvriers, techniciens et agents de maîtrise – de certaines activités industrielles (Cf. point 3-1 de la première partie de ce rapport). Au fil de notre recherche, prenant en compte l'importance de la forme « chantier » au travers de laquelle s'exercent les activités de sous-traitance nous y avons également tenté un rapprochement avec le secteur du bâtiment.

Le tableau ci-après fournit quelques indicateurs de base aidant à caler notre échantillon de 239 salarié(e)s sur les deux sous-populations approchées. Il s'en dégage les observations suivantes.

C'est un échantillon plus jeune, du fait de la présence de nombreux salariés de moins de trente ans. C'est aussi vrai pour les soignantes du CHU Montaigne que pour les travailleurs de la sous-traitance comparés à leurs homologues de l'industrie. Par contre les salariés de la sous-traitance sont plus proches de ceux de la construction où le poids des jeunes est également élevé. La classe d'âge des plus de 50 ans est bien représentée dans l'échantillon LEST. Ce sont les classes d'âge intermédiaires qui y sont sous-représentées.

L'enquête du LEST sur-représente aussi, dans les deux groupes, les salariés les plus qualifiés. Les infirmières y sont nettement plus nombreuses (63,5% contre 47,7%) que parmi les soignantes prises au plan national, cela traduisant assez bien, on le verra, la réalité de la répartition entre infirmières et AS au sein de l'AP (assistance publique) de la ville concernée. Quant à nos salariés de la sous-traitance, les ouvriers y sont relativement moins nombreux que dans les activités industrielles et plus encore de construction auxquelles nous les avons comparés : ils ne sont qu'une bonne moitié dans notre échantillon, contre, respectivement au plan national, les deux tiers dans l'industrie et les trois quarts dans la construction.

Les salariés de notre échantillon déclarent une ancienneté chez leur employeur beaucoup plus faible que ceux de l'enquête SUMER : 33% des soignantes y ont moins de trois ans d'ancienneté, contre 23% des soignantes de SUMER ; 60% des salariés de la sous-traitance contre 20% (industrie) et 33% (bâtiment) des salariés apparentés de SUMER. Pour les premières, il s'agit très certainement et principalement d'un biais de l'enquête elle-même.⁴⁴ Pour les seconds au contraire, cette donnée est attendue et cohérente avec ce que l'on sait du monde de la sous-traitance de Fos-Berre, où l'instabilité d'emploi est forte, au-delà même de l'intérim bien représenté dans notre échantillon. Les données sur le temps de travail indiquent plusieurs phénomènes. Chez les soignantes du CHU Montaigne, la pratique relativement peu fréquente du

⁴⁴ Le Bilan social 2005 de l'AP fait apparaître que seulement 11% des agents de la catégorie B y avaient moins de deux ans d'ancienneté – 8% de la catégorie C – et seulement 26,5% des premiers moins de cinq ans d'ancienneté – 22% des seconds. Il est fort peu probable que les recrutements intervenus depuis aient suffisamment changé la donne pour expliquer de tels écarts. On en conclura que l'auto-administration des questionnaires a connu plus de succès chez les embauchées récentes que chez les plus anciennes.

Indicateurs comparatifs enquêtes SUMER et LEST

	Enquête SUMER			Enquête LEST	
	Soignantes	Hommes Industrie	Hommes Bâtiment	AP	ST
Age (%)					
<30 ans	18,3	17,9	26,0	24,4	33,3
30-39 ans	30,2	30,4	29,5	27,5	20,6
40-49 ans	32,2	28,8	24,5	26,7	24,5
>50 ans	19,3	22,9	20,1	21,4	21,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
CSP (%)					
Ouvrier	*	65,8	78,0	*	54,9
AM,Tec,Cadre	*	34,2	22,0	*	45,1
Aide-soignante	52,7	*	*	36,5	*
Infirmière	47,7	*	*	63,5	*
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ancienneté < 3 ans (%)					
(%)	23,0	20,0	33,0	32,9	59,4
Emploi précaire (%)	7,6	2,8		4,4	35,3
Temps de travail (%)					
Temps partiel	30,0	2,1	1,5	16,1	2,0
Horaire>38 heures	29,2	35,8	59,8	47,9	51,5
Repos de 48 h.heb.	72,6	95,4	96,4	64,2	84,3
Etre d'astreinte	9,7	14,8	9,5	9,5	23,8
Evaluation du travail (%)					
Changer de poste	31,5	35,5	27,4	52,2	49,5
Travail Fatigant Plus **	64,6	44,2	55,0	75,2	49,5
Travail Stressant Plus **	60,0	45,3	38,8	65,1	42,6
Quest. Karasek (%)					
Latitude Décisionnelle Moins***	52,5	49,8	40,1	60,6	47,5
Charge Psychologique Plus***	40,9	29,5	26,3	55,9	44,6
Soutien Social Moins***	62,6	69,7	61,5	63,2	53,5
"Karasynt" Plus***	27,0	22,1	13,8	25,0	29,7
Santé au travail (%)					
Evaluation Négative Santé****	39,0	37,0	35,6	41,6	42,6
Influence Travail/Santé	63,2	48,4	60,2	-	-
Influence Travail/Santé Phys	-	-	-	51,5	61,0
Influence Travail/Santé Psy	-	-	-	49,6	51,0
Infl. Négative Travail/Santé	29,9	30,7	35,4	-	-
Influ Nég Travail/Santé Phys	-	-	-	34,6	35,0
Influ Nég Travail/Santé Psy	-	-	-	25,2	20,0

* Sans objet

** Notes égales ou supérieures à 7

*** Cf Lexique de variables p. 168

**** Notes inférieures à 8

travail à temps partiel (16% contre 30%) – probablement associée à l'importance numérique des plus jeunes –, va de pair avec une plus grande fréquence des longues semaines de travail (48% déclarent des semaines de plus de 38 heures, contre seulement 29% des soignantes de SUMER) et avec un non respect fréquent des 48 heures de repos consécutifs par semaine. Les salariés de la sous-traitance déclarent souvent de longues semaines de travail, se rapprochant davantage de ce point de vue des salariés du bâtiment. A cette caractéristique qui pourrait donc s'avérer propre aux activités de chantier ? s'ajoute cependant une contrainte spécifique de disponibilité temporelle : ils bénéficient moins systématiquement de deux journées consécutives de repos et sont plus souvent en astreinte que leurs homologues du bâtiment.

L'expression du souhait de changer de poste est sensiblement plus élevée dans notre échantillon, sans qu'on puisse, on le verra, en tirer une indication directe d'insatisfactions au travail. Si ce peut être le cas chez les soignantes, chez les salariés de la sous-traitance la mobilité professionnelle fait partie du fonctionnement du secteur, voire de la qualification elle-même. Quant aux notes attribuées au caractère « fatigant » et « stressant » du travail, elles ne permettent pas de spécifier notre échantillon, contrairement au questionnaire de Karasek. Les réponses à ce dernier font apparaître un taux de « job strain » particulièrement élevé chez nos soignantes, lesquelles cumulent souvent une charge psychologique plus forte et une latitude décisionnelle plus faible que leurs consœurs de SUMER. Mais du fait d'un « soutien social » déclaré un peu plus élevé, leur indicateur synthétique « Karasynt » s'en rapproche. Quant aux salariés de la sous-traitance, ils apparaissent plus proches de ceux de l'industrie au plan de la latitude décisionnelle, mais connaissent à la fois une charge psychologique plus forte et un soutien social plus marqué, plus fort encore que celui déclaré par les salariés du bâtiment.

Les notes attribuées par les salariés de notre échantillon à leur état de santé sont plus souvent médiocres comparées aux groupes apparentés, l'écart apparaissant d'autant plus net qu'ils sont plutôt plus jeunes. Mais cela ne se traduit pas, pour autant, par des jugements très différents quant aux influences du travail sur la santé. Avec toutes les précautions rendues nécessaires par la faiblesse quantitative de notre échantillon et par une formulation différente de la question⁴⁵, ces tendances semblent exprimer certaines spécificités de nos deux terrains.

⁴⁵ On rappelle en effet que nous distinguons influence sur la santé physique et psychique, et laissons, dans les deux cas, ouverte la possibilité de ne pas se prononcer. Les pourcentages que nous donnons pour notre enquête sont calculés sur l'ensemble des réponses et incluent donc les réponses « ne se prononce pas ».

2- Les contextes socioprofessionnels de mise en jeu de la santé

Les soignantes de l'hôpital Montaigne et les salariés de la sous-traitance pétrochimique de Berre-Fos forment deux univers socioprofessionnels fort contrastés, au sein desquels les problématiques de la santé au travail se constituent elles-mêmes de manière contrastée. On le rappelle d'abord en présentant rapidement ces deux contextes (2-1), puis en prenant appui sur les données issues de notre enquête : indicateurs socio-démographiques et professionnels (2-2), temporalités du travail (2-3), indicateurs « Karasek » (2-4), autres aspects des représentations du travail (2-5), rapport aux risques professionnels enfin (2-6).

2-1 L'Hôpital Montaigne et la sous-traitance pétrochimique : deux univers socioprofessionnels très différents

2-1-1 L'hôpital Montaigne

Inauguré en 1964 en périphérie urbaine, c'est un CHU, faisant partie des quatre établissements de l'Assistance Publique d'une grande ville du sud de la France, dont il regroupe près du cinquième (17%) des effectifs. L'un des quatre, également de statut CHU, situé à proximité du centre ville, domine par sa taille, deux fois plus importante que celle des trois autres sites. Un second est localisé à proximité du centre urbain, et un troisième dans une autre zone plus périphérique. Une grande partie de la gestion du personnel est centralisée au niveau de l'Assistance Publique de la ville, en particulier la mobilité inter-établissements.

La structure du personnel de ces quatre établissements hospitaliers reflète l'importance des activités de recherche et d'enseignement, et le haut degré de technicité de la médecine de pointe qui y est souvent exercée : poids du « personnel médical » (3700 selon le « bilan social » 2005, 2700 hors « étudiant en médecine, pharmacie et odontologie »), et au sein du « personnel non médical », poids du personnel infirmier : IDE (infirmières diplômées d'état) et infirmières spécialisées représentent 32% de ces agents, les aides-soignantes 18%, et les ASH seulement 8%⁴⁶. Reste que, comme au plan national, les seules « soignantes » - infirmières et aides-soignantes - forment une bonne moitié des effectifs, médecins exclus.

Assistance publique : personnel non médical (2005)

	Tps plein	Tps part.	Total	% Tps part.	% de la catég/total
Personnel de direction et d'administration	1243	310	1553	20,0	13,0
Cadres supérieurs de santé	422	29	451	6,4	3,8
IDE	2470	568	3038	18,7	25,4
Infirmiers spécialisés, Sages-femmes	573	240	813	29,5	6,8
Aides-soignants	1920	258	2178	11,8	18,2
ASH	900	42	942	4,5	7,9
Educatif, sociaux, médico-techniques, ouvriers	2572	419	2991	14,0	25,0
Total	10100	1866	11966	15,6	100,0

La domination numérique de ce groupe socioprofessionnel, central dans les activités de soin, articulé autour de seulement deux métiers ou professions – nonobstant ses

⁴⁶ On sait qu'une part croissante des activités réalisées par les agents de service hospitaliers a été externalisée. L'enquête de la DREES « conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » (publics et privés) fait état de 28% d'infirmières, 24% d'AS et 13% d'ASH.

nombreuses différenciations internes -, par ailleurs fortement réglementés, distingue clairement le contexte professionnel hospitalier de celui du monde, éclaté et instable, de la sous-traitance

L'hôpital Montaigne compte aujourd'hui 600 lits. Il est présenté comme offrant la « quasi totalité des activités médicales et chirurgicales », mais, dans le cadre d'un processus de spécialisation progressive des quatre sites de l'assistance publique de la ville, y ont été plus particulièrement développées les activités suivantes : maternité-gynécologie – ouverture d'un pavillon « mère-enfant » en 1997 - ; traumatologie ; néonatalogie ; chirurgie pédiatrique ; et traitement des maladies infectieuses.

Ici la flexibilité de la main-d'œuvre est moins assurée par l'embauche directe de personnel précaire⁴⁷ que par l'externalisation de certaines activités – nettoyage, mais aussi maintenance technique -, l'utilisation des stagiaires en formation – élèves aides-soignantes et infirmières, étudiants en médecine – et, par-dessus tout, par la disponibilité temporelle des soignantes. Cette dernière est à la fois requise par la continuité des soins dans la plupart des services - qui se traduit par la prépondérance des horaires décalés, soit en nuit fixe (16% des personnels non médicaux de l'hôpital Montaigne), soit en alternance matin/soir – et par le sous-effectif qui impose des modifications fréquentes des plannings horaires. Un nouveau régime horaire, celui des « 12 heures », a également été mis en place dans certains services, et son extension est visée par la direction⁴⁸. Une polyvalence interne est également recherchée, et combattue par les soignantes. Elle sera très probablement favorisée par la mise en place des « pôles d'activité » regroupant plusieurs services. Massivement féminisé – à 79% pour l'ensemble du personnel non médical, à 87% pour les seuls « soignants et éducatifs » - le personnel, surtout infirmier, recourt souvent au travail à temps partiel, sans que cette forme d'emploi puisse être considérée comme un outil de flexibilité à l'usage des directions d'établissement.

La structure d'âge du personnel se singularise par la faiblesse des effectifs jeunes et âgés, malgré de timides évolutions inverses. Ainsi dans le personnel de la catégorie « B », majoritairement composé d'infirmières, les moins de 25 ans ne sont que 3,8%, et les plus de 55 ans que 7%. 38% ont de 25 à 40 ans et 50% de 41 à 55 ans.⁴⁹

2-1-2 La sous-traitance pétrochimique

Le monde de la sous-traitance pétrochimique est un monde hétérogène, à la fois du point de vue du type de prestation réalisée, du statut économique des firmes mobilisées, et du degré de précarité des liens de sous-traitance avec les grands donneurs d'ordre. Il existe trois grands types de sous-traitance : la sous-traitance de production, la sous-traitance de maintenance-réparation courante, et la sous-traitance de maintenance-réparation ponctuelle (grosses réparations, grands arrêts, travaux neufs). Plusieurs dizaines d'entreprises interviennent en permanence sur les sites de Fos-Berre, certaines étant des établissements locaux de grands groupes industriels, d'autres de vraies PME. Pour certaines firmes sous-traitantes la précarité des contrats qui les associent aux donneurs d'ordre est grande, pour d'autres elle l'est moins, et on a assisté ces dernières années à un processus de fidélisation d'une fraction d'entre elles.

⁴⁷ On ne dénombre que 3% de CDD et l'utilisation de soignantes intérimaires – attestée dans certains services en sous-effectif infirmier plus aigu que d'autres – comme le bloc opératoire, où un tiers des postes seraient vacants et occupés par des intérimaires – semble encore marginale.

⁴⁸ Sages-femmes de la maternité, quelques infirmier(e)s en réanimation-anesthésie. Ce régime des « 12 heures » est souvent présenté par la direction comme plus attractif pour les jeunes soignantes, sur lesquelles s'exerce la concurrence du secteur privé.

⁴⁹ Source : *Bilan social 2005*.

L'expansion de la sous-traitance s'est accompagnée d'une évolution de ses formes vers un type de relation plus « coopératif » en raison de la montée des exigences en matière de qualité des produits, de fiabilité des installations, de délais de livraison, de sécurité-environnement et d'une d'intégration toujours plus forte des opérations de fabrication et de maintenance. Cela s'est traduit par une élévation des qualifications requises pour les entreprises sous-traitantes et le développement de leur expertise en matière de diagnostic, études, planification, coordination, surveillance des tâches, etc. On a observé également une tendance à la « certification » des entreprises sous-traitantes et de leur personnel.⁵⁰ Se sont développées des entreprises générales de maintenance multi-techniques capables de fournir des prestations intégrant des métiers différents (mécanique, métallurgie, électricité, électronique, instrumentation ...). Des contrats pluri-annuels (jusqu'à 6 ans) ont été mis en place avec ces entreprises générales vers lesquelles on transfère de manière croissante les responsabilités qui étaient auparavant celles du donneur d'ordre, jusqu'à la gestion de la totalité du processus de maintenance. Enfin la sous-traitance en cascade a été parfois limitée contractuellement (à 2 ou 3 niveaux maximum), de même que le recours à l'intérim (20 à 30% de l'effectif maximum). Cela n'empêche pas de fréquentes restructurations financières, se traduisant souvent par des suppressions d'emploi, voire des fermetures d'entreprises, comme en témoignent les cursus professionnels des salariés rencontrés. La mise en concurrence entre firmes sous-traitantes et les rapports de sous-traitance en cascade caractérisent ce monde.

La croissance du recours à la sous-traitance s'accompagne ainsi de différenciations significatives en son sein. Une partie de celle-ci, fidélisée et stabilisée dans des entreprises générales de grande taille et intervenant en premier rang, connaît une tendance à la déprécarisation, tandis qu'une autre partie, qui représente encore environ 40% du chiffre d'affaires sous-traité, reste soumise aux logiques tayloriennes et précaires qui prévalaient dans la période antérieure.

Pour l'ensemble de ces entreprises, cependant, les exigences de productivité sont plus fortes que jamais, et sont exprimées de manière de plus en plus sophistiquée dans les contrats, à travers la multiplication de clauses de bonus-malus destinées à aiguillonner l'activité dans tous les domaines. La gestion de la main-d'œuvre reste une variable d'ajustement majeure dans la négociation des contrats de sous-traitance et face aux irrégularités de l'activité. Les principales formes de cette flexibilité sont l'emploi précaire (essentiellement l'intérim), les heures supplémentaires, et le jeu sur la répartition des salariés sur les différents chantiers selon les niveaux de charge de travail de chacun d'entre eux.

Ce monde de la sous-traitance se présente finalement comme une multitude de collectifs salariaux très segmentés à travers la diversité des entreprises, des métiers, des qualifications, des conventions collectives, des contenus, lieux et contextes de travail. Ces derniers peuvent être dans certains cas stables, notamment quand l'entreprise gère un équipement et un procès de production stables.

Mais ils peuvent, dans le cas de la maintenance et de la réparation, être très variables y compris au sein de la même journée. On est dans ce cas dans le « mode de production chantier », caractérisé par une tâche limitée dans le temps. Son contenu exact et ses conditions de réalisation sont alors le plus souvent spécifiques, étroitement soumis aux contraintes contractuelles (notamment en termes de délais) et aux aléas du travail de chantier. Ces aléas sont, en particulier, associés à des situations de co-activités entre plusieurs entreprises, équipes, ou métiers, dont la coordination est souvent complexe. La

⁵⁰ Dans la région de l'Etang de Berre, a ainsi été créé en 1993 un dispositif inter-entreprise de certification des équipements, des systèmes de management et des salariés de ces entreprises, le MASE (Manuel d'Assurance Sécurité d'Entreprise),

forme chantier se singularise également par une équipe de salariés généralement réduite et de composition souvent variable, en nombre et en types de métiers, mais aussi en termes de statuts d'emploi avec le recours fréquent à l'intérim, y compris en cours de chantier. Au sein de ces équipes peu nombreuses, un des membres fait, officiellement ou non, office de chef d'équipe, notamment en l'absence de l'agent de maîtrise lorsque ce dernier dirige plusieurs équipes sur plusieurs sites. La forme chantier se caractérise enfin par des relations de coopération et de commandement complexes et souvent tendues avec les autres intervenants sur le site, notamment avec l'encadrement du donneur d'ordres.

2-1-3 Les « risques professionnels » : deux problématiques distinctes

Les problématiques des risques professionnels se présentent également de manière fort contrastée entre nos deux terrains.

Hôpital Montaigne : sur-exposition aux risques bactériologiques et, surtout, « psycho-sociaux »

Ce sont sans doute les risques de type bactériologique – et, dans une moindre mesure, d'exposition à certains produits chimiques – qui sont traditionnellement les mieux identifiés, perçus et reconnus par les agents hospitaliers. L'« exposition au sang » représente ainsi la première cause du petit millier d'accidents de service, hors accidents de trajet, recensés ces dernières années par l'Assistance Publique de la ville : 20 à 30% des accidents lui sont imputables. Elle est suivie par les « chutes ou glissades » puis par les « objets ou masses en mouvement accidentel », le « contact avec des malades agités » et les « efforts de soulèvement ». Les très rares cas de « maladie imputable au service » recensés en 2005 sont tous d'ordre bactériologique ou chimique. Par contre les cas de maladies professionnelles – une trentaine reconnues comme telles la même année – semblent dominés par les troubles musculo-squelettiques.⁵¹ Enfin la politique officielle de prévention des risques – impulsée notamment dans le cadre de la production du « Document Unique » (DU) - mentionne comme exemple d'action d'amélioration la « prévention des Accidents d'Exposition aux risques Viraux (AEV) », par le « rappel de l'utilisation de stylos-injecteurs d'insuline, amélioration de l'approvisionnement de conteneurs à aiguilles usagées ».

Les commentaires qui accompagnent le bilan social officiel de l'Assistance Publique de la ville traduisent bien ce sentiment d'une identification précise des risques professionnels, comme en témoigne ce passage à propos de la mise en place du DU : « les principaux risques repérés dans cette démarche sont parfaitement en phase avec ceux connus des médecins du travail et des CHSCT comme ayant une incidence sur la santé ». Outre la prévention des accidents d'exposition au sang sont cités « la maintenance et réparation d'appareils défectueux », la « formation et les travaux de mise aux normes » en matière de « sécurité incendie », ainsi que les mesures de radioprotection du personnel exposé aux rayonnements ionisants.

Ce n'est que de manière récente que la thématique des facteurs psycho-sociaux et du stress professionnel s'affirment comme des dimensions possibles des risques professionnels à l'hôpital. Si l'on suit Marc Loriol, cette thématique tend fondamentalement à déconnecter les enjeux de santé de ceux des conditions de travail en les versant dans le domaine de la psychologie des agents et de leur capacité personnelle à gérer la « bonne distance » à la souffrance des patients. Sans rejeter cette interprétation – à laquelle on soumettra nos matériaux d'enquête – on rappellera que l'histoire des mobilisations collectives des soignantes au cours des deux dernières décennies tend, à

⁵¹ Neuf cas d' « hernie discale » et deux atteintes au « canal carpien ».

l'inverse, à construire des dimensions collectives aux enjeux de conditions de travail et de santé au travail.⁵²

Sur le site étudié, plusieurs événements récents montrent que la thématique des risques professionnels tend à s'y élargir. Un suicide d'un jeune interne est survenu sur le lieu de travail en 2005, et deux infirmières mettent fin à leur jour en dehors de l'hôpital. Quelques semaines plus tard le personnel du bloc opératoire a manifesté une série de troubles - malaises, nausées, fatigue -, les soignantes exerçant alors leur droit de retrait. Cette crise a été fortement médiatisée et a fait l'objet d'une étude pilotée par des médecins du travail ayant débouché sur la conclusion d'un « Syndrome du Bâtiment Malsain ». Au même moment, semble-t-il suite à une demande exprimée par les cadres de santé, un « groupe de travail burn out » est mis en place par le Directeur des Soins infirmiers associé à une infirmière anesthésiste⁵³. Il conduit en 2006 une enquête sur « l'épuisement professionnel » des personnels soignants auprès de 277 personnes⁵⁴. Ses conclusions pointent des causes et des pistes de solution autant « organisationnelles » que « interpersonnelles » et « intrapersonnelles ». Enfin on ne saurait sous estimer les effets de l'activité des organisations syndicales et des instances représentatives (CHSCT) sur l'élargissement de la notion de risques professionnels dans les représentations des soignantes de l'hôpital Montaigne.⁵⁵

Finalement c'est l'écart entre les formes de reconnaissance institutionnelles, très étroites, des enjeux de santé au travail, et l'ampleur de leurs manifestations plus indirectes - telles que, pour une part, les mouvements de personnel et ses absences au travail - qui caractérise la problématique des risques professionnels. Une partie des départs pour mise en disponibilité en congé parental, voire des passages vers le secteur libéral ou privé, de même qu'une partie de la mobilité inter-services peuvent être mises sur le compte des conditions de travail. A l'échelon des quatre sites hospitaliers l'absentéisme pour maladie est important, réputé supérieur à la moyenne nationale, et touche plus particulièrement les catégories « C » (dont font partie les aides-soignantes, ASH).

En 2005, pour l'ensemble du « personnel non médical » et 222 journées théoriques travaillées, on compte 20 jours d'absence en moyenne par agent pour raison de santé au sens large - y compris maternité et adoption - , dont 15 pour maladie « ordinaire », « longue maladie » et « maladie de longue durée »⁵⁶. Ce dernier chiffre s'élève à 21 jours pour le personnel de la catégorie C, contre 12 pour celui de la catégorie B. Les « accidents de service » représentent une part marginale des absences, ce qui est, plus encore, le cas des « maladies professionnelles ».

⁵² S. Volkoff prend souvent l'exemple des infirmières pour montrer comme un conflit social peut modifier les représentations des conditions de travail enregistrées par les enquêtes du même nom : la part de celles qui déclarent « porter des charges lourdes » a connu une progression brutale après le mouvement de 1986.

⁵³ Qui se trouve faire partie des 22 soignantes que nous avons interviewées. Cf. partie IV de ce rapport.

⁵⁴ Etude qui débouche sur le constat selon lequel le « taux de prévalence du Burn Out » (9%) est... plus faible sur le site qu'au plan national (20%), mais que le taux de prévalence des états dépressifs est du même ordre (20%). Les seuls débouchés concrets en ont été pour l'heure une formation à la vigilance à propos des états d'épuisement professionnel et... une demande d'un demi-poste de psychologue du travail.

⁵⁵ Le syndicat CGT, bien que minoritaire, critique l'interprétation dominante en termes de « psychologie collective » qui en aurait été faite, et reproche à la majorité FO du CHSCT de ne pas suivre ses demandes de mise à l'ordre du jour des questions d'horaires et d'effectifs.

⁵⁶ Source : *Bilan social 2005*.

Assistance publique : absence pour « raisons de santé »

	Jours	%
maladie ordinaire	123531	54,6
longue maladie, maladie de longue durée	53595	23,7
accident de service	11700	5,2
accident de trajet	2079	0,9
maladie professionnelle	4317	1,9
maternité et adoption	31194	13,8
Total	226416	100,0

La manière dont la médecin du travail qui est notre interlocutrice dresse le « top 50 » des maladies professionnelles montre bien ce processus d'élargissement de la santé au travail aux implications mentales et psychologiques des conditions de travail : elle cite, dans l'ordre, les affections du dos, les TMS, le risque chimique, le risque mental «lié notamment aux horaires de travail », et le risque psychologique, attesté notamment par l'étude « Burn Out ». ⁵⁷ Ce service compte deux médecins – en principe un poste pour 1500 agents - une infirmière et une secrétaire médicale. Il parvient à accueillir, outre tous les nouveaux recrutés ⁵⁸, tous les agents selon la fréquence d'une tous les 18 mois en moyenne. Son activité participe à la fois d'une régulation très institutionnalisée mais étroitement délimitée de la santé au travail – « commission des postes aménagés », gérant une cinquantaine de « postes aménagés » sur le site, et « commission de réforme » - et d'une pratique clinique dans laquelle s'élargit l'approche de la santé au travail. Sont cités par notre interlocutrice les antécédents médicaux, les problèmes familiaux, le type de poste de travail, le collectif de travail. Concernant les horaires de travail elle admet volontiers qu'il s'agit d'une composante importante de la santé au travail : effets délétères du travail de nuit, difficulté à respecter les plannings, repos et congé, difficulté à satisfaire les demandes de passage à temps partiel. D'ailleurs une bonne partie des postes aménagés ont comme caractéristique d'offrir des horaires fixes en journée.

Sous-traitance : sur-exposition aux risques physiques et chimiques, et contexte « Seveso »

Les sites industriels de la zone de Fos-Berre concernés par notre étude sont tous classés « Seveso seuil haut » [Cf. encadré]. C'est dire que l'articulation y est forte entre les enjeux de santé au travail ou de sécurité professionnelle et les enjeux spécifiques aux risques industriels, situés de plus sur un territoire très peuplé, où s'intriquent activités industrielles et urbaines. D'importants dispositifs publics, privés et mixtes de contrôle, de sensibilisation, de formation sur les thèmes santé-sécurité y ont été mis en place ces dernières années. Ils impliquent les CHSCT, présents d'abord dans les grands établissements, dont le champ d'action, réel ou potentiel, a été ainsi élargi, y compris à la

⁵⁷ La même étude enregistre un très fort taux de « douleurs musculaires et TMS » (71%), aux côtés de « problèmes cutanés » (29%), des « maux d'estomacs fréquents » (28%) et des « colites fréquentes » (25%).

⁵⁸ La visite médicale d'embauche serait d'autant plus importante aujourd'hui que les critères de sélection à l'entrée en école d'infirmières se seraient assouplis avec les difficultés de recrutement. Jusqu'à une date récente toute candidate à l'AP devait passer devant une psychologue afin que soit évaluée, notamment au travers de tests, sa capacité psychologique à faire face aux difficultés du métier. Ce n'est plus le cas. Certes peu de candidates étaient ainsi recalées, car la sélection intervient avant, en cours de la formation pendant laquelle les formatrices sont très « dures ». Reste qu'il faut désormais être un peu plus vigilant encore, pour repérer les 1% de « folles », mais sans pouvoir détecter celles qui sont simplement « fragiles ».

prise en compte de la santé au travail des salariés extérieurs.⁵⁹ En même temps le développement de la sous-traitance s'est traduit par une sur-exposition très nette des travailleurs extérieurs aux risques professionnels, d'autant plus que dans de nombreuses entreprises n'atteignant pas les seuils nécessaires - souvent suite à des stratégies des employeurs pour y échapper – les instances de représentation du personnel, notamment CHSCT, sont absentes.

La Directive SEVESO

En 1982 une première directive européenne dite « SEVESO » est émise suite à l'émotion provoquée par le rejet accidentel de Dioxine sur la commune de SEVESO en Italie en 1976. Elle vise la prévention des risques industriels majeurs au travers de l'identification et du recensement des établissements et installations dangereux. En 1999 une nouvelle directive, dite aussi SEVESO II, remplace la première. Elle est transposée dans le droit français depuis 2000. Elle renforce la notion de prévention des accidents majeurs en imposant notamment à l'exploitant la mise en œuvre d'un système de gestion et d'une organisation (ou système de gestion de la sécurité) proportionnés aux risques inhérents aux installations. Cette directive renforce le dispositif de prévention des accidents majeurs impliquant des substances dangereuses en introduisant des mesures complémentaires par rapport à la directive initiale. Ces mesures consacrent les "bonnes pratiques" en matière de gestion des risques : introduction de dispositions sur l'utilisation des sols afin de réduire les conséquences des accidents majeurs, prise en compte des aspects organisationnels de la sécurité, amélioration du contenu du rapport de sécurité, renforcement de la participation et de la consultation du public. Elle améliore l'efficacité de la mise en œuvre par les contrôles pratiqués et la transmission d'informations sur une base comparable à la Commission Européenne.

Les établissements à risques sont recensés et classés en « établissement seuil haut » et « établissement seuil bas ». La région PACA compte 58 établissements « seuil haut » - dont 44 dans le seul département des Bouches-du-Rhône, la quasi-totalité étant implantée sur la zone de Berre-Fos – sur les 657 recensés en France.

Certaines études montrent un taux de fréquence des accidents du travail avec arrêt bien plus important – de l'ordre de sept fois plus – parmi le personnel sous-traitant, comparé à celui qui concerne le personnel « propre » des grandes firmes.⁶⁰ Cette surexposition touche notamment les travailleurs de la maintenance industrielle, et concerne tant les risques physiques que chimiques. « Aux risques liés à l'activité elle-même (risques de manutention, risques de blessures avec les outillages et les matériels, etc.) s'ajoutent ceux occasionnés par les produits et les énergies véhiculés par les matériels. Ouvrir les matériels, rompre les confinements pour examiner, réparer ou remplacer les organes défaillants ou présentant des signes d'usure avancée fait partie du quotidien des personnels de maintenance. C'est au moment de l'ouverture des circuits que les salariés risquent d'être exposés aux produits toxiques, mutagènes ou cancérigènes véhiculés par les matériels. Les vannes, les corps de pompes, les points bas sont autant de pièges pour les produits véhiculés. Mais les risques proviennent aussi des énergies résiduelles (pression, tension électrique, bruit, etc.) ».⁶¹ La même étude souligne que les accidents sont plus sévères en maintenance et des métiers sont plus exposés que d'autres : soudeurs, tuyauteurs, chaudronniers et monteurs. Des maladies professionnelles sont plus

⁵⁹ On insiste sur ce point dans notre recherche précédente (op. cit.)

⁶⁰ A. Fernandez et R. Jean, « L'amélioration de la sécurité dans les grands arrêts d'entretien », *Cidécos conseil* ; mai 95.

⁶¹ Etude réalisée par l'Association Française des Ingénieurs de Maintenance dans la région PACA avec la participation des principales entreprises prestataires de service en maintenance, et le soutien du ministère du Travail et du fonds pour l'amélioration des conditions de travail.

fréquentes et plus concentrées. Trois maladies professionnelles représentent 70 % des affections (amiante, benzène et bruit). Des groupes de métiers, souvent les mêmes, sont plus exposés aux maladies professionnelles : monteur, soudeur, tuyauteur, et, dans une moindre mesure, électricien et instrumentiste..

La problématique santé-sécurité professionnelle au sein du monde de la sous-traitance est donc marquée, assez contradictoirement, par la double empreinte de rapports économiques et salariaux fortement marchands et concurrentiels et de l'action publique en matière d'élaboration de normes, de contrôle.

Deux types de services de médecine du travail interviennent sur la zone de Fos-Berre : des services dits « autonomes » - propres aux grands établissements donneurs d'ordres, et qui ne couvrent que le personnel « propre » de ces établissements - et interprofessionnels, dont dépendent les salariés de la sous-traitance. Le service interprofessionnel de Martigues couvre les salariés des entreprises (PME ou TPE) situées sur un territoire plus vaste. Il peut être considéré comme l'un de ceux qui est en charge du plus grand nombre de travailleurs de la sous-traitance et de l'intérim industriels, sans que cette couverture soit complète : ainsi les travailleurs de la construction, dont on sait qu'une partie interviennent en situation de sous-traitance industrielle, sont couverts par leurs propres services de médecine du travail. Le médecin responsable de ce service a en charge à elle-seule plus de 3000 salariés, convoqués au moment de leur embauche, puis une fois tous les deux ans. Elle dresse un tableau ambivalent de l'évolution de la prévention des risques professionnels : d'un côté une progression d'une « culture santé » du côté des industriels et une amélioration dans la prise en compte de certaines maladies professionnelles, comme celles dues à l'amiante;⁶² de l'autre une dégradation associée aux effets de la logique du « moins disant social » conduisant à l'emploi de travailleurs étrangers par des entreprises elles-mêmes étrangères, polonaises ou portugaises par exemple.

Reste que ce diagnostic nuancé n'est pas partagé par tous les acteurs de la prévention. Les animateurs de l'APCME (cf. partie I, p. 31) insistent davantage sur la persistance de la sous-déclaration de certaines maladies à forte composante professionnelle, telles les bronchites chroniques, et sur les effets délétères des rapports sociaux de sous-traitance. Il en est ainsi de la disjonction entre l'employeur formel – dont seule la branche d'activité peut reconnaître une exposition aux risques professionnels – et l'employeur réel ; dit autrement, du clivage entre l'instance où se génère et peut se maîtriser le risque – le donneur d'ordre et son management – et celle qui s'en trouve dépossédée, l'entreprise sous-traitante. Il en est de même, plus largement, de la précarité de l'emploi qui marque le monde de la sous-traitance : « la majorité de notre public sont des précaires ». La précarité participe en effet d'une sur-exposition aux risques professionnels – affectation prioritaire aux tâches les plus dangereuses ou pénibles - et d'une moindre reconnaissance de ces derniers –, difficultés spécifiques à relier des atteintes à la santé à des expériences laborieuses fractionnées et à en imputer la responsabilité aux employeurs de fait.

⁶² Les associations de victimes du cancer sont présentes et actives sur la zone, et regrouperaient 2 à 300 adhérents.

2-2 Groupes sociaux, métiers, trajectoires professionnelles

Nos échantillons d'enquête ne peuvent être considérés comme statistiquement représentatifs de ces deux univers socioprofessionnels. Ils sont par contre profondément marqués par leurs caractéristiques.

2-2-1 Données socio-démographiques

Les écarts d'âge d'une catégorie professionnelle à l'autre sont plus importants dans le monde de la sous-traitance : alors que les aides-soignantes et les infirmières ont le même âge moyen (39 ans), les techniciens (32 ans) et dans une moindre mesure les ouvriers (37 ans) sont nettement plus jeunes que les agents de maîtrise. Ces données amplifient ce que l'on sait de l'âge des grandes catégories socioprofessionnelles. Pour les ouvriers on peut se poser la question de la possibilité même de vieillir en tant qu'ouvrier dans les activités de sous-traitance : les plus âgés qui ne seraient pas promus agents de maîtrise, les plus nombreux donc, ne sont-ils pas fréquemment purement et simplement exclus du marché du travail ?

La fréquence de la vie en couple paraît refléter l'âge de la catégorie professionnelle. On note par contre que, à âge donné, la parentalité est beaucoup plus fréquente chez les hommes de la sous-traitance que chez les femmes soignantes. Chez les plus de quarante ans, âge au-delà duquel on peut considérer que la probabilité de devenir parent diminue sensiblement, ils sont 96% à avoir un enfant, contre 79% seulement des soignantes.⁶³

Parentalité et âge : % n'ayant pas d'enfant

	Moins de 40 ans	40 ans et plus	Total
AP	48,5	20,6	34,9
ST	58,2	4,3	33,3
ENS	52,9	13,6	34,2

On y reviendra : ce statut familial n'est-il pas une condition plus impérative de maintien dans le type d'activité professionnelle concerné pour les hommes que pour les femmes ? On note par ailleurs qu'à âge moyen comparable, les infirmières ont moins d'enfants que les aides-soignantes. Se joue sans doute un effet du « milieu social » - une fécondité un peu plus forte en milieu populaire qu'en milieu intermédiaire - ; se joue probablement aussi un effet de structure d'âge, avec la présence plus forte d'une fraction de très jeunes femmes chez les aides-soignantes, laquelle se traduit d'ailleurs par une ancienneté moyenne plus faible que chez les infirmières (62% contre 53% ont moins de dix ans d'ancienneté)

⁶³ Parmi les plus de 40 ans qui n'ont pas eu d'enfant, la moitié des soignantes vivent seules (sept sur treize) ; ce n'est le cas que d'un des deux salariés de la sous-traitance.

Quelques indicateurs socio-démographiques et professionnels clés

	OUV	AM	TECH	AS	INF	ST	AP	ENS
Age (moyenne)	37	47	32	39	39	37	39	38
Vit en couple (%)	62,5	80,0	51,6	70,0	70,1	61,8	70,1	66,5
Nbre d'enfants (moyenne)	1,7	1,9	0,8	1,5	1,1	1,5	1,2	1,3
Bac ou plus (%)	14,3	40,0	93,5	32,0	100,0	42,2	75,2	61,1
Age au 1 ^{er} emploi (moyenne)	18	19	22	20	22	19	21	20
Durée de vie active (ans)	19	29	11	20	17	18	18	18
Ont connu la précarité (%)	94,6	60,0	87,1	48,9	21,1	87,3	31,4	57,0
Taux de précarité sur durée de vie active (%)	52,2	11,4	29,6	22,7	24,2	39,9	23,3	35,2
Emplois actuels précaires (%)	48,2	6,7	25,8	10,0	1,1	35,3	4,4	17,6
Intérimaires (%)	41,1	-	6,5	-	-	24,5	-	10,5
Plus de 10 ans d'ancienneté dans l'entreprise (%)	7,3	53,3	19,4	38,0	47,1	17,8	43,8	32,8
Ont travaillé sur plusieurs Sites-Services (%)	69,1	73,3	32,3	24,5	32,2	58,4	29,4	41,8
Polyvalence (%)	54,5	40,0	35,5	20,4	30,6	46,5	26,9	35,3
Craintes pour l'emploi actuel (%)	28,6	33,3	29,0	12,0	16,1	29,4	14,6	20,9
Difficile de retrouver un emploi (%)	26,8	53,3	19,4	36,2	12,6	28,4	20,9	24,2
Souhaitent changer de poste (%)	45,5	40,0	61,3	51,0	52,9	49,5	52,2	51,1
Salaire mensuel net (primes comprises) (€)	1788	2320	1929	1466	1943	1910	1768	1829
Total (effectifs)	56	15	31	50	87	102	137	239

2-2-2 Données professionnelles

Les 102 salariés de la sous-traitance sont employés par... 45 entreprises différentes, ce qui témoigne de la très grande dispersion des employeurs de ce secteur. La diversité des métiers exercés est également grande, on peut la regrouper en une douzaine de familles professionnelles :

- Chargé d'affaires – Commerciaux ;
- Chef de chantier ;
- Instrumentiste-Analysateur-Régleur ;
- Mécanique-Ajustage ;
- Soudeur-Chaudronnier-Tuyauteur-Monteur ;
- Chauffeur-Conducteur d'engins-Grutier ;
- Opérateur-conducteur d'installation ;
- Plongeur sous azote ;
- Echafauteur ;
- Electricien-tireur de câbles ;
- Magasinier ;
- Ouvrier-manœuvre du nettoyage ;

L'âge au premier emploi et la durée de vie active traduisent l'inégalité des niveaux de scolarisation d'une catégorie à l'autre, lesquels rapprochent les quelques techniciens de la sous-traitance des infirmières, et les autres salariés de la sous-traitance des aides-soignantes, dont seulement une sur trois est titulaire du baccalauréat.

Ces proximités se confirment de manière très intéressante du point de vue des indicateurs de précarité/stabilité de l'emploi. Bien entendu et globalement, les salariés de la sous-traitance sont beaucoup plus marqués par une situation et surtout par des expériences d'emploi instable.⁶⁴ Un sur trois est actuellement sur un statut précaire (essentiellement en intérim), contre 4% des soignantes. Près de 90% ont connu un emploi précaire, contre seulement 30% des soignantes. Mais la moitié des aides-soignantes – seulement une infirmière sur cinq – a connu une situation d'emploi instable, ce qui rapproche cette catégorie des salariés de la sous-traitance, du moins de la fraction d'entre eux la moins marquée par une précarité systématique, celle des agents de maîtrise, qui sont 60% à avoir connu un emploi précaire. Au passage, on note que dans le monde de la sous-traitance, comme plus largement dans le monde industriel, la stabilité d'emploi conditionne la promotion aux postes d'encadrement de proximité. D'ailleurs, dans la sous-traitance, seuls les ouvriers sont aujourd'hui très nombreux – la moitié – sur statut précaire : même les techniciens enquêtés sont aux trois quarts sur CDI alors qu'ils sont presque tous passés au cours de leur parcours professionnel par un statut instable.

Aux côtés du statut d'emploi, l'instabilité des lieux de travail est un indicateur de précarité potentielle du travail. Contrairement aux soignantes, qui ne sont que 29% dans ce cas, la majorité (58%) des salariés de la sous-traitance a connu plusieurs sites de travail au cours de l'année écoulée. Cette diversité des lieux de prestation ne concerne pas que les ouvriers sur statut d'emploi instable, mais aussi les agents de maîtrise sur CDI. Seuls les techniciens échappent fréquemment à cette forme d'instabilité. La polyvalence dans le travail est également plus fréquente dans le monde de la sous-traitance (46%) qu'à l'hôpital (27%), où elle est d'ailleurs associée à une qualification plus élevée, puisque les infirmières la déclarent plus souvent (30%) que les aides-soignantes (20%).

D'une situation et/ou d'une expérience d'emploi instable au sentiment de précarité d'emploi se manifeste un écart significatif sur lequel il nous faudra revenir. Un petit tiers

⁶⁴ L'ampleur de la précarité (actuelle et tout au long de la vie) dans la ST est sans doute surestimée dans notre échantillon du fait du nombre d'intérimaires ayant répondu au questionnaire. Mais même en ne prenant en considération que les salariés actuellement stables, on atteint encore près de 79% de salariés ayant connu la précarité

seulement des salariés de la sous-traitance disent « craindre pour leur emploi », cette proportion ne variant pas de manière nette d'une catégorie à l'autre. Inversement, alors que la quasi-totalité des soignantes est sur un emploi très stable, on en trouve 15% pour exprimer une crainte à ce sujet. La différence entre les deux milieux professionnels s'amenuise encore quand on interroge les salariés sur les difficultés qu'ils auraient à retrouver un « emploi au moins équivalent et à une distance acceptable du domicile » : 21% des soignantes répondent positivement, 28% des salariés de la sous-traitance. En fait, ce sont surtout les aides-soignantes qui s'affichent ici en quelque sorte comme captives d'un (relatif) « bon emploi », donnée que l'on retrouvera en entretien ; les infirmières, surtout quand elles sont encore assez jeunes, s'affirment volontiers plus optimistes sur leurs possibilités de retrouver un emploi au moins aussi intéressant. La hiérarchie sociale paraît fonctionner de manière distincte dans le monde de la sous-traitance : si les techniciens sont ici, logiquement – ce sont les plus jeunes et les plus qualifiés –, les plus optimistes, les agents de maîtrise le sont moins que les ouvriers. Ils reconnaissent ainsi ce que leur statut professionnel doit à une expérience acquise chez un employeur singulier. Par contre, les ouvriers se singularisent par le paradoxe apparent combinant une situation « objectivement » instable – notamment sous la forme de l'intérim - et un sentiment subjectif de confiance en leur capacité à retrouver facilement un emploi.

La perception de l'évolution des conditions de travail au cours des dernières années différencie très nettement les deux milieux professionnels. Si on exclut les non-réponses pour insuffisance d'ancienneté, le pourcentage de salariés considérant que leurs conditions de travail se sont dégradées ces dernières années est de 69 à l'AP contre 31 chez les sous-traitants. Ce taux est particulièrement élevé (77%) chez les infirmières. Les agents de maîtrise de la sous-traitance partagent tout de même ce sentiment plus souvent (43%) que les ouvriers et les techniciens, mais le recul dû à leur ancienneté pourrait l'expliquer

Perception de l'évolution des conditions de travail

	ST		AP		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Dégradées	28	31,1	74	69,2	102	51,8
Identiques-Améliorées	62	68,9	33	30,8	95	48,2
Total	90	100,0	107	100,0	197	100,0

	OUV		AM		TECH		AS		INF		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Dégradées	14	26,9	6	42,9	8	33,3	21	55,3	53	76,8	102	51,8
Identiques-Améliorées	38	73,1	8	57,1	16	66,7	17	44,7	16	23,2	95	48,2
Total	52	100,0	14	100,0	24	100,0	38	100,0	69	100,0	197	100,0

Salaires : montants et évaluations

Les soignantes perçoivent dans l'ensemble un salaire plus faible que les salariés de la sous-traitance. Les infirmières sont moins bien rémunérées que les agents de maîtrise et les techniciens de la sous-traitance, et les aides-soignantes nettement moins bien que les ouvriers de la sous-traitance. Mais qu'il n'y ait aucun lien mécanique entre le niveau de salaire et le sentiment de justice salariale, après bien d'autres cette petite enquête le confirme : si le sentiment d'être « mal » ou « très mal payé » pour le travail fourni est plus répandu à l'AP, et ce sont les infirmières qui l'expriment le plus massivement (pour

les trois quarts d'entre elles). Les agents de maîtrise et techniciens sont également un peu plus mécontents de leur paie que leurs collègues ouvriers.

L'appréciation de la reconnaissance salariale rejoint ainsi l'appréciation des conditions de travail : elle est plus critique chez les soignantes de l'AP, notamment chez infirmières.

2- 3 Temporalités du travail

2-3-1 Temps de travail

Sur la plupart des indicateurs de temps de travail les deux milieux professionnels se distinguent nettement, dessinant deux modes polaires de disponibilité temporelle. Dans le milieu masculin de la sous-traitance, la norme du travail à temps plein s'accompagne d'une pratique très majoritaire des heures supplémentaires se traduisant par des horaires de travail élevés. Les astreintes à domicile sont également fréquentes. Par contre, le travail de week-end et de jours fériés – courant chez les soignantes - reste rare, et les horaires relativement prévisibles. Finalement l'indicateur que nous avons construit de « contraintes temporelle sur la vie quotidienne » (« CVQ » : cf lexique p. 168) est nettement plus faible chez les salariés de la sous-traitance que chez les soignantes. Chez elles, des durées moyennes de travail plus courtes ne suffisent pas à compenser les très fortes contraintes associées au travail en horaires décalés, voire de nuit, et au travail de week-end et lors des jours fériés.

Les contraintes temporelles spécifiques au travail soignant paraissent, pour autant, largement naturalisées comme faisant partie du métier, si l'on en croit les réponses à la question suivante « Globalement, diriez-vous que vos horaires de travail sont : « très pratiques », « assez pratiques », « assez contraignants », « très contraignants ». Les soignantes sont, en effet, à peine moins nombreuses que les salariés de la sous-traitance – 69% contre 76% - à les juger « très pratiques » ou « pratiques »....

Indicateurs des temporalités de travail

	ST		AP		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Temps plein	100	98,0	115	83,9	215	90,0
Fait des heures supp	82	80,4	63	47,0	145	61,4
DHT ⁶⁵ 39h et plus	92	90,2	68	49,6	159	66,9
Travail de nuit Souvent /Tout le temps	12	11,8 *	22	16,7 *	34	14,5 *
Travail le Samedi Souvent /Tout le temps	16	15,7	101	73,7	117	49,0
Travail le Dimanche Souvent /Tout le temps	9	8,8	101	73,7	110	46,0
Travail le jours fériés Souvent /Tout le temps	11	10,8	88	64,2	99	41,4
48h de repos consécutives	86	85,1	88	65,2	174	73,7
Prévisibilité horaires < 1 mois	50	49,5	45	33,1	95	40,1
Astreintes	24	23,8	13	9,5	37	15,5
CVQ ⁶⁶ Plus	31	30,4	91	66,4	122	51,0
Horaires jugés contraignants	24	23,8 *	43	31,4 *	67	28,2 *

* non significatif

2-3-2 Rythme de travail

Tous les indicateurs de contraintes de rythme dans l'activité de travail – dit autrement et plus simplement : d'intensité du travail – vont dans le sens d'une très nette surexposition des soignantes comparées aux salariés de la sous-traitance. Ce contraste est particulièrement marqué sur la question de la « possibilité d'interrompre le travail comme vous le voulez pour se détendre » : une bonne moitié des soignantes répond négativement alors que presque tous les salariés de la sous-traitance répondent positivement.

⁶⁵ Durée Hebdomadaire Totale : cf Lexique p. 168

⁶⁶ Contrainte Temporelle sur la Vie Quotidienne : cf Lexique p. 168

Indicateurs des contraintes temporelles dans le travail

	ST		AP		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pas de possibilité de détente	13	12,9	74	54,0	87	36,6
Contrainte de rythme extérieure	31	30,7	71	52,6	102	43,2
Travailler vite	59	58,4	109	82,6	168	72,1
Quantité de travail excessive	41	40,6	72	55,0	113	48,7
Manque de temps pour faire un travail correct	25	25,3	57	42,2	82	35,0
Travail bousculé	45	45,0	94	70,7	139	59,7
CRG ⁶⁷ Plus	41	41,8	88	70,4	129	57,8
CTG ⁶⁸ Plus	41	40,2	86	62,8	127	53,1

2-4 Questionnaire de Karasek

Dans leurs réponses au questionnaire de Karasek les soignantes hospitalières témoignent d'une charge psychologique plus forte mais d'une latitude décisionnelle également plus grande que les salariés de la sous-traitance. Mais au sein de chaque milieu professionnel des différences importantes apparaissent selon la place dans la hiérarchie salariale. Les infirmières font état d'une très forte charge psychologique – elles sont les « championnes » en la matière, devant les agents de maîtrise de la sous-traitance –, mais cette charge apparaît au moins en partie « compensée » par une latitude décisionnelle nettement supérieure à celle d'autres catégories, à commencer par celle des aides-soignantes, qui sont les moins autonomes et les plus contraintes de toutes sur cette dimension. C'est chez les agents de maîtrise de la sous-traitance que le ratio charge/latitude apparaît le plus élevé.

Charge psychologique

	ST	AP	OUV	AM	TECH	AS	INF	Total
CP Moins	55,4	44,1	56,4	46,7	58,1	66,0	31,4	48,9
CP Plus	44,6	55,9	43,6	53,3	41,9	34,0	68,6	51,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Latitude décisionnelle

	ST	AP	OUV	AM	TECH	AS	INF	Total
LD Moins	47,5	60,6	58,2	20,0	41,9	80,0	49,4	55,0
LD Plus	52,5	39,4	41,8	80,0	58,1	20,0	50,6	45,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Condensée dans la typologie en quatre modèles du questionnaire de Karasek, - « passifs », « stressés », « détendus » et « actifs » - la combinaison de l'indicateur « charge psychologique » et « latitude décisionnelle » se traduit par une sur-représentation des soignantes au sein du type dit « stressés » et par une sur-représentation des salariés de la

⁶⁷ Contrainte de Rythme Globale : cf Lexique p. 168

⁶⁸ Contrainte Temporelle Globale : cf Lexique p. 168

sous-traitance au sein du type dit « détendus ». Les deux autres types représentent de manière très comparable les deux groupes professionnels.

	CP Moins	CP Plus	Total
LD Moins	<p>« PASSIFS »</p> <p>ENS : 29,1 (69) ST : 29,7 (30) AP : 28,7 (39)</p>	<p>« STRESSES »</p> <p>ENS : 25,7 (61) ST : 17,8 (18) AP : 31,6 (43)</p>	
LD Plus	<p>ENS : 19,8 (47) ST : 25,7 (26) AP : 15,4 (21)</p> <p>« DETENDUS »</p>	<p>ENS : 25,3 (60) ST : 26,7 (27) AP : 24,3 (33)</p> <p>« ACTIFS »</p>	
			100,0 (237)

2-5 Vécus et représentations du travail et de la retraite

Une série de questions permet d'explorer le vécu et les significations du travail et de la retraite future.⁶⁹

Interrogés sur les sentiments éprouvés à l'occasion du travail, les deux groupes de salariés se distinguent sur la plupart des items. Ils ne convergent que sur le sentiment de « faire quelque chose d'utile aux autres » - on peut être surpris que les salariés de la sous-traitance rejoignent ici le score élevé, et par ailleurs attendu, des soignantes - et, dans une mesure moindre, sur la « fierté du travail bien fait ». Sur les autres sentiments les soignantes sont généralement plus positives, sauf sur celui – dont on sait cependant l'importance - d'« être reconnu ». Se sentir « exploité(e) », éprouver de « l'ennui », le sentiment que « n'importe qui pourrait faire » le même travail, sont des sentiments qu'elles expriment nettement plus rarement.

Sentiments éprouvés dans le travail

	ST		AP	
	Eff.	% C	Eff.	% C
Fierté	92	92,0	97	71,3
Reconnu(e)	66	66,0	51	37,5
Choses inutiles	51	51,0	39	28,7
Utile aux autres	74	74,0	104	76,5
Exploité(e)	48	48,0	30	22,1
Ennui	27	27,0	9	6,6
N'importe qui	23	23,0	7	5,1
Contraires à vos valeurs	42	42,0	39	28,7
Total	100	423,0	136	276,5

Concernant « les aspects jugés les plus importants dans le travail en général » les deux groupes professionnels mettent ensemble au premier plan le revenu, puis la réalisation dans le travail, puis d'autres dimensions. Mais en regroupant les sept thèmes proposés en trois grandes dimensions – « revenu », « sociabilité et vie personnelle », « sens et liberté dans le travail »⁷⁰ - des oppositions significatives entre salariés masculins de la sous-traitance et femmes soignantes se dégagent. Les premiers mettent plus souvent au premier plan le revenu et des éléments de sens et de liberté, moins souvent des éléments de sociabilité et de préservation de la vie familiale et personnelle.

⁶⁹ On note que, contrairement à ce qu'on aurait pu imaginer, nos données ne permettent pas d'établir de corrélation significative entre ces représentations du travail et les catégories de Karasek

⁷⁰ « Sociabilité et vie personnelle » regroupe « sortir de chez soi », « rencontrer des gens » et « avoir des horaires qui laissent du temps pour soi et sa famille » ; « Sens et liberté dans le travail » regroupe « se sentir utile », « avoir une grande liberté dans le travail » et « se réaliser dans le travail, y prendre plaisir ».

**Les « aspects du travail les plus importants » .
Ensemble (ST + AP)**

	Rang 1		Rang 2		Rang 3		Rang 4		Global		Rang moyen
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
Sortir de chez soi	6	2,8	4	1,9	9	4,5	8	4,3	27	3,3	2,7
Rencontrer des gens	10	4,6	26	12,6	35	17,5	46	24,7	117	14,5	3,0
Avoir un revenu	91	42,7	33	16,0	29	14,5	31	16,6	184	22,8	2,0
Avoir des horaires qui laissent du temps pour soi et sa famille	19	8,9	43	20,9	31	15,5	26	13,9	119	14,8	2,5
Se sentir utile	19	8,9	40	19,5	31	15,5	33	17,7	123	15,2	2,6
Avoir une grande liberté dans le travail	8	3,7	21	10,2	29	14,5	8	4,3	66	8,2	2,6
Se réaliser dans le travail, y prendre plaisir	60	28,1	38	18,5	36	18,0	34	18,2	168	20,8	2,3
Total/ réponses	213	100,0	205	100,0	200	100,0	186	100,0	804	100,0	

N.B. Le tableau donne les effectifs pour chaque rang et pour l'ensemble. Le rang moyen est calculé pour chaque modalité sur l'ensemble des réponses. Pourcentages calculés sur la base des réponses.

**Les aspects du travail classés en rang 1
(regroupement en trois dimensions)**

	ST		AP		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
Sociabilité-Vie personnelle	24	24,2	11	9,6	35	16,4
Avoir un revenu	48	48,5	43	37,7	91	42,7
Sens-liberté du travail	27	27,3	60	52,6	87	40,8
Total	99	100,0	114	100,0	213	100,0

Les représentations de la retraite semblent moins distinguer les deux groupes que ne le font les représentations du travail. Pour les deux, il s'agit avant tout et massivement d'un « repos bien mérité ». Reste que les soignantes citent moins souvent l'idée de « ne plus avoir de patron sur le dos » - mais la notion même de « patron » fait-elle chez elles autant sens que chez les salariés de la sous-traitance ? -, et bien moins souvent la perspective de « ne plus entendre parler du boulot » - traduction probable ici de la dimension expressive ou de réalisation de soi, plus fréquente dans les métiers du soins.

Représentations de la retraite

	ST		AP		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Un repos bien mérité	89	87,3	102	74,5	191	79,9
Ne plus avoir de patron sur le dos	35	34,3	29	21,2	64	26,8
Ne plus entendre parler du boulot	37	36,3	18	13,1	55	23,0

2-6 Expositions et risques professionnels : des réalités et des perceptions très différentes

Le questionnaire interroge sur une série classique de risques professionnels auxquels les salarié(e)s sont susceptibles d'être exposé(e)s. Sans surprise les réponses témoignent du contraste entre les deux types de situation de travail. Les salariés de la sous-traitance sont d'abord confrontés à des risques physiques et chimiques – et, par voie de conséquence, aux « risques d'accidents graves » - ; les soignantes à des risques psychologiques ou mentaux. Mais on note que ces dernières signalent également très majoritairement – plus souvent encore que les premiers – devoir manipuler des « charges lourdes ». Soigner implique aussi un travail de manutention, même pour les infirmières. Globalement les salariés de la sous-traitance citent un nombre de risques plus important.

Les expositions professionnelles

	ST		AP		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
Tensions avec public	23	23,0	122	89,1	145	61,2
longtemps debout	72	72,0	117	85,4	189	79,7
posture pénible ou fatigante	52	52,0	58	42,3	110	46,4
déplacements à pieds	52	52,0	66	48,2	118	49,8
charges lourdes	50	50,0	103	75,2	153	64,6
mouvements douloureux ou fatigants	48	48,0	56	40,9	104	43,9
examiner des objets, détails très petits	35	35,0	22	16,1	57	24,1
signaux visuels, sonores	54	54,0	41	29,9	95	40,1
fortes vibrations mécaniques	41	41,0	4	2,9	45	19,0
Une tension nerveuse importante	34	34,0	104	75,9	138	58,2
bruit excessif ou assourdissant	85	85,0	50	36,5	135	57,0
froid, chaleur, intempéries	88	88,0	15	10,9	103	43,5
saleté, risques d'infection	70	70,0	79	57,7	149	62,9
Poussières, substances chimiques	90	90,0	35	25,5	125	52,7
risques d'accidents graves	88	88,0	34	24,8	122	51,5
Nombre moyen d'expositions	8,7		6,6		7,5 *	
Plus de 7 expositions	67	66,3	48	35,0	115	48,3
Total	100		137		237	

* Le mini est à 6,1 avec les AS et le maxi à 9,2 avec les Ouvriers

A ces différences d'expositions s'ajoutent des écarts assez nets dans le rapport aux risques. Les salariés de la ST déclarent un peu plus souvent que leur travail est susceptible de mettre en danger la santé ou la sécurité d'autrui. On peut par ailleurs penser que les « autrui » en question désignent pour eux plus souvent les collègues de travail et le plus souvent les patients pour les soignantes de l'AP. Surtout, les salariés de la ST déclarent être beaucoup plus systématiquement formés et informés des risques qu'ils encourent, et respectueux des règles de sécurité en vigueur.

Rapport aux risques professionnels

	ST		AP		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
Faire courir des risques à autrui	68	67,3	66	49,6	134	57,3
Respect Systématique des règles	68	70,1	55	50,0	123	59,4
Formation aux risques	94	94,0	75	54,7	169	71,3
Bonne connaissance des risques	91	91,0	70	59,1	161	68,5

3- Santé perçue, et représentations de la relation travail-santé

3-1 Evaluation de son état de santé

On ne note pas de différence notable et statistiquement significative dans l'évaluation de l'état de santé entre les deux groupes professionnels pris globalement. Dans les deux cas, l'évaluation moyenne se situe autour de 7,6 (note sur 10). 38 salariés seulement ont retenu une note égale ou inférieure à 5.

Evaluation de son état de santé selon le groupe professionnel

	ST		AP		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Evaluation inférieure à 8/10	43	42,6	57	41,6	100	42,0
Evaluation au moins égale à 8/10	58	57,4	80	58,4	138	58,0
Total	101	100,0	137	100,0	238	100,0

En revanche, comme on pouvait s'y attendre, l'âge pèse très fortement sur l'évaluation de la santé, et c'est encore plus vrai chez les salariés de la sous-traitance, où les différences d'âge sont par ailleurs plus prononcées.

Evaluation inférieure à 8/10 de son état de santé selon l'âge

	Moins de 40 ans		40 ans et plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
AP	20	29,4	34	54,0	54	41,2
ST	11	20,0	32	69,6	43	42,6
ENS	31	25,2	66	60,6	97	41,8

3-2 Problèmes de santé déclarés

Une liste de treize problèmes de santé potentiels était soumise aux enquêtés. Comme pour l'auto-évaluation globale de son état de santé, le nombre de symptômes renseignés varie beaucoup avec l'âge. Il est nettement plus important chez les plus de quarante ans.

**Nombre de problèmes de santé déclarés
(les deux groupes ensemble) selon l'âge**

	Moins de 40 ans		40 et plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
moins de 4	75	61,0	28	25,7	103	44,4
4 et plus	48	39,0	81	74,3	129	55,6
Total	123	10	109	100,0	232	100,0

Les réponses sont d'ailleurs fort cohérentes avec la note attribuée à son état de santé : au-delà de quatre problèmes déclarés, c'est le plus souvent une note inférieure à huit sur dix qui est attribuée.

Nombre de problèmes de santé déclarés selon l'évaluation de son état de santé

	Evaluation inférieure à 8/10		Evaluation supérieure à 7/10		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
moins de 4	23	23,0	83	60,1	106	44,5
4 et plus	77	77,0	55	39,9	132	55,5
Total	100	100,0	138	100,0	238	100,0

On constate par ailleurs des différences très notables entre les deux groupes dans les réponses aux questions portant sur la nature des problèmes de santé rencontrés, comme dans le rapport à la santé.

Les salariées de l'AP déclarent tendanciellement plus de problèmes que ceux de la sous-traitance, et se distinguent d'eux surtout par la fréquence nettement plus élevée des allergies, des troubles du sommeil et de la digestion. Elles signalent également plus souvent des troubles nerveux (nervosité, irritabilité, découragement), de la vision, et la sensation de se fatiguer vite. Les hommes de la sous-traitance déclarent deux fois plus souvent avoir été victimes par le passé d'une maladie ou d'un accident jugé grave, de troubles de l'audition, et de difficultés à effectuer certains gestes et mouvements.

Ces réponses s'inscrivent dans un rapport à la santé qui différencie bien nos deux groupes. Les soignantes disent plus souvent se soucier de leur santé « depuis toujours », les salariés de la sous-traitance seulement « depuis un certain temps ». Ces derniers déclarent d'ailleurs davantage consulter « souvent » un médecin, même s'ils ne consomment pas de médicaments plus souvent que les soignantes.

On obtient donc le tableau suivant. D'un côté les soignantes, déclarant des symptômes de santé à la fois plus nombreux et jugés moins graves, consultant pour autant moins souvent le médecin mais plus prompts à l'automédication ; de l'autre les salariés de la sous-traitance faisant état de problèmes moins nombreux mais plus sérieux, ne se souciant de leur santé que « depuis un certain temps », cela se traduisant par le recours à l'expert médical plus que par l'automédication. Ce tableau est plausible.

Types de problèmes déclarés, rapport à la santé (%)

	ST	AP
Maladie, accident grave	43,6	23,4
Allergie	19,1	36,8
Migraines	34,0	43,6
Fatigue	27,7	38,3
Récupération	37,2	30,1
Sommeil	27,7	44,4
Digestion	12,8	25,6
Vision	30,9	44,4
Audition	27,7	9,0
Mémoire	12,8	21,1
Mouvements	36,2	13,5
Nervosité	76,6	90,2
Découragement	50,0	70,7
Nbre de problèmes : 4 et plus	45,5	62,8
Se soucie de sa santé « depuis toujours »	31,7	50,0
Se soucie de sa santé « depuis un certain temps »	39,0	22,0
Consulte souvent un médecin	27,0	17,0
Prend régulièrement des médicaments	26,0	23,0

A la différence de genre entre le rapport féminin et masculin au corps et à la santé, se combine l'effet probable en ce domaine de cultures professionnelles bien typées. Dénier viril des atteintes à la santé tant que ces dernières peuvent être euphémisées, bien connu dans le monde de l'industrie et des chantiers, d'un côté ; distance à l'expertise médicale et tendance à la prise en charge par soi-même de sa santé chez les soignantes, de l'autre.

3-3 Le caractère « fatigant » et « stressant » du travail

En combinant les notes attribuées par les enquêtés aux aspects « fatigant » et « stressant » du travail on peut construire quatre classes d'évaluation plus globale. Les salariés jugent alors leur travail relativement aux autres comme plutôt « confortable » - peu fatigant et peu stressant – « surtout stressant » - peu fatigant, plus stressant que la moyenne -, « surtout fatigant » – plus fatigant et moins stressant qu'en moyenne – ou comme « épuisant » - à la fois plus fatigant et stressant que la moyenne. En examinant comment se répartissent les deux groupes professionnels et les diverses catégories qui les composent au sein de ces quatre types, les observations suivantes se dégagent.

Au sein du type ainsi construit comme le plus nombreux, déclarant un travail « épuisant », les soignantes, et tout particulièrement les infirmières, sont sur-représentées. Au pôle opposé, dit par nous du travail « confortable », on trouve une sur-représentation inversée des salariés de la sous-traitance, ouvriers et techniciens. Dans la catégorie « travail surtout stressant », la prépondérance des salariés de la sous-traitance est essentiellement due à la présence d'agents de maîtrise. Enfin dans la classe « travail surtout fatigant », dans laquelle les deux milieux professionnels sont présents de manière comparable, ce sont les aides-soignantes d'une part, les ouvriers de l'autre, qui sont sur-représentés. »

Caractère « fatigant » et « stressant » du travail : une typologie **

	STRESS Moins	STRESS Plus	Total
FATIGUE Moins	<p>« Confortable »</p> <p>ENS : 26,1% (60)</p> <p>ST : 36,6% (37) AP : 17,8% (23)</p> <p>OUV : 40,0% (22) * AM : 20,0% (3) * TECH : 38,7% (12) * AS : 25,6% (11) * INF : 14,0% (12) *</p>	<p>« Surtout Stressant »</p> <p>ENS : 10,0% (23)</p> <p>ST : 13,9% (14) AP : 7,0% (9)</p> <p>OUV : 9,1% (5) * AM : 26,7% (4) * TECH : 16,1% (5) * AS : 7,0% (3) * INF : 7,0% (6) *</p>	<p>ENS : 36,1% (83)</p> <p>ST : 50,5% (51) AP : 24,8% (32)</p> <p>OUV : 49,1% (27) AM : 46,7% (7) TECH : 54,8% (17) AS : 29,2% (14) INF : 20,7% (18)</p>
FATIGUE Plus	<p>ENS : 18,7% (43)</p> <p>ST : 20,8% (21) AP : 17,1% (22)</p> <p>OUV : 32,7% (18) * AM : 6,7% (1) * TECH : 6,5% (2) * AS : 25,6% (11) * INF : 12,8% (11) *</p> <p>« Surtout Fatigant »</p>	<p>ENS : 45,2% (104)</p> <p>ST : 28,7% (29) AP : 58,1% (75)</p> <p>OUV : 18,2% (10) * AM : 46,7% (7) * TECH : 38,7% (12) * AS : 41,9% (18) * INF : 66,3% (57) *</p> <p>« Epuisant »</p>	<p>ENS : 63,9% (147)</p> <p>ST : 49,5% (50) AP : 75,2% (97)</p> <p>OUV : 50,9% (28) AM : 53,3% (8) TECH : 45,2% (14) AS : 70,8% (34) INF : 79,3% (69)</p>
Total	<p>ENS : 44,8% (103)</p> <p>ST : 57,4% (58) AP : 34,9% (45)</p> <p>OUV : 72,7% (40) AM : 26,7% (4) TECH : 45,2% (14) AS : 52,3% (23) INF : 26,7% (23)</p>	<p>ENS : 55,2% (127)</p> <p>ST : 42,6% (43) AP : 65,1% (84)</p> <p>OUV : 27,3% (15) AM : 73,3% (11) TECH : 54,8% (17) AS : 47,7% (21) INF : 73,3% (63)</p>	<p>ENS : 100,0% (230)</p>

* les chiffres suivis d'une * sont statistiquement non significatifs. Ils sont indiqués ici au titre de la description de notre échantillon.

** Fatigue Moins = note inférieure à 7 ; Fatigue Plus = note supérieure à 6. Même chose pour le Stress

Les deux tableaux suivants montrent la corrélation forte entre le niveau du caractère stressant du travail déclaré et la présence d'une contrainte de rythme extérieure forte, ainsi qu'avec le niveau de « charge psychologique » - questionnaire de Karasek – associé au travail. De ce point de vue la cohérence des réponses semble forte.

Contrainte de rythme et caractère « stressant » du travail

		STRESS Moins		STRESS Plus		Total	
		Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
AP	CRE Non	30	65,2	28	34,1	58	45,3
	CRE Oui	16	34,8	54	65,9	70	54,7
	Total	46	100,0	82	100,0	128	100,0
ST	CRE Non	49	84,5	21	48,8	70	69,3
	CRE Oui	9	15,5	22	51,2	31	30,7
	Total	58	100,0	43	100,0	101	100,0

Charge psychologique et caractère « stressant » du travail

		STRESS Moins		STRESS Plus		Total	
		Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
AP	CP Moins	34	73,9	22	26,5	56	43,4
	CP Plus	12	26,1	61	73,5	73	56,6
	Total	46	100,0	83	100,0	129	100,0
ST	CP Moins	43	74,1	13	30,2	56	55,4
	CP Plus	15	25,9	30	69,8	45	44,6
	Total	58	100,0	43	100,0	101	100,0

3-4 Perception des relations Travail/Santé

Outre la question centrale et directe à propos de la perception d'une influence éventuelle du travail sur la santé physique et psychique, une série d'autres questions posées dans notre enquête explorent les relations perçues entre travail et santé : une liste de problèmes de santé est soumise aux individus, et à propos de chacun on demande de préciser si il est « gênant », ou « provoqué » ou « aggravé » par le travail ; on interroge sur des situations professionnelles passées néfastes pour la santé ; sur les possibilités d'adapter son activité « en accord avec les collègues » en cas de nécessité de santé ; sur l'acceptation par le supérieur d'absences de courtes durées ; sur des expériences de refus d'emploi ou de mission par les enquêtés pour des raisons de santé. L'ensemble de ces réponses dessine des situations et des pratiques contrastées entre les deux groupes. (cf tableaux page suivante)

Les salariés de la sous-traitance, tout particulièrement les ouvriers, font état nettement plus souvent de problèmes de santé gênants pour le travail, et liés au travail. Ils déclarent également plus souvent avoir connu des situations professionnelles néfastes, les agents de maîtrise et techniciens en tête. La nature de ces situations tranche également entre les deux groupes : les salariés de la sous-traitance qui en mentionnent avancent pour la moitié d'entre eux « l'exposition à des produits ou à des environnements dangereux », et « accidents ou risques importants d'accidents » ; les soignantes citent en forte proportion un « travail physiquement ou mentalement fatigant », « stressant », ou « une surcharge de travail » ; elles sont aussi deux fois plus nombreuses à citer les « horaires de travail » et des motifs liés à la précarité d'emploi, l'insuffisance de revenu, à la déqualification.

Les relations Travail/Santé : Divers indicateurs

	OUV	AM-TECH	AS	INF	ST	AP	Total
Plus de la moitié des pbs de santé gênants pour le travail	65,4	47,6	20,9	37,6	54,7	32,0	42,8
Plus de la moitié des pbs de santé liés au travail	69,2	57,1	33,3	52,9	63,8	46,6	54,8
Situations passées néfastes pour la santé	70,9	78,3	44,4	63,2	74,3	56,2	64,4
* Précarité, revenus, carrière, qualification	ns	ns	ns	ns	7,1	23,2	15,6
* Fatigue, stress, surcharge, public	ns	ns	ns	ns	29,1	43,0	36,4
* Horaires, éloignement domicile-travail	ns	ns	ns	ns	11,0	22,5	17,1
* Produits dangereux, risques d'accidents	ns	ns	ns	ns	51,2	9,2	29,0
Possibilité adapter travail-santé avec COLLEGUES	75,5	76,1	47,9	41,4	75,8	43,7	57,3
Possibilité adapter travail-santé avec SUPERIEUR	ns	ns	ns	ns	73,0	59,2	65,3
Adapt. COLL+SUP Plus	64,8	73,9	44,0	33,3	69,0	37,2	50,6
Refus emploi-mission pour raison de santé	25,5	28,3	2,0	3,5	26,7	2,9	13,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Détails du caractère néfaste des situations

2-Déclarations sur l'influence du travail sur la santé *

	Non PSY	Pos PSY	Neg PSY	Nsp PSY	Total
Non PHY	ST = 20,0 AP = 13,3	ST = 4,0 AP = 2,2	ST = 4,0 AP = 3,0	ST = 2,0 AP = 1,5	ST = 30,0 AP = 20,0
Pos PHY	ST = 6,0 AP = 3,0	ST = 19,0 AP = 12,6	ST = 1,0 AP = 0,7	ST = 0,0 AP = 0,7	ST = 26,0 AP = 17,0
Neg PHY	ST = 15,0 AP = 5,2	ST = 6,0 AP = 5,2	ST = 14,0 AP = 15,6	ST = 0,0 AP = 8,1	ST = 35,0 AP = 34,1
Nsp PHY	ST = 4,0 AP = 4,4	ST = 2,0 AP = 4,4	ST = 1,0 AP = 5,9	ST = 2,0 AP = 14,1	ST = 9,0 AP = 28,9
Total	ST = 45,0 AP = 25,9	ST = 31,0 AP = 24,4	ST = 20,0 AP = 25,2	ST = 4,0 AP = 24,4	ST = 100,0 AP = 100,0

* Croisement des réponses aux questions sur l'influence du travail sur la santé physique (« oui négative », « oui positive », « non », « ne sais pas ») et psychique (idem)

En même temps, les capacités individuelles et collectives de régulation des risques professionnels exprimées par les salariés de la sous-traitance apparaissent nettement plus étendues, compensant peut-être dans une certaine mesure le caractère vital des atteintes potentielles à leur intégrité physique : ils ont plus souvent été amenés et ont pu refuser des emplois ou des prestations jugés néfastes, et leurs collectifs de travail – tout particulièrement leurs supérieurs - apparaissent plus permissifs du point de vue des possibilités d’ajustement de leur travail à leur état de santé.

La perception de l’influence du travail sur la santé différencie également les deux groupes. Les soignantes sont bien plus nombreuses à ne pas se prononcer sur cette influence ou sur le sens de cette influence, qu’il s’agisse de leur santé physique ou psychique, mais, quand elles se prononcent, elles sont moins nombreuses à nier franchement toute influence⁷¹. Quand elles se prononcent, concernant la santé physique, les soignantes sont plus critiques encore que les salariés de la sous-traitance ; et concernant la santé psychique, elles sont à la fois plus nombreuses que les salariés de la sous-traitance à identifier un lien – les deux tiers contre la moitié – et à donner un sens délétère à cette influence.

⁷¹ Il faut interpréter ce résultat avec prudence. S’il va dans le sens des résultats des exploitations de l’enquête SUMER – les femmes tendent à déclarer moins souvent un lien entre leur travail et leur santé – la différence entre les modes d’administration de notre questionnaire (auto administré chez les soignantes mais pas chez les salariés de la sous-traitance) a pu jouer : un certain nombre des réponses « ne sais pas » auraient pu se traduire par « non » dans une administration par un enquêteur, ce que tend à montrer le plus fort taux de réponses « non » chez les salariés de la sous-traitance.

4- Le « Soutien Social » : une variable importante

4-1 Le soutien social est associé au type de « Job strain »

Les distributions du Soutien social (SS) selon les Secteurs et les PCS sont peu significatives. Néanmoins, et comme on va le voir, le niveau du SS et notamment du Soutien Social du supérieur hiérarchique (SSSUP⁷²) s'avère être une variable discriminante à plusieurs égards

On note ainsi des corrélations fortes et significatives entre le degré de SS dont bénéficie le salarié et sa position dans l'espace Karasek du « job strain ». Les salariés classés comme « actifs », et surtout comme « détendus », font massivement état d'un bon niveau de soutien social, et c'est particulièrement vrai dans la sous-traitance. A l'inverse, ceux qui sont classés comme « passifs » (notamment dans la sous-traitance) et surtout comme « stressés » (notamment à l'AP) associent fortement leur situation à un faible soutien social

Types de salariés « Karasek », et niveau du Soutien social

	SS Moins		SS Plus		SSSUP Moins		SSSUP Plus		SSCOLL Moins		SSCOLL Plus		Total	
	Eff.	%L	Eff. f.	%L	Eff.	%L	Eff.	%L	Eff.	%L	Eff.	%L	Eff.	%L
AP														
PASSIFS	22	56,4	17	43,6	13	33,3	26	66,7					39	100,0
STRESSES	36	83,7	7	16,3	25	58,1	18	41,9					43	100,0
DETENDUS	9	42,9	12	57,1	3	14,3	18	85,7					21	100,0
ACTIFS	19	57,6	14	42,4	19	57,6	14	42,4					33	100,0
Total	86	63,2	50	36,8	60	44,1	76	55,9					136	100,0
ST														
PASSIFS	24	80,0	6	20,0					23	76,7	7	23,3	30	100,0
STRESSES	13	72,2	5	27,8					14	77,8	4	22,2	18	100,0
DETENDUS	7	26,9	19	73,1					8	30,8	18	69,2	26	100,0
ACTIFS	10	37,0	17	63,0					9	33,3	18	66,7	27	100,0
Total	54	53,5	47	46,5					54	53,5	47	46,5	101	100,0
ENSEMBLE														
PASSIFS	46	66,7	23	33,3	24	34,8	45	65,2	43	62,3	26	37,7	69	100,0
STRESSES	49	80,3	12	19,7	34	55,7	27	44,3	43	70,5	18	29,5	61	100,0
DETENDUS	16	34,0	31	66,0	10	21,3	37	78,7	17	36,2	30	63,8	47	100,0
ACTIFS	29	48,3	31	51,7	32	53,3	28	46,7	26	43,3	34	56,7	60	100,0
Total	140	59,1	97	40,9	100	42,2	137	57,8	129	54,4	108	45,6	237	100,0

La corrélation est également nette entre niveau de soutien social et contrainte de rythme dans le travail, particulièrement là où la contrainte semble la plus forte, à l'AP.

⁷² SSSUP = somme des scores à : « Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonné(e)s », « Mon supérieur prête attention à ce que je dis », « Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien », « Mon supérieur arrive facilement à faire collaborer ses subordonnés ».

SSCOLL = somme des scores à : « Les collègues avec lesquels je travaille sont des gens compétents », « Les collègues avec lesquels je travaille me manifestent de l'intérêt », « Les collègues avec lesquels je travaille sont amicaux », « Les collègues avec lesquels je travaille m'aident à mener les tâches à bien ».

Niveau de soutien social et contrainte de rythme globale (CRG)

Les deux secteurs	CRG Moins		CRG Plus		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
SS Moins	47	50,0	83	64,3	130	58,3
SS Plus	47	50,0	46	35,7	93	41,7
Total	94	100,0	129	100,0	223	100,0

AP	CRG Moins		CRG Plus		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
SS Moins	18	48,6	61	69,3	79	63,2
SS Plus	19	51,4	27	30,7	46	36,8
Total	37	100,0	88	100,0	125	100,0

4-2 Le soutien social du supérieur est associé à une moindre charge psychologique et à des contraintes de rythme plus faibles

Le questionnaire de Karasek permet de distinguer deux composantes du soutien social : celui des collègues, et celui de la hiérarchie (le « supérieur » dans les termes du questionnaire).

Alors que la distribution du soutien social assuré par les collègues selon le secteur et la catégorie socioprofessionnelle n'est pas significative et n'indique pas de différences notables ni entre les secteurs, ni en leur sein, on observe une corrélation négative forte et significative entre le niveau du soutien social de la part du supérieur et le niveau de la charge psychologique et notamment pour l'AP (le croisement pour ST n'est pas significatif)

Niveau de la Charge psychologique et niveau du Soutien social du supérieur

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	ENS	AP	ENS	AP	ENS	AP
CP Moins	34,0 (34)	26,7 (16)	59,9 (82)	57,9 (44)	48,9 (116)	44,1 (60)
CP Plus	66,0 (66)	73,3 (44)	40,1 (55)	42,1 (32)	51,1 (121)	55,9 (76)
Total	100,0 (100)	100, (60)	100,0 (137)	100,0 (76)	100,0 (237)	100,0 (136)

On observe également une corrélation forte entre soutien social du supérieur élevé et moindre contraintes de rythme, et là encore tout particulièrement à l'AP

Contraintes de rythme et niveau du Soutien social du supérieur

Les deux secteurs

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
CRG Moins	20	21,5	74	56,9	94	42,2
CRG Plus	73	78,5	56	43,1	129	57,8
Total	93	100,0	130	100,0	223	100,0

Salariés de la sous-traitance

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
CRG Moins	16	41,0	41	69,5	57	58,2
CRG Plus	23	59,0	18	30,5	41	41,8
Total	39	100,0	59	100,0	98	100,0

Soignantes de l'AP

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
CRG Moins	4	7,4	33	46,5	37	29,6
CRG Plus	50	92,6	38	53,5	88	70,4
Total	54	100,0	71	100,0	125	100,0

Infirmières l'AP

I	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
CRG Moins	3	7,3	16	41,0	19	23,8
CRG Plus	38	92,7	23	59,0	61	76,3
Total	41	100,0	39	100,0,0	80	100,0

4-3 Le soutien social du supérieur est associé à la satisfaction au travail

On observe une corrélation positive significative entre le niveau de soutien social du supérieur et l'expression des sentiments de reconnaissance, d'exploitation, d'ennui et de conflits de valeurs.

Niveau du soutien social du supérieur et sentiments éprouvés

Les deux secteurs

	SSSUP Moins	SSSUP Plus
Fierté	73,0	85,3
Reconnu(e)	33,0	61,8
Utile aux autres	72,0	77,9
Choses inutiles	44,0	33,8
Exploité(e)	46,0	23,5
Ennui	20,0	11,8
N'importe qui pourrait...	13,0	12,5
Faire des choses contraires à vos valeurs	42,0	28,7
Total	343,0	335,3

On retrouve ce lien statistique lorsque que l'on regroupe les vécus du travail en vécus négatifs/positifs.

Niveau du soutien social du supérieur et sentiments éprouvés regroupés

Les deux secteurs

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
VECUTRAV Négatifs	64	64,0	45	33,1	109	46,2
VECUTRAV Positifs	36	36,0	91	66,9	127	53,8
Total	100	100,0	136	100,0	236	100,0

Soignantes AP

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
VECUTRAV Négatifs	36	60,0	24	31,6	60	44,1
VECUTRAV Positifs	24	40,0	52	68,4	76	55,9
Total	60	100,0	76	100,0	136	100,0

Salariés de la sous-traitance

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
VEUTRAV Négatifs	28	70,0	21	35,0	49	49,0
VEUTRAV Positifs	12	30,0	39	65,0	51	51,0
Total	40	100,0	60	100,0	100,0	100,0

4-4 Le soutien social du supérieur est associé au nombre de risques professionnels déclarés

Même si le lien statistique est un peu moins strict que le précédent, le niveau de soutien social ressenti de la part du supérieur hiérarchique est également attesté par une dimension a priori plus éloignée, celle de l'exposition aux risques professionnels.

Niveau du soutien social du supérieur et nombre de risques professionnels (Les deux secteurs)

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
EXPO Moins	43	42,2	80	58,8	123	51,7
EXPO Plus	59	57,8	56	41,2	115	48,3
Total	102	100,0	136	100,0	238	100,0

4-5 Pour un indicateur synthétique à partir du questionnaire de Karasek : « Karasynt »

L'importance du « soutien social » conduit à proposer un indicateur synthétique dont les valeurs indiquent le degré de plus ou moins grande « compensation » de la charge psychologique par les niveaux cumulés de latitude décisionnelle et de soutien social : « Karasynt ». Il est calculé de manière simple, en divisant le niveau de charge par la somme du niveau de latitude et du niveau de soutien et en multipliant le résultat par trente, soit le nombre de questions « Karasek » : $K = CP / (LD + SS) * 30$.

Autrement dit, pour une charge psychologique équivalente, un « Karasynt » élevé indique une faible compensation de cette charge par la latitude et le soutien dont dispose le salarié. Les variations de cet indicateur synthétique, d'un secteur d'activité à l'autre et d'une catégorie professionnelle à une autre, sont les suivantes :

	ST	AP	OUV	AM	TECH	AS	INF	Total
KARASYNTH Moins	71,3	48,5	70,9	66,7	74,2	62,0	40,7	58,2
KARASYNTH Plus	28,7	51,5	29,1	33,3	25,8	38,0	59,3	41,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Il apparaît ainsi plus favorable – et, de surcroît, assez peu différencié d'une catégorie professionnelle à une autre - chez les travailleurs de la sous-traitance que chez les soignantes hospitalières. Et, chez ces dernières, le contraste est fort entre les infirmières et les aides-soignantes, ces dernières apparaissant de ce point de vue synthétique en situation de travail plus proche des salariés masculins de la sous-traitance que de leurs consœurs infirmières.

La pertinence de cet indicateur synthétique se vérifie au travers de sa corrélation significative avec les niveaux de fatigue et, plus encore, de stress déclarés. Cette corrélation est particulièrement forte pour les soignantes de l' AP.

Indicateur « Karasynt » et caractère « fatigant » et « stressant » du travail

Les deux secteurs

	KARASYNTH Moins		KARASYNTH Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
FATIG Moins	65	47,8	18	18,2	83	35,3
FATIG Plus	71	52,2	81	81,8	152	64,7
Total	136	100,0	99	100,0	235	100,0

Soignantes AP

AP	KARASYNTH Moins		KARASYNTH Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
FATIG Moins	24	37,5	8	11,4	32	23,9
FATIG Plus	40	62,5	62	88,6	102	76,1
Total	64	100,0	70	100,0	134	100,0

Les deux secteurs

	KARASYNTH Moins		KARASYNTH Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
STRESS Moins	85	63,9	19	19,6	104	45,2
STRESS Plus	48	36,1	78	80,4	126	54,8
Total	133	100,0	97	100,0	230	100,0

Soignantes AP

	KARASYNTH Moins		KARASYNTH Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
STRESS Moins	35	57,4	11	16,2	46	35,7
STRESS Plus	26	42,6	57	83,8	83	64,3
Total	61	100,0	68	100,0	129	100,0

Infirmières

	KARASYNTH Moins		KARASYNTH Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
STRESS Moins	18	52,9	5	9,8	23	27,1
STRESS Plus	16	47,1	46	90,2	62	72,9
Total	34	100,0	51	100,0	85	100,0

Salariés de la sous-traitance

	KARASYNTH Moins		KARASYNTH Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
STRESS Moins	50	69,4	8	27,6	58	57,4
STRESS Plus	22	30,6	21	72,4	43	42,6
Total	72	100,0	29	100,0	101	100,0

En combinant, comme nous l'avons fait plus haut, l'appréciation du caractère « fatigant » et « stressant » du travail, on observe une opposition très nette entre, d'un côté, les salariés dont le « Karasynt » est faible et dont quatre sur dix se déclarent dans des situations que nous avons baptisées « confortables » et, de l'autre, ceux dont le « Karasynt » est élevé et dont les deux tiers décrivent une situation de travail que nous avons appelée « épuisante ». Les deux autres combinaisons se traduisent par des indicateurs synthétiques moins tranchés.

**Niveau du « Karasynt » et type de combinaison « fatigue » et « stress »
(les deux secteurs)**

	KARASYNTH Moins		KARASYNTH Plus		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
CONFORTABLE	55	41,7	5	5,2	60	26,2
Surtout STRES	10	7,6	13	13,4	23	10,0
Surtout FATIG	29	22,0	14	14,4	43	18,8
EPUISANT	38	28,8	65	67,0	103	45,0
Total	132	100,0	97	100,0	229	100,0

Et on obtient des résultats très similaires lorsqu'on ne prend en compte que le niveau de soutien social du supérieur, ce qui confirme le rôle central de ce dernier. Un bon soutien social du supérieur est associé à une évaluation plus positive des caractères « fatigant » comme « stressant » du travail, et cela avec une intensité comparable dans les deux secteurs d'activité. Et le niveau de ce soutien social est associé aux évaluations combinant de manière typique ces deux évaluations du travail au sein des deux profils de travailleurs les plus contrastés : ceux qui évaluent leur situation de travail comme « confortable », ou, inversement, comme « épuisante ».

Niveau du soutien social du supérieur et caractère « fatigant » du travail

Les deux secteurs

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
FATIG Moins	22	21,8	61	45,2	83	35,2
FATIG Plus	79	78,2	74	54,8	153	64,8
Total	101	100,0	135	100,0	236	100,0

Soignantes AP

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
FATIG Moins	6	9,8	26	35,1	32	23,7
FATIG Plus	55	90,2	48	64,9	103	76,3
Total	61	100,0	74	100,0	135	100,0

Niveau du soutien social du supérieur et caractère « stressant » du travail

Les deux secteurs

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
STRESS Moins	28	28,3	76	57,6	104	45,0
STRESS Plus	71	71,7	56	42,4	127	55,0
Total	99	100,0	132	100,0	231	100,0

Soignantes AP

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
STRESS Moins	13	22,0	33	46,5	46	35,4
STRESS Plus	46	78,0	38	53,5	84	64,6
Total	59	100,0	71	100,0	130	100,0

Salariés de la sous-traitance

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
STRESS Moins	15	37,5	43	70,5	58	57,4
STRESS Plus	25	62,5	18	29,5	43	42,6
Total	40	100,0	61	100,0	101	100,0

**Niveau du soutien social du supérieur
et combinaison des caractères « fatigant » et « stressant » du travail**

Les deux secteurs

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
CONFORT	12	12,1	48	36,6	60	26,1
Surtout STRESS	10	10,1	13	9,9	23	10,0
Surtout FATIG	16	16,2	27	20,6	43	18,7
EPUISANT	61	61,6	43	32,8	104	45,2
Total	99	100,0	131	100,0	230	100,0

Salariés de la sous-traitance

	SSSUP Moins		SSSUP Plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
CONFORT	9	22,5	28	45,9	37	36,6
Surtout STRESS	7	17,5	7	11,5	14	13,9
Surtout FATIG	6	15,0	15	24,6	21	20,8
EPUISANT	18	45,0	11	18,0	29	28,7
Total	40	100,0	61	100,0	101	100,0

5- Essai de typologie

La comparaison par secteurs d'activité ou groupe professionnel que nous venons de faire, parfois complétée, lorsque c'était possible, par la comparaison entre catégories socioprofessionnelles, permet de prendre la mesure des différences qui séparent les deux univers de travail que forment l'AP et la sous-traitance pétrochimique. Elle permet aussi de se faire une première idée de la façon dont les salariés y affrontent et s'y représentent les questions de santé au travail. Mais ce qu'elle apporte sur la façon dont les salariés perçoivent les rapports travail/santé est relativement pauvre. Pour approcher de plus près cette question, ce dernier chapitre propose d'utiliser les ressources de l'Analyse Factorielle de Correspondance (AFC) pour une approche plus transversale aux deux secteurs d'activité et aux cinq catégories professionnelles qui les composent.

5-1 Présentation de l'AFC

Après plusieurs essais et parmi les multiples choix possibles, nous avons choisi de retenir les résultats d'une AFC construite à partir de huit variables « actives » de description et d'évaluation des situations professionnelles⁷³, dont aucune ne concerne donc les questions de santé, mais dont les corrélations s'avèrent assez fortes et assez discriminantes pour dessiner trois types salariaux, articulant de manière assez significative caractéristiques professionnelles et représentations des rapports entre travail et santé (cf. Annexes)

La Fig 1 ci-après donne à voir les corrélations souvent fortes entre les 8 variables choisies, et le tableau ci-dessous chiffre ces corrélations

Croisement des variables « actives » de l'AFC *

	CP Plus	LD Plus	SS Plus	CRE Oui	EVAL HOR Contrainnants	CVQ Plus	EVOL TRAV Dégradées	VECU TRAV Négatifs	Total
CP Plus				78,4	63,6		61,4		50,5
LD Plus			63,9					34,9	45,1
SS Plus		57,9						26,9	41,3
CRE Oui	67,2				61,2		56,4		43,4
EVALHOR Contrainnants	34,7			40,2		37,1	37,3		27,8
CVQ Plus					68,7				52,1
EVOLTRAV Dégradées	62,6			69,5	66,7			64,9	51,5
VECU TRAV Négatifs		35,5	29,9				62,4		49,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Significatifs à 99 ou 95%

⁷³ Variables actives :

- Charge psychologique (CP) Plus/moins
- Latitude décisionnelle (LD) Plus/Moins
- Soutien social (SS) Plus/Moins
- Contrainte de rythme externe (CRE) Oui/Non (cf Lexique p. 168)
- Horaires jugés (EVALHOR) Pratiques/Contrainnants
- Contrainte temporelle sur la vie quotidienne (CVQ) Plus/Moins
- Evolution des conditions de travail (EVOLTRAV) Dégradées/Non-dégradées
- Vécus du travail (VECU TRAV) Positifs/Négatifs

Le premier axe (contribution de 39,4 %) est construit par les variables CRE, CP, et EVOLTRAV.

Le second (contribution de 22,4%) est construit par les variables Latitude décisionnelle, Soutien social et Vécus du travail. En haut se situent les valeurs fortes de Latitude décisionnelle et de Soutien social, et les Vécus positifs du travail.

Le troisième (contribution de 12,2%) est construit par les variables CVQ et Evaluation des horaires.

En projetant les 5 PCS sur cet espace, on constate que le facteur 1 oppose nettement les Infirmières aux Techniciens et Ouvriers, pendant que le facteur 2 oppose les Agents de maîtrise aux AS et Ouvriers, et que le facteur 3 oppose les AS aux quatre autres catégories.

Enfin, la distribution des 239 individus donne lieu à 3 grands types aux frontières nettement distinguables sur la figure 2.

Ces trois types sont transversaux aux catégories socioprofessionnelles, mais chacun est dominé par l'une ou deux d'entre elles.

Distribution des quatre CSP au sein des 3 types

	Type A		Type B		Type C		Total	
	Eff.	%L	Eff.	%L	Eff.	%L	Eff.	%L
OUV	11	19,6	29	51,8	16	28,6	56	100,0
AM-TECH	10	21,7	12	26,1	24	52,2	46	100,0
AS	13	26,0	20	40,0	17	34,0	50	100,0
INF	50	57,5	11	12,6	26	29,9	87	100,0
Total	84	35,1	72	30,1	83	34,7	239	100,0

Le type A est nettement dominé par les Infirmières dont il rassemble près de 59% des effectifs.

Le type B est dominé par les Ouvriers dont il rassemble 51,8%, et comporte une forte proportion d'Aides-soignantes dont il rassemble 40% des effectifs.

Le type C est le plus « mélangé » sociologiquement : légèrement dominé à parts quasi-égales par les Infirmières et les Agents de maîtrise et Techniciens, on note qu'il rassemble plus de la moitié de ces derniers.

Or nous allons voir, en détaillant les profils de ces 3 types (cf. les tableaux ci-après), comment ils articulent caractéristiques socioprofessionnelles et représentations de la santé et de ses rapports au travail.

Figure 1

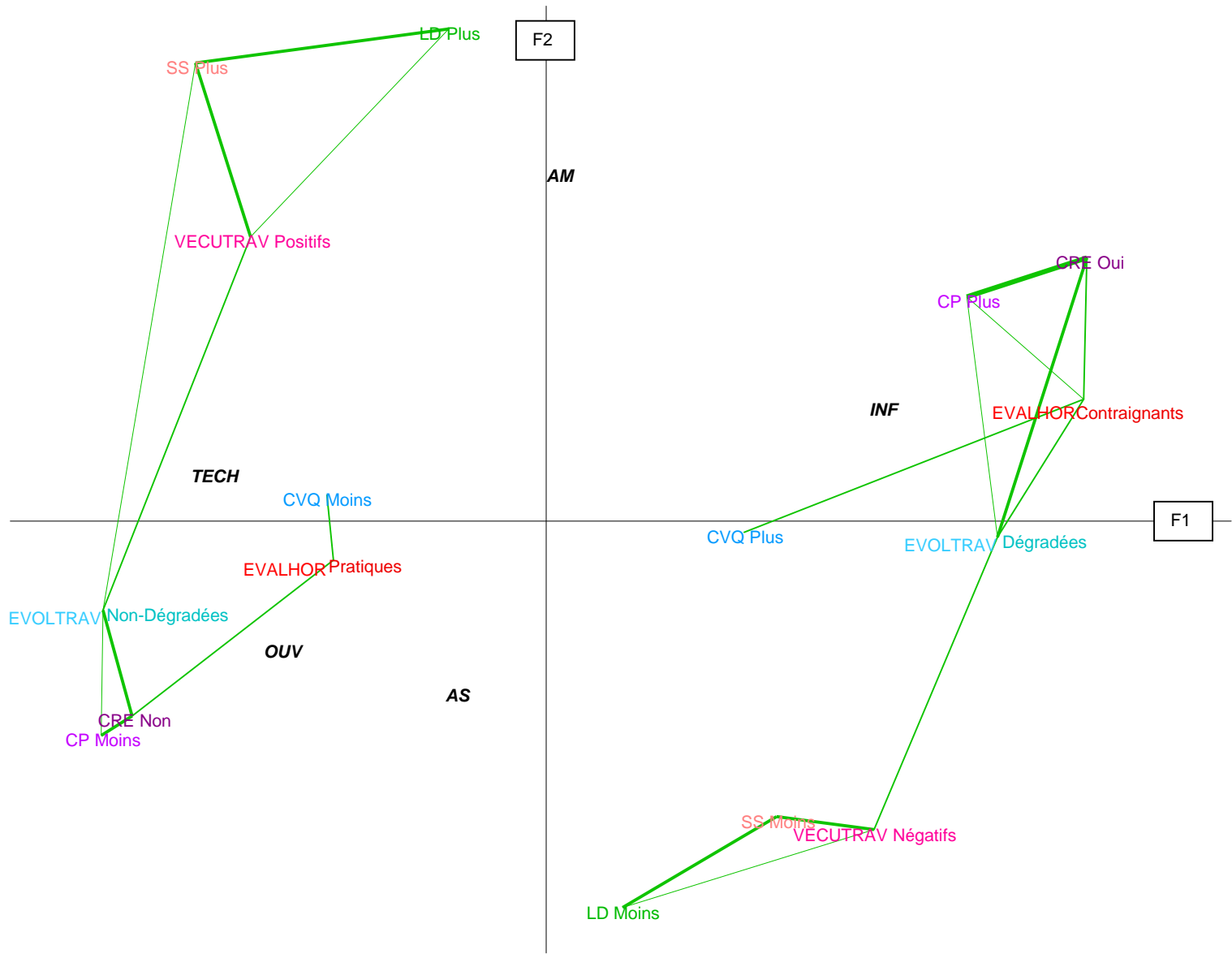
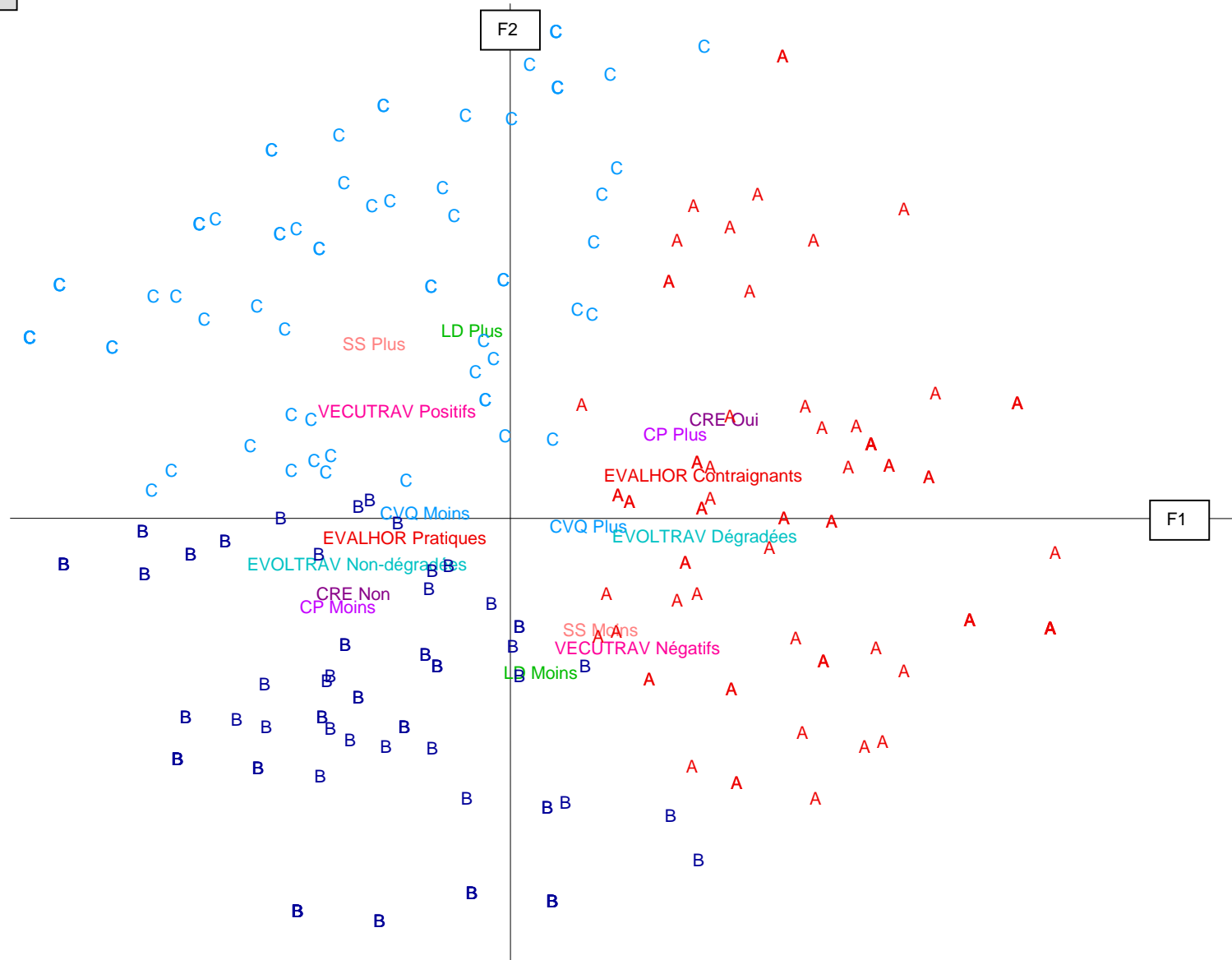


Figure 2



5-2 Le type A : un(e) responsable dont la forte contribution professionnelle est mal soutenue et reconnue, et dont les évaluations en termes de santé et de relations travail/santé sont à dominante négative

Il se caractérise par une charge psychologique élevée dans 90% des cas - manifestement en rapport avec des fonctions hiérarchiques beaucoup plus fréquentes que les autres : 69% ont des personnes sous leur responsabilité -, qui est associée à une latitude décisionnelle le plus souvent faible. D'où le fait que plus de la moitié (près de 52%) des membres de ce type se retrouvent classés parmi les « Stressés » du modèle de Karasek (dont il rassemble plus de 70% des effectifs), un bon tiers se trouvant classés parmi les « Actifs ».

Ce niveau de charge, très mal compensée sur le terrain de la latitude décisionnelle, l'est aussi sur celui du soutien social. Plus de 80% des salariés appartenant à ce type se trouvent donc avec un indice « Karasynth » élevé.

Ce travail sous tension est associé à des contraintes temporelles fortes, surtout en termes de rythme de travail : neuf sur dix déclarent devoir travailler « vite », ou être soumis à une contrainte de rythme extérieure forte ; plus de 80% disent être « bousculés », et près des deux tiers ne pas avoir le temps de faire un travail « correct ».

Le tout s'accompagne d'une évaluation négative non seulement des horaires - la moitié estiment leurs horaires assez ou très contraignants -, mais aussi et surtout plus globalement, des conditions de travail et du salaire. Plus de 80% estiment que ces conditions se sont dégradées dans les dernières années ; pour près de 70% les vécus négatifs du travail dominant, en particulier pour la moitié qui affirme se sentir « exploités » et/ou affiche le sentiment de faire des choses « contraires à leurs valeurs », et trois sur quatre ne se sentent pas « reconnus » pour le travail fourni. D'ailleurs, la même proportion des trois quarts estime être mal ou très mal payé, malgré un niveau de salaire relativement élevé. Deux sur trois souhaitent changer de poste.

Il s'agit ici de salariés plutôt stables et investis dans un métier qu'ils ont choisi dans 2 cas sur 3, mais particulièrement critiques sur les conditions dégradées qui leurs sont faites et qui finalement souhaitent majoritairement changer de poste (dans près de 67% des cas).

Or ce profil socioprofessionnel est celui dont les évaluations sur le terrain de la santé sont les plus négatives.

Il rassemble, en effet, les salariés qui déclarent le plus de problèmes de santé - notamment en termes de « nervosité-irritabilité » (près de 92% des cas) et de « découragement » (près de 75% des cas) - et dont l'auto-évaluation de leur santé est la plus négative (près de 54% notent leur santé en-dessous de la moyenne).

A quoi s'ajoute que ces salariés sont ceux qui associent le plus fréquemment les problèmes de santé au travail, que ces problèmes soient décrits comme « gênants » dans le travail, et surtout comme étant « aggravés ou provoqués » par lui. De même, ce sont eux qui déclarent le plus souvent (dans plus de trois cas sur quatre) avoir connu des situations professionnelles néfastes pour leur santé.

On ne s'étonnera donc pas de constater que c'est dans ce groupe de salariés que l'on trouve le plus d'évaluations négatives quant aux effets du travail sur la santé. Ils sont, en effet, 50% (pour une moyenne de 34,7%) à penser que leur travail influe négativement sur leur santé physique, et plus de 40% (pour une moyenne de 23%) à penser la même chose s'agissant de la santé psychique. Un sur quatre (pour une moyenne de un sur six) considère même que c'est vrai pour les deux aspects à la fois. Notons enfin, qu'un de ces

salariés sur six recourt aux médicaments en cas de stress ou de fatigue, et que c'est pour les salariés de ce type que les possibilités d'aménager avec les collègues ou avec la hiérarchie son travail en cas de fatigue passagère sont les plus faibles.

5-3 Le type B : un(e) exécutant peu sollicité(e) et en retrait, et dont les évaluations en termes de santé et de relations travail/santé sont très partagées.

Ce type de salarié cumule une charge psychologique et une latitude décisionnelle faibles – les quatre cinquièmes ont l'une ou l'autre de ces caractéristiques – et se trouve donc dans 69% des cas classé parmi les « passifs » du modèle de Karasek, dont il rassemble 71% des effectifs.

Le niveau de soutien social étant par ailleurs lui-même faible dans plus de trois quarts des cas, le niveau de « Karasynt » est faible pour les deux tiers des salariés du type. On est ici dans le cas d'une faible compensation d'une charge psychologique elle-même faible.

C'est par ailleurs dans ce type que l'on trouve le plus de salariés actuellement précaires (plus de 30%) et/ou ayant fait l'expérience de la précarité : 42% ont passé plus du tiers de la vie active dans une situation précaire (chômage, CDD, intérim, ...).

En lien évident avec le bas niveau de charge psychologique, les contraintes temporelles qui pèsent sur ce groupe de salariés sont le plus souvent faibles, particulièrement en termes de rythme de travail (moins de 5% travaillent sous contrainte de rythme, contre plus de 40% en moyenne). D'où une évaluation positive très majoritaire des horaires, qui s'accompagne du fait qu'un gros tiers seulement des salariés de ce type estiment que leurs conditions de travail ne se sont pas dégradées, et qu'une petite moitié s'estiment normalement payés, malgré un faible niveau moyen de rémunération (le plus faible des trois types : moins de 1700€).

Ceci n'empêche pourtant pas que les vécus négatifs dans le travail dominent pour une bonne moitié de ces salariés avec, notamment, le sentiment de faire des « choses inutiles » (plus de quatre cas sur dix) et surtout, l'ennui (près de 29% pour une moyenne de 15%) et l'impression de faire un travail que « n'importe qui » pourrait faire (un cas sur cinq pour moins de 13% en moyenne). Le souhait de changer de poste y est très répandu (plus d'une personne sur deux en faisant état). Mais en même temps, plus du tiers d'entre eux estime que retrouver un emploi équivalent serait difficile (ce qui est le plus fort taux des trois types).

Au total, ce type regroupe les salariés les moins diplômés, les plus précaires, les plus mal payés, et dont une bonne partie souhaite quitter une situation professionnelle dans laquelle ils sont souvent des exécutants peu autonomes de tâches manquant d'intérêt, et dont ils se sentent prisonniers plus souvent que les autres, compte tenu de leur niveau de qualification.

Pour autant, ils sont beaucoup moins critiques que leurs collègues du type A quant aux rapports travail/santé.

Ils sont plus de 40% à se considérer dans une situation professionnelle « confortable » (niveaux faibles de fatigue et de stress). Et malgré une évaluation très moyenne de leur santé, et le fait que près de deux sur trois déclarent avoir connu des situations professionnelles néfastes pour leur santé, moins d'un sur trois considère que le travail a un effet négatif sur la santé physique, et près de 45% nient tout effet sur l'aspect psychique.

5-4 Le type C : un(e) salarié autonome, bien soutenu(e) et reconnu(e) et dont les évaluations en termes de santé et de relations travail/santé sont à dominante positive

Ce type tranche fortement avec les deux autres. Alors que les hauts niveaux de charge psychologique étaient généralisés dans le premier type, et fort minoritaires dans le second, ils concernent ici plus de 37% des salariés. Par contre, et surtout, dans la très grande majorité des cas, les salariés de ce type bénéficient à la fois de hauts niveaux de latitude décisionnelle et de hauts niveaux de soutien social. Le résultat est que neuf sur dix des individus de ce type se répartissent à part quasiment égales entre les seules deux classes définies par ailleurs, des « Détendus » (dont ils rassemblent 83% des effectifs) et des « Actifs » (dont ils rassemblent 45% des effectifs), et qu'ils bénéficient dans près de neuf cas sur dix d'un faible niveau de « Karasynt » - i.e. d'une forte compensation de la charge psychologique.

Les contraintes temporelles, notamment de rythme, y sont globalement plus fréquentes que pour le type B, mais systématiquement et très nettement plus rares que pour le type A. On note que plus de 80% des salariés de ce type estiment avoir le temps nécessaire pour faire « correctement » leur travail (contre moins de 40% pour le type A). Et les horaires n'y sont jugés contraignants que par moins d'un salarié sur cinq.

Ceci s'accompagne du taux le plus faible de vécus négatifs dans le travail : moins d'un sur dix. Ce sont notamment les salariés de ce type qui se sentent le plus souvent « fiers » de leur travail (dans plus de neuf cas sur dix) et « reconnus » (dans près de ¾ des cas), et le moins souvent « exploités » (un sur six seulement) dans une activité professionnelle déclarée comme « choisie » dans près de 80% des cas. Et bien qu'une minorité seulement (moins de 15%) considère qu'il lui serait difficile de retrouver un emploi équivalent, c'est logiquement dans ce type que l'on trouve le pourcentage le plus faible de salariés souhaitant changer de poste.

Malgré sa diversité professionnelle, ce type se caractérise donc assez nettement par un rapport globalement positif au travail que l'on va retrouver sur le registre de la santé et des rapports travail/santé.

C'est, en effet, dans ce type que les évaluations de l'état de santé sont les meilleures (dans plus de 70% des cas la note est supérieure à la moyenne) et que le nombre de problèmes de santé déclarés est le plus faible, notamment en termes de « découragement ».

Et bien que dans un cas sur trois le travail soit considéré comme « épuisant » (hauts niveaux à la fois de fatigue et de stress), c'est dans ce groupe de salariés que l'influence du travail sur sa santé est le plus souvent considérée comme positive, aussi bien sur le plan physique (32,5% des opinions), que sur le plan psychique (38,6%), un salarié sur quatre la considérant même comme positive sur les deux plans à la fois.

Malgré des proximités socioprofessionnelles avec le type A, ce type s'oppose donc très fortement à lui sur les questions de santé au travail.

PROFILS AFC	Type A	Type B	Type C	ENS
Effectifs	84	72	83	239
%	35,1	30,1	34,7	100,0
Variables actives de l'AFC				
Charge psychologique (CP) Plus	90,4	21,1	37,3	51,1
Latitude décisionnelle (LD) Plus	39,3	11,3	79,5	45,0
Soutien social (SS) Plus	19,3	14,1	85,5	40,9
Contrainte temporelle sur le Vie quotidienne (CVQ) Plus	63,1	41,7	49,4	51,9
Contrainte de Rythme Extérieure (CRE) Oui	89,2	4,2	30,5	43,2
Evaluation de Horaires de Travail (EVALHOR) Contraignants	50,0	12,7	19,3	28,2
Evolution des Conditions de Travail (EVOLTRAV) Dégradées	83,1	35,9	32,3	51,8
Vécus du travail (VECUTRAV) Négatifs	69,9	62,9	8,4	46,2
SECTEURS - PCS				
ST	25,0	56,9	48,2	42,7
AP	75,0	43,1	51,8	57,3
OUV	13,1	40,3	19,3	23,4
AM-TECH	11,9	16,7	28,9	19,2
AS	15,5	27,8	20,5	20,9
INF	59,5	15,3	31,3	36,4
Femme	75,0	43,1	51,8	57,3
Couple	76,2	58,3	63,9	66,5
Diplôme PLUS	79,8	40,3	60,2	61,1
1° emploi = 21 ans et plus	63,4	33,3	42,7	47,0
Emploi actuel précaire	10,8	30,6	13,2	17,6
A connu la précarité	42,1	73,1	57,5	57,0
Tx de précarité sur vie active = 33% et plus	11,9	41,7	14,5	21,8
Retrouver un emploi = Facile	73,8	65,7	86,6	75,8
Personnes sous votre responsabilité = Oui	69,0	39,4	56,6	55,9
TEMPORALITES				
Contraintes temporelles				
Temps partiel	16,7	6,9	6,0	10,0
Plus de 39h par semaine	33,8	24,6	39,7	33,2
Travail de nuit	15,5	15,3	12,0	14,2
Travail le Samedi	59,5	38,9	47,0	49,0
Travail le Dimanche	54,8	37,5	44,6	46,0
Travail les jours fériés	50,0	33,3	39,8	41,4
Dispose de 48h consécutives de repos	58,3	83,1	81,5	73,7
Effectue des astreintes	15,5	12,5	18,1	15,5
Prévisibilité Horaires <1 mois	52,4	27,1	38,6	40,1
Contraintes de rythme				
Possibilité de détente NON	57,1	23,9	26,5	36,6
Travailler Vite OUI	91,6	58,0	64,2	72,1
Quantité de travail excessive OUI	80,0	30,0	34,1	48,7
Le temps de travailler correctement NON	61,4	22,1	19,3	35,0
Travail interrompu OUI	73,2	53,5	57,8	61,9
Travail bousculé OUI	84,1	43,5	48,8	59,7
Travail ralenti OUI	77,8	49,3	57,8	62,1
KARASEK				
PASSIFS	8,4	69,0	15,7	29,1
STRESSES	51,8	19,7	4,8	25,7
DETENDUS	1,2	9,9	47,0	19,8
ACTIFS	38,6	1,4	32,5	25,3
« Karasynt » PLUS	80,7	31,0	12,0	41,8
Soutien Social Supérieur PLUS	31,0	59,7	81,9	57,3
Soutien Social Collègues PLUS	32,1	26,4	74,7	45,2

PROFILS AFC (suite 1)	Type A	Type B	Type C	ENS
SALAIRE				
Moins de 1500	18,3	40,8	17,1	24,7
De 1500 à 1749	30,5	23,9	26,8	27,2
de 1750 à 2199	29,3	22,5	24,4	25,5
2200 et plus	22,0	12,7	31,7	22,6
Plutôt bien ou très bien payé(e)	0,0	8,3	11,0	6,3
Normalement payé(e)	25,0	40,3	41,5	35,3
Plutôt mal ou très mal payé(e)	75,0	51,4	47,6	58,4
VECUS DU TRAVAIL				
Métier choisi	63,9	50,0	79,3	65,1
Fierté	67,5	78,6	94,0	79,1
Reconnu(e)	26,5	47,1	74,7	49,0
Choses inutiles	38,6	44,3	32,5	37,7
Utile aux autres	71,1	71,4	83,1	74,5
Exploité(e)	47,0	37,1	15,7	32,6
Ennui	13,3	28,6	6,0	15,1
N'importe qui	10,8	24,3	4,8	12,6
Contraires à vos valeurs	47,0	30,0	25,3	33,9
Changer de poste	66,7	52,9	33,7	51,1
RISQUES - EXPOSITIONS				
Connaissances des risques OUI	51,8	75,7	79,3	68,5
Tension nerveuse importante	51,8	75,7	79,3	57,7
Chaud, froid, intempéries	33,3	52,8	44,6	43,1
Substances chimiques	42,9	62,5	53,0	52,3
Risques d'accidents graves	40,5	62,5	51,8	51,0
Respect systématique des procédures	44,0	72,9	64,4	59,4
Procédures dangereuses : Oui	28,6	25,4	11,1	21,6
Normes de productivité dangereuses : Oui	19,0	15,2	4,8	12,9
Contact avec un public : Oui	89,3	67,1	81,9	80,2
Tension avec un public Oui	87,8	68,9	74,2	78,4
FATIGUE - STRESS				
FATIG Plus	86,9	52,9	52,4	64,8
STRES plus	83,3	32,3	43,9	55,0
CONFORT	3,6	41,5	37,0	26,1
Surtout STRES	9,5	9,2	11,1	10,0
Surtout FATIG	13,1	26,2	18,5	18,7
EPUISANT	73,8	23,1	33,3	45,2
SANTE : Evaluation et Problèmes				
Fatiguer vite	49,4	23,9	22,9	32,5
Difficultés à récupérer	52,5	35,5	28,8	38,3
Troubles de mémoire, de concentration	25,3	14,3	10,8	16,9
Nervosité	91,7	71,8	77,1	80,7
Découragement	74,7	61,4	43,4	59,7
Plus de 3 pbs de santé	69,0	56,3	41,0	55,5
Evaluation de sa santé = Moins	53,6	43,7	28,9	42,0

PROFILS AFC (suite 2)	Type A	Type B	Type C	ENS
RELATIONS TRAVAIL - SANTE				
Tx de pbs gênants pour le travail : 50% et +	53,0	39,7	34,2	42,8
Tx de pbs liés au travail : 50% et +	73,2	45,6	43,5	54,8
Situations néfastes : Oui	77,6	62,1	53,8	64,4
Influence du travail sur la santé physique				
Non PHY	14,3	29,0	30,1	24,2
Pos PHY	11,9	17,4	32,5	20,8
Neg PHY	50,0	31,9	21,7	34,7
Nsp PHY	23,8	21,7	15,7	20,3
Influence du travail sur la santé psychique				
Non PSY	18,1	44,9	41,0	34,0
Pos PSY	15,7	27,5	38,6	27,2
Neg PSY	41,0	14,5	12,0	23,0
Nsp PSY	25,3	13,0	8,4	15,7
Influence sur les 2 aspects				
Positive sur 1 aspect au moins	20,5	33,3	44,6	32,8
Négative sur 1 aspect au moins	65,1	36,2	25,3	42,6
Non PHY + Non PSY	4,8	23,2	21,7	16,2
Pos PHY + Pos PSY	7,2	11,6	26,5	15,3
Neg PHY + Neg PSY	25,3	10,1	8,4	14,9
Nsp PHY + Nsp PSY	13,3	10,1	3,6	8,9
Si fatigue-stress : prend des médicaments	15,5	5,6	4,8	8,8
Adapte travail-santé avec Collègues : Plus	45,2	58,8	68,3	57,3
Adapte travail-santé avec Supérieur : Plus	50,0	70,1	75,6	65,3
Adapte travail-santé avec Coll. + Sup. : Plus	31,0	54,3	67,5	50,6

Lecture : hormis la 3^e ligne d'en-tête du tableau, tous les % sont « en colonne » : ils mesurent donc le poids de chaque variable dans chacun des types.

Quelques moyennes

	Type A	Type B	Type C	ENS.
Age	37	38	39	38
Nombre d'enfants	1,1	1,5	1,4	1,3
Nombre d'enfants à charges	1,5	1,4	1,6	1,5
Age au 1 ^{er} emploi	21	20	20	20
Durée de vie active	16	19	19	18
Taux de précarité sur vie active	31	49	25	35
Nombre d'heures travaillées la dernière semaine	38	38	39	38
Durée Hebdomadaire Totale (DHT) (Horaires+Heures Supp+Trajet)	40	40	43	41
Salaire mensuel net (primes comprises)	1830	1680	1960	1830
Age de la retraite prévu	61	63	62	62
Age de la retraite souhaité	55	56	56	56
Nombre de problèmes de santé	5	4	3	4
Taux de problèmes de santé gênants pour le travail	46	38	32	39
Taux de problèmes de santé liés au travail	59	40	39	47

Conclusion de la Troisième Partie

Notre enquête par questionnaire, combinée à des investigations complémentaires dans les deux milieux professionnels localisés étudiés, permet de dessiner de manière déjà assez précise leurs portraits du point de vue de la manière dont s'y problématise la santé au travail, dont s'y construit le rapport aux risques professionnels. Les soignantes hospitalières du site Montaigne de l'AP et les salariés de la sous-traitance pétrochimiques sont inscrits dans des contextes professionnels et forment des milieux socioprofessionnels bien différents, et à bien des égards fort contrastés, tels que nous les recherchions. En même temps s'y observent des corrélations de même type entre situation du travail perçue et vécu de la santé, et des rapprochements peuvent être faits entre certains salariés relevant des deux milieux professionnels.

A l'hôpital Montaigne on a pointé le décalage entre les formes de reconnaissance et de gestion institutionnelles, encore assez étroites, des enjeux de santé au travail et l'ampleur de leurs manifestations plus diffuses ou indirectes (« le malaise des soignantes »). Les atteintes à la santé y prennent rarement la forme d'accidents du travail graves ou d'exclusion pure et simple de la profession, et davantage celle de l'absentéisme et d'une certaine mobilité, plus souvent interne – et d'abord entre les services – qu'externe. Les réponses au questionnaire convergent avec ce tableau et le complètent. On a noté le décalage entre la densité des contraintes objectives de temps de travail et leur relative naturalisation, les horaires étant presque autant que chez les salariés de la sous-traitance jugés « pratiques ». L'évaluation des contraintes temporelles dans le travail est plus sévère. Elle va de pair chez une partie importante des soignantes, notamment des infirmières, avec de multiples expressions d'insatisfaction et de critique des conditions de travail, parmi lesquelles le manque de soutien social de la part des supérieurs apparaît jouer un rôle clef. Les soignantes se singularisent enfin en déclarant des problèmes de santé à la fois plus nombreux et moins graves que leurs homologues de la sous-traitance, et en pratiquant plus souvent l'automédication. Elles perçoivent dans des proportions comparables aux salariés de la sous-traitance un lien entre leur travail et leur santé, mais s'en distinguent en pointant plus souvent un lien – identifié par ailleurs comme plus négatif que pour les seconds – avec leur santé psychique, et moins souvent leur santé physique. En même temps leurs possibilités d'adapter leur travail à leur état de santé sont jugées plus restreintes.

Dans le monde de la sous-traitance pétrochimique un autre décalage se dessine. C'est celui qui oppose, d'une part, la multiplication des dispositifs formels publics et privés, de prévention des risques industriels et professionnels sur des sites classés Seveso et, d'autre part, leur relativement faible efficacité de fait dans un monde où s'exacerbe la disjonction entre la genèse des risques et leur maîtrise potentielle par les entreprises extérieures aux donneurs d'ordre. D'ailleurs, se déclarant mieux formés et informés que les soignantes à propos des risques du travail, ces travailleurs déclarent plus de pénibilités et d'antécédents médicaux liés au travail que celles-ci. Bien moins soumis qu'elles à des contraintes de rythme dans le travail et mieux soutenus par leurs chefs, ils sont également moins préoccupés par la précarité, encore fréquente, de leur emploi que ce que l'on pouvait attendre. Tout laisse ainsi à penser qu'à la naturalisation des contraintes d'horaires des premières correspond la naturalisation de l'instabilité d'emploi chez les seconds. On peut également penser que la sélection par la santé sur le marché du travail des seconds est plus sévère que pour les premières. Inversement ils paraissent moins soumis que les soignantes à des contraintes de temps dans le travail et plus soutenus par leur hiérarchie à la fois dans le travail quotidien et en cas de nécessité d'adapter leur rapport au travail lorsque surviennent des problèmes de santé.

Ce net contraste n'annule pas l'existence de tendances communes, déjà repérées dans la première partie de ce rapport, entre les perceptions du travail et celles de la santé et du lien travail santé. En particulier, dans les deux groupes le questionnaire de Karasek confirme sa valeur prédictive. Les salariés décrivant une forte charge psychologique insuffisamment compensée au plan de leur latitude décisionnelle et/ou du soutien social dont ils bénéficient déclarent plus de troubles de santé et tendent à percevoir plus souvent et plus négativement le lien entre travail et santé. Marqué dans notre échantillon par une forte sur-représentation des infirmières de l'hôpital Montaigne, ce profil – « un(e) responsable dont la forte contribution professionnelle est mal soutenue et reconnue » - comporte toutefois une forte minorité composée des autres catégories professionnelles (aides-soignantes et travailleurs de la sous-traitance de tous les niveaux de qualification). Inversement, dans le second profil dégagé par l'A.F.C. – celui des salariés à faible charge psychologique – « un(e) exécutant peu sollicité(e) et en retrait » - les aides-soignantes sont autant sur-représentées que les ouvriers de la sous-traitance. Et le troisième profil, celui du « salarié autonome, bien reconnu et soutenu » n'est pas plus homogène en terme de secteur d'activité que le précédent, malgré la sur-représentation des agents de maîtrise et des techniciens de la sous-traitance pétrochimique en son sein.

C'est avec à l'esprit ces principaux résultats que l'on traite maintenant les matériaux fournis par nos entretiens.

Annexe de la Partie III

Lexique de variables (cf. le questionnaire LEST en annexe générale p. 287)

- « **DHT** » = « **Durée Hebdomadaire Totale** » = **somme en heures/semaine de :**
 - o Q37 : « Quel nombre d'heures de travail avez-vous effectué la dernière semaine travaillée ? »
 - o Q39 : « Si Heures Supp, combien en moyenne par mois ? », divisé par 4
 - o Q54 : « Combien de temps mettez-vous pour aller et revenir de votre travail (en minutes) », divisé par 12 (multiplié par 5 jours et divisé par 60)

- « **CVQ** » = « **Contrainte Temporelle sur la Vie Quotidienne** » = **somme des scores aux questions suivantes :**
 - o Q42 : « Travaillez-vous la nuit ? », avec Jamais = 0 ; Parfois = 3 ; Souvent = 6 ; Toujours = 9
 - o Q43 : « Vous arrive-t-il de travailler le Samedi ? », avec Jamais = 0 ; Parfois = 1 ; Souvent = 2 ; Toujours = 3
 - o Q44 : « Vous arrive-t-il de travailler le Dimanche ? », avec Jamais = 0 ; Parfois = 2 ; Souvent = 4 ; Toujours = 6
 - o Q45 : « Vous arrive-t-il de travailler le les jours fériés ? », avec Jamais = 0 ; Parfois = 2 ; Souvent = 4 ; Toujours = 6
 - o Q46 : « Disposez-vous de 48h consécutives de repos au cours d'une semaine ? », avec Jamais = 3 ; Parfois = 2 ; Souvent = 1 ; Toujours = 0
 - o Q47 : « Connaissez-vous l'horaire de travail que vous aurez à effectuer demain ? », avec Oui = 0 ; Non = 1
 - o Q48 : « Connaissez-vous l'horaire de travail de la semaine prochaine ? », avec Oui = 0 ; Non = 1
 - o Q49 : « Connaissez-vous l'horaire de travail du mois prochain ? », avec Oui = 0 ; Non = 1
 - o Q50 : « Connaissez-vous l'horaire de travail dans les 3 mois à venir ? », avec Oui = 0 ; Non = 1
 - o Q51 : « Devez-vous effectuer des astreintes dans le cadre de votre travail ? », avec Oui = 1 ; Non = 0
 - o « DHT » divisé par 30

- « **CRG** » = « **Contrainte de Rythme Globale** » = **somme des scores aux questions suivantes**
 - o Q52 : « Votre rythme de travail est-il soumis à une contrainte extérieure ? », avec « Jamais » ou « Parfois » = 0 ; « Souvent » ou « Tout le temps » = 1
 - o Q53 : « En général, pouvez-vous interrompre votre travail pour vous détendre ? », avec « Ou » = 1 ; « Non » = 0
 - o Q67 : « Mon travail demande de travailler vite », avec « Pas d'accord du tout » ou « Pas d'accord » = 0 ; « D'accord » ou « Tout à fait d'accord » = 1
 - o Q69 : « On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive », avec « Pas d'accord du tout » ou « Pas d'accord » = 0 ; « D'accord » ou « Tout à fait d'accord » = 1
 - o Q70 : « Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail », avec « Pas d'accord du tout » ou « Pas d'accord » = 1 ; « D'accord » ou « Tout à fait d'accord » = 0
 - o Q75 : « Mon travail est très "bousculé" », avec « Pas d'accord du tout » ou « Pas d'accord » = 0 ; « D'accord » ou « Tout à fait d'accord » = 1

- « **CTG** » = « **Contrainte Temporelle Globale** » = $(CVQ*3,4 + CRG*14,6 + DHT) / 10$

- « **CRE** » = « **Contrainte de Rythme Externe** » = réponses à la question Q52 (« Votre rythme de travail est-il soumis à une contrainte extérieure ? ») avec :
 - o « Jamais » ou « Parfois » = Non
 - o « Souvent » ou « Tout le temps » = Oui

- **Questionnaire Karasek :**
 - o Les réponses aux 26 questions ont été numérisées avec : « Pas d'accord du tout » = 1 ; « Pas d'accord » = 2 ; « D'accord » = 3 ; « Tout à fait d'accord » = 4
 - o Les variables synthétiques ont été calculées comme suit :
 - « **Latitude décisionnelle** » (**LD**) = $Q58 + (Q59 \text{ Inversée}) + Q60 + (Q61*2) + Q62 + (Q63 \text{ Inversée} * 2) + Q64 + (Q65*2) + Q66$
 - **LD Moins** = scores inférieurs à 36
 - **LD Plus** = scores égaux ou supérieurs à 36

- « **Charge psychologique** » (CP) = Q67 + Q68 + Q69 + (Q70 Inversée) + Q72 + Q73 + Q74 + Q75 + Q76
 - **CP Moins** = scores inférieurs à 24
 - **CP Plus** = scores égaux ou supérieurs à 24

- « **Soutien social** » (SS) = Q77 + Q78 + Q79 + Q80 + Q81 + Q82 + Q83 + Q84
 - **SS Moins** = scores inférieurs à 25
 - **SS Plus** = scores égaux ou supérieurs à 25

- « **Soutien social du supérieur** » (SSSUP) = Q77 + Q78 + Q79 + Q80
 - **SSSUP Moins** = scores inférieurs à 12
 - **SSSUP Plus** = scores égaux ou supérieurs à 12

- « **Soutien social des collègues** » (SSCOLL) = Q81 + Q82 + Q83 + Q84
 - **SSCOLL Moins** = scores inférieurs à 13
 - **SSCOLL Plus** = scores égaux ou supérieurs à 13

- « **KARASYNTH** » (« **Charge psychologique compensée** ») = $30 * CP / (LD + SS)$
 - **KARASYNTH Moins** = scores inférieurs à 13
 - **KARASYNTH Plus** = scores égaux ou supérieurs à 13

QUATRIEME PARTIE

**UNE ENQUETE PAR ENTRETIEN
AUPRES DE SOIGNANTES HOSPITALIERES ET DE
SALARIES DE LA SOUS-TRAITANCE
PETROCHIMIQUE**

Dans cette dernière partie nous présentons les résultats de notre analyse des entretiens par groupe professionnel – d’abord les soignantes de l’hôpital Montaigne (1), puis les salariés de la sous-traitance (2) - et, au sein de chacun d’eux, à partir des types de réponses qu’ils ont formulés dans le questionnaire à la question centrale de leur perception de l’influence du travail sur leur santé, physique et psychique : influence positive ou neutre exprimée par des individus pour qui « le travail c’est - avant tout - la santé » ; ensuite et à l’inverse, ceux pour qui le travail est pathogène ; enfin ceux qui développent des représentations plus ambivalentes. Une conclusion, transversale aux deux groupes professionnels, en synthétise les particularités et les convergences. Deux raisons expliquent la manière dont nous organisons la présentation des résultats de l’analyse de l’enquête qualitative :

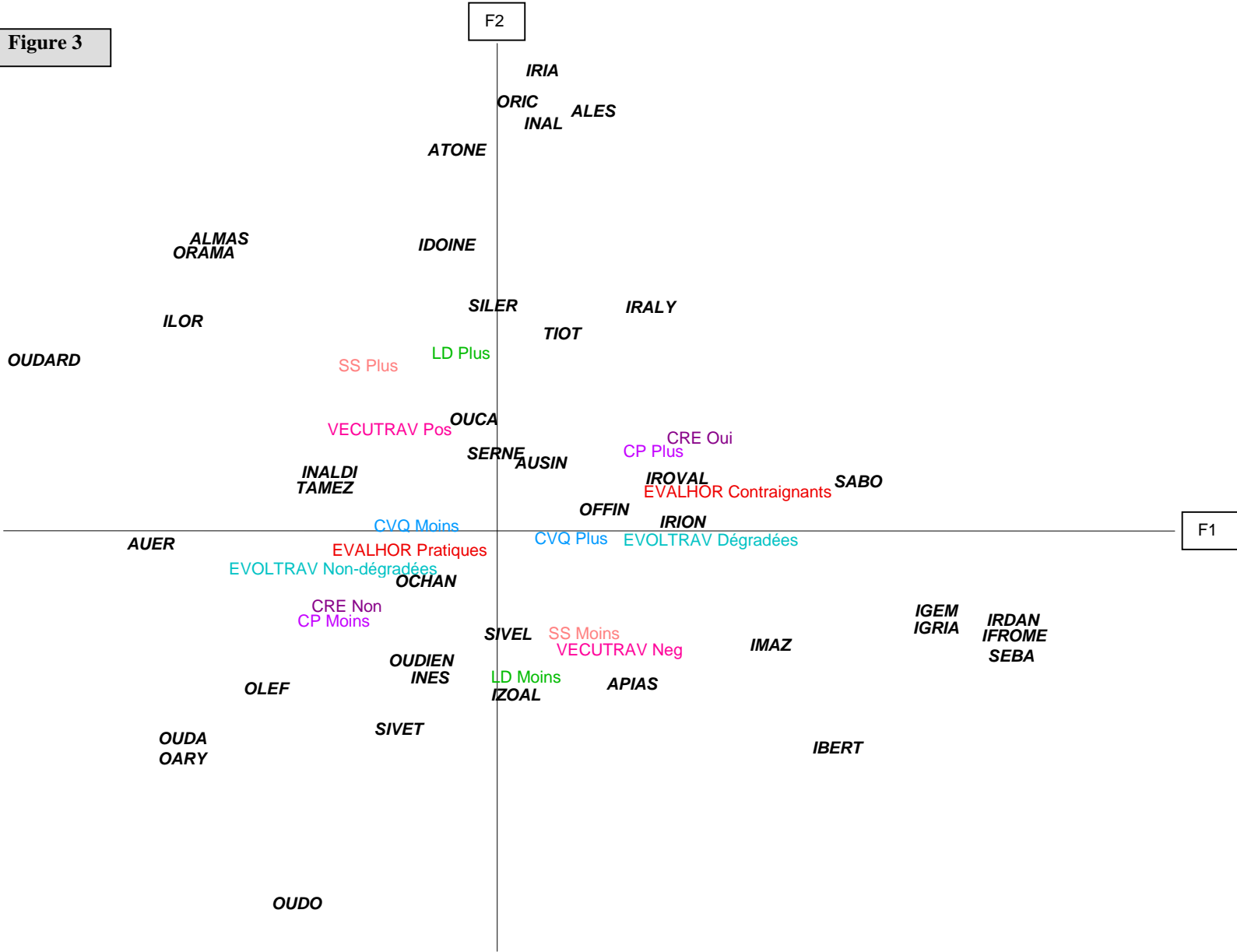
- la première, pratique, est que nous avons été contraints de commencer l’exploitation de ces matériaux qualitatifs avant le bouclage des exploitations statistiques de notre questionnaire. En particulier nous ne disposions pas encore des résultats de l’Analyse Factorielle de Correspondance ayant permis la mise à jour de trois profils types et de situer de ce point de vue les 22 personnes interviewées au sein des 239 répondants. On présente toutefois ci-après la position des interviewés ⁷⁴ sur le premier plan de l’AFC, ainsi que leur distribution selon les trois types A, B, et C, par groupe et par catégorie professionnels, en précisant lesquels feront l’objet de « portraits » sociologiques plus approfondis ;

- la seconde, sociologique, est que la forte spécificité de chacun des deux univers professionnels et la présence au sein de chacun d’eux des mêmes grands types de réponse à la question sur la perception du lien travail/santé autorisait une telle présentation

Le déroulement de l’enquête et ses particularités sur chacun des deux terrains, mais aussi les principales données contextuelles nécessaires à la compréhension des analyses qui suivent ont été présentés dans les première (pour la conduite de l’enquête) et deuxième partie (pour les deux contextes professionnels) de ce rapport. On référera régulièrement à la position des interviewés dans l’espace des 239 enquêtés décrit par notre A.F.C., en particulier à leur appartenance à l’un des trois profils types dégagés. On présente en début de chaque sous-partie deux tableaux décrivant l’échantillon des salariés – 22 soignantes et 19 salariés de la sous-traitance - interviewés. Le premier indique leurs principales caractéristiques socio-démographiques et professionnelles, le second leurs réponses aux questions-clefs du questionnaire et quelques indices synthétiques qui en sont dérivés. Enfin des notes ou encadrés complètent l’information nécessaire au lecteur sur certains points évoqués dans les entretiens, notamment dans le cas des soignantes de l’hôpital Montaigne dont le contexte de travail peut être plus facilement approché que celui des salariés de la sous-traitance.

⁷⁴ Rendus anonymes à l’aide de pseudonymes dont la première lettre indique la catégorie professionnelle : « S » pour les aides-soignantes ; « I » pour les infirmières ; « O » pour les ouvriers ; « A » pour les agents de maîtrise ; « T » pour les techniciens.

Figure 3



DISTRIBUTION DES ENTRETIENS DANS LES 3 TYPES

		Type A	Type B	Type C	N° du "portrait"
AS	SEBA	1*			7
	SABO	1			
	SIVEL		1		
	SIVET		1		
	SILER			1	8
	SERNE			1	
INF	IMAZ	1			6
	IRION	1			10
	IRDAN	1			
	IFROME	1			
	IGEM	1			
	IRALY	1			4
	IBERT	1			
	IGRIA	1			
	IROVAL	1			
	IZOAL		1		
	INES		1		3
	IRIA			1	5
	INALDI			1	1
	INAL			1	9
	ILOR			1	
IDOINE			1	2	
OUV	OFFIN	1			13
	OUDIEN		1		
	OUDA		1		12
	OARY		1		14
	OUDO		1		
	OCHAN		1		
	OLEF		1		16
	OUCA			1	
	UDARD			1	11
	ORAMA			1	
	ORIC			1	
AM	APIAS	1			
	AUER		1		
	ALMAS			1	
	ALES			1	
	ATONE			1	
	AUSIN			1	
TECH	TIOT			1	
	TAMEZ			1	15
Total		13	11	17	

* En gras : Interviewés faisant l'objet de portraits développés

1- Les soignantes hospitalières

1-1 Données complémentaires sur le contexte de travail des soignantes

1-1-1 Les services concernés par l'enquête

On rappelle que notre enquête a ciblé six grands services ou types de services de l'hôpital Montaigne, regroupant environ 60% du personnel non médical et des soignantes. Ces services ont été sélectionnés à partir de nos échanges avec le service de médecine du travail⁷⁵ et de nos recherches antérieures sur les conditions de travail des personnels de santé, lesquelles permettaient de distinguer les services selon le type de contraintes de travail (Bouffartigue et Bouteiller, 2006). On avait combiné le degré de contraintes temporelles « externes » - régimes horaires – et de contraintes temporelles « internes » au travail – intensité du travail-, ce qui dégagait la typologie suivante :

		Contraintes d'horaires de travail		
		Supérieur	Moyen	Inférieur
Contraintes d'intensité du travail	Supérieur	Urgences, Réanimation.	Médecine Chirurgie	Bloc opératoire
	Moyen			Gériatrie, Psychiatrie
	Inférieur		Gynéco-maternité	Soins externes

On a écarté les soins externes – services les moins pénibles, qui fonctionnent d'ailleurs souvent comme pôle d'accueil des soignantes vieillissantes et/ou à santé fragilisée – et la psychiatrie. On a donc retenu : les urgences et la réanimation, cette dernière se signalant au plan national par un très fort taux d'infirmier(e)s parmi les soignant(e)s et par leur jeunesse ; un regroupement médecine interne-gériatrie-hématologie-oncologie, services dans lesquels les malades sont souvent dits « lourds », dépendants, où les décès sont fréquents, et où les aides-soignantes sont nombreuses ; le bloc opératoire, où l'activité est technique, intense, mais relativement programmée ; la maternité-gynécologie-néonatalogie, proche des urgences du point de vue de la variabilité de l'activité, service par ailleurs important à Montaigne, spécifique et souvent valorisé par les soignantes ; la cardiologie enfin, service aux conditions de travail a priori « moyennes ».

Malgré les inégalités importantes des taux de retour de notre questionnaire, chacun des services est couvert par 15 à 40 questionnaires, et chacun – sauf la cardiologie – est représenté dans notre enquête par entretiens, par trois à six soignantes. Finalement les aides-soignantes, qui ne forment dans ce site CHU que le tiers des soignantes, sont représentées à cette hauteur dans les questionnaires retournés. Mais des difficultés particulières de réalisation des entretiens, qui ne sont pas sans évoquer celles que nous avons connues auprès des ouvriers de la sous-traitance,⁷⁶ ont limité leur nombre à 6 des 22, alors que nous souhaitions en collecter une moitié, compte tenu de différences significatives qui séparent les profils sociaux et les conditions de travail de ces deux catégories professionnelles.

⁷⁵ Etaient cités parmi les services les plus pénibles : la gériatrie, l'hémato-oncologie, le bloc, et l'unité de transplantation.

⁷⁶ Nombreuses relances nécessaires pour obtenir un rendez-vous, indisponibilité persistante, voire refus, alors même que toutes avaient signalé dans le questionnaire leur accord de principe...

**Enquête auprès des soignantes de l'hôpital Montaigne :
effectifs par service ***

	AS	INF	Total Soignants	Autres	Total	Quest. (dt AS)	Entret. (dt AS)
Urgences	52	58	110	21	131	40 (22)	3 (1)
Maternité-Gynécologie-néonatalité	50	95	145	39	184	17 (4)	4 (1)
Bloc opératoire central	17	47	64	21	85	18 (4)	5 (1)
Réanimation-Anesthésie	30	132	162	15	161	17 (3)	4 (1)
Médecine interne-Gériatrie-Hématologie-Oncologie	23	30	53	72	72	31 (13)	6 (2)
Cardiologie	19	37	56	11	67	15 (4)	0 (0)
Total	191	399	590	179	700	138 (50)	22 (6)

*Pour les effectifs totaux affectés aux services : les deux sexes.

La répartition entre aides-soignantes et infirmières est d'emblée indicative d'une diversité des activités d'une unité à l'autre : au Bloc ou en Réanimation, activités très « techniques », les premières sont peu présentes, contrairement à la médecine interne-gériatrie-hématologie-oncologie, où les malades sont dits « lourds » et souvent « dépendants » et requièrent un important travail de « nursing », ou aux urgences, aux pathologies très diverses. Il va de soi que la faiblesse des effectifs de soignantes rencontrées pour chacun des services ne nous permet qu'une connaissance partielle des conditions de travail dans chacun d'eux, en particulier du point de vue des distinctions entre celles des infirmières et celles des aides-soignantes. Toutefois les observations *in situ* conduites par Audrey Rabassa dans deux unités, celle de médecine interne et celle de réanimation, permettent d'y préciser les conditions de travail qui sont celles de certaines de nos interviewées : en médecine interne, Denise Siler, aide-soignante; en réanimation, Nadine Sivel, aide-soignante ; Iris Igría, Catherine Izoal et Danielle Idoine, infirmières. Ces observations montrent l'importance à accorder à la distinction entre les catégories d'aides-soignantes et d'infirmières, au plan de la répartition des tâches, des conditions de travail et des profils d'âge et d'ancienneté (cf Encadrés ci-après).

Le service de médecine interne

Il compte 25 lits, la plupart occupés par des patients dépendants. Y sont affectés 5 médecins et 17 autres personnels, dont 8 infirmières et 7 aides-soignantes. Il fonctionne en continu, avec, classiquement, deux équipes de nuits fixes et des équipes de jour alternant matins (6h-14h) et soirs (12h 30-20h 30). La plupart des aides-soignantes sont jeunes et récemment diplômées. C'est donc un service d'accueil des nouvelles recrues, placées ici sans en avoir le choix. L'unité est spécialisée dans les investigations médicales face à une symptomatologie persistante malgré les traitements. Elle suppose ainsi une bonne part d'activité programmée, avec des profils de patients très variés, mais avec une forte orientation gériatrique (patients âgés de 75 ans en moyenne).

L'accueil de ces patients âgés nécessite une prise en charge globale à la fois sur le plan médical, mais aussi sur le plan social. Le travail y est vécu comme difficile par les soignantes, en témoigne l'emploi fréquent du terme « lourd » pour désigner les malades, catégorisés par elles comme suit : « dépendant total », « semi dépendant », « autonome ». Elles associent à ces catégories le degré de conscience des malades, ceci conditionnant leur relation avec les patients. L'échange verbal et l'échange gestuel permettent d'exprimer leurs compétences d'écoute, de soutien et d'empathie, et conditionnent le « sentiment de se sentir utile ». Le travail n'est pas le même le matin, où il s'organise principalement autour des soins, et l'après-midi : sur le plan infirmier, il se répartit entre la préparation du chariot de soins pour le lendemain, les soins du soir, les transmissions ; quant aux aides-soignantes elles réalisent tout d'abord « les changes », puis les « sortants » - ce qui implique alors un grand nettoyage des chambres -, et l'aide à l'alimentation.

Avec 18 patients alités dépendants au moment de nos observations, il est très difficile pour les aides-soignantes de prendre en charge la moitié de ces malades. Les toilettes nécessitent d'être deux, les aides-soignantes devant tourner à plusieurs reprises le patient. Durant les toilettes, nous observons également les nombreuses positions en torsions des aides-soignantes : debout, bras levé pour maintenir la perfusion pendant l'habillage du patient, position oblique pour maintenir le patient sur le côté etc. A cela s'ajoutent de nombreux aller-retour dans les différents locaux (stérilisation, matériel), ainsi que des « courses » qui les amènent à se déplacer à pieds dans tout l'hôpital (pharmacie, matériels divers, etc.). Les infirmières semblent moins exposées à la contrainte de se tenir debout ou de se déplacer à pied. Au détour de prise de rendez-vous, de commandes pour la pharmacie, de la transcription des transmissions sur le cahier de soins, etc., elles sont plus souvent assises que leurs collègues aides-soignantes.

En revanche, sur l'aspect psychique, elles semblent nettement plus exposées que les aides-soignantes. Elles ont un rôle de coordinatrices entre médecins et patients, notamment lors des soins, moment privilégié pour les patients pour demander des informations ou des explications supplémentaires. Ceci s'avère délicat : un arbitrage entre ce que le médecin a probablement dit et expliqué, et ce qu'il a tu, est nécessaire. De plus, elles ont de fortes responsabilités sur la qualité de l'approvisionnement en pharmacie et matériel, et doivent veiller au bien-être du patient. A cela s'ajoute la discontinuité et les perturbations de leurs tâches : multiples sollicitations de la part des médecins, des patients, des familles, des collègues, en partie par téléphone etc. Le tout est redoublé d'un sentiment d'insécurité lorsque l'unité accueille des patients « psy » - dont le cas relèverait de la psychiatrie -, ou encore des patients toxicomanes, en quête de produits de substitution. Les décès sont fréquents, parfois violents et rendent le travail pénible, parfois vécu comme un échec.

Les sollicitations des unes et des autres ne sont donc pas les mêmes : pour les infirmières, il s'agit des médecins, de la famille du patient, du malade lui-même s'il est en état de le faire, et, plus rarement, de la surveillante et de leurs collègues aides-soignantes. Une aide-soignante est plus sollicitée par le patient lui-même, et parfois par ses collègues infirmières. Des différentes demandes qui émanent des médecins, familles, patients etc. ce sont les infirmières qui sont le plus confrontées aux problèmes de tensions au cours du travail, et plus particulièrement avec le public accueilli, patients ou leur famille. Ceci s'explique par leur position intermédiaire dans la hiérarchie hospitalière qui leur confère un rôle central dans la détention d'informations sur le patient.

Enfin, la méconnaissance du profane de l'organisation hospitalière, de ses règles et protocoles peuvent conduire à des situations de tensions basées sur une incompréhension mutuelle.

Le service de réanimation

Il accueille surtout des patients spécifiques, polytraumatisés, traumatisés aigus, compte 16 lits et mobilise 58 infirmières et 22 AS. Le tiers des soignantes travaille de nuit. Il comporte une unité de « déchoquage » (urgences vitales) où la durée moyenne de séjour est inférieure à deux jours, et une unité de « réanimation » en vue de stabiliser le patient et de l'aider au réveil. Les infirmières y sont très jeunes et inexpérimentées, ce qui est moins le cas des aides-soignantes. L'effectif des soignantes est en dessous de l'effectif théorique, ce qui conditionne beaucoup la perception des difficultés professionnelles, d'autant qu'il s'agit d'une activité marquée par l'imprévisibilité de l'évolution de l'état des patients et par la variabilité de la charge de travail.

La réanimation est vue par les jeunes diplômées comme un service attractif, qui permet de se former rapidement à des soins techniques pointus, quitte à oublier le côté relationnel. Lorsqu'on leur fait remarquer la dureté de leur travail du point de vue des patients accueillis, des pathologies et des raisons de l'accueil de ces patients, elles disent laisser leur sensibilité au vestiaire et vivre parfois un sentiment d'irréalité. Aucune n'envisage de rester en réanimation plus de trois ou quatre ans. Quelques infirmières plus âgées paraissent stabilisées et attachées à cette activité, jugée par elles à la fois passionnante techniquement et riche relationnellement.

Les patients sont parfois très jeunes - 43 ans en moyenne. Souvent plongés dans le coma ils sont des poids inertes pour les soignantes. D'autres sont en phase de réveil, beaucoup plus toniques, bien que désorientés. Mais, les infirmières procèdent à une catégorisation indigène des patients dits « lourds » et des patients dits « légers » : les patients « lourds » sont généralement en phase de réveil, agités, désorientés (ils s'arrachent très souvent les perfusions), et pour lesquels de nombreux soins de nursings sont réalisés, soins très souvent répétitifs. Les patients « légers » sont ceux plongés dans le coma, totalement inertes, et qui ne viennent donc pas perturber le cours du travail tout au long de la journée. Le travail en réanimation est à dominante technique pour les deux catégories. Pour les infirmières, réaliser des gestes très pointus avec les infirmiers anesthésistes, ou les internes et/ou médecins. Pour les aides-soignantes, prendre en charge la stérilisation du matériel et instruments, d'où des connaissances et savoirs faire techniques très spécifiques, peu présents dans les services dits « traditionnels », donc ici très valorisés

Les aides-soignant-e-s apparaissent plus sollicité-e-s physiquement que les infirmier-e-s, car leur travail est très différencié : si les toilettes sont systématiquement faites en binôme infirmier-e aides-soignant-e, elles doivent décontaminer l'environnement du patient, ranger les palettes en produits pharmaceutiques et matériel paramédical. Elles gèrent également deux fois par semaine une partie de la stérilisation de tout le matériel de la réanimation, travail éprouvant physiquement. La préparation de la sortie des malades les conduit à prendre en charge le démontage de chacun des modules des seringues électriques, des respirateurs et des autres appareils. Elles sortent tout ce qui se trouve dans la chambre et procèdent à une décontamination du sol au plafond, tâches qui durent une heure environ dans des positions pénibles et/ou fatigantes.

Leurs collègues infirmières, quant à elles, sont physiquement exposées différemment : poids du patient lors des toilettes mais aussi au moment de l'entrée du patient dans le service qu'il faut passer du brancard au lit. L'organisation spatiale du travail prévoyant une salle de soins intégrée dans chaque box limite les déplacements mais accentue la station debout et les piétinements tout au long de la vacation.

Les aides-soignantes sont celles qui sont le plus exposées aux pénibilités physiques, les infirmières à une charge mentale forte : apprendre à reconnaître chacune des alarmes sonores, à les associer à des problèmes et à des sources bien spécifiques, le tout dans une ambiance bruyante (respirateurs, portes automatiques, voix humaines). Elles sont également très sollicitées par les médecins. La réanimation expose enfin le personnel soignant à la souffrance et à la mort (environ 25% de décès). Les infirmières s'efforcent de se protéger de cette violence, souffrance et mort, qu'elles soient jeunes et inexpérimentées ou plus anciennes en réanimation.

Le manque d'effectif ne fait guère l'objet de plaintes de la part des aides-soignantes - elles ont souvent connu d'autres unités de médecine interne et/ou gériatrique, ou maison de retraite aux conditions de travail plus éprouvantes - mais davantage de la part des infirmières.

1-1-2 Horaires de travail, mobilité

L'hôpital fonctionne principalement en continu et les horaires de travail des soignantes sont majoritairement décalés par rapport à la norme temporelle. C'est, avec la prépondérance du genre féminin, l'une des principales raisons de notre intérêt pour ce groupe professionnel : dans quelle mesure ces horaires de travail sont-ils perçus comme source potentielle, parmi d'autres de pénibilités, d'atteintes à la santé ? Ces horaires concernent ainsi la plupart des soignantes rencontrées dans tous les services, sauf au bloc opératoire, qui fonctionne presque uniquement en journée (principalement : 6h-14h, 8h-16h ; secondairement 12h30-20h30). Neuf travaillent donc en alternance matin-soir (6h-14h/12h30-20h30), cinq travaillent de nuit (20h-6h), une fait les « 12 heures », et sept travaillent en journée (Encadré page suivante).

On a vu plus haut que les soignantes se caractérisent également par la fréquence des dépassements horaires et de la non prise systématique du repos hebdomadaire de 48 heures consécutives. Toute notre enquête confirme par ailleurs l'acuité de la question du non respect des plannings horaires et des périodes de repos et de congé, assez systématiquement imputé au manque d'effectif par nos interlocutrices.

La mobilité en cours de vie professionnelle est, pour les soignantes, une modalité centrale, bien que largement informelle, de régulation des conditions de travail, des horaires de travail, et par voie de conséquence du vieillissement et de la santé au travail. On en prendra concrètement la mesure au fil de l'analyse des entretiens. Signalons d'emblée les données contextuelles qui suivent :

- Les possibilités réelles de promotion catégorielle en cours de carrière, tout particulièrement d'une catégorie à celle immédiatement supérieure, notamment d'aide-soignante à infirmière, et d'infirmière à infirmière spécialisée ;
- les possibilités de quitter l'hôpital en cours de carrière, pour le secteur privé, libéral, ou pour des activités de soin en horaire fixe dans le secteur public (PMI, système scolaire) ;
- et, avant tout, les possibilités de changer de service et/ou d'horaire en cours de carrière au sein même de l'APH, voire sur le site même de Montaigne. Des changements importants sont intervenus récemment et ont suscité de vives critiques au sujet du passage d'une « logique de l'ancienneté » à une « logique de compétence ». Les postes vacants sont affichés à la mutation, et les candidatures sont examinées indépendamment de leur ancienneté ⁷⁷.
- enfin, plusieurs interviewées mentionnent la difficulté de la mobilité au sein ou vers la fonction publique hospitalière en région PACA en milieu de carrière, puisque le coût relatif supérieur des « anciennes » amènerait les établissements à privilégier, pour des raisons économiques, des jeunes débutantes.

⁷⁷ Les agents qui souhaitent changer de poste déposent auprès de la Direction des Soins Infirmiers une fiche de demande de mutation. Elles y précisent leurs grade, service et horaire actuels (nuit/jour), les services et horaires (trois au plus), et les motivations de leur demande. Leur supérieur hiérarchique y indique son avis. Au moment de l'enquête, 182 dossiers, soit près de 10% de l'effectif du personnel non médical sur le site de Montaigne, sont enregistrés. Les aides-soignantes et aides-puéricultrices (n=68), et les agents de services (n=64) y sont nettement sur-représentés par rapport aux infirmières (n=50). La plupart des demandes semblent satisfaites dans un délai de quelques mois, les plus anciennes datant d'un an.

Quatre régimes horaires

Travailler en alternance matin – soir

Etre du matin implique de se lever très tôt et de connaître souvent des nuits écourtées, d'autant plus si l'on travaillait la veille l'après-midi : non réglementaire, ceci est largement pratiqué car c'est un moyen de bénéficier ultérieurement d'une demi-journée supplémentaire de repos. Nombreux sont également les arrangements informels autour des plannings pour négocier des matins ou des après-midi. Cette question d'horaires décalés et/ou imprévisibles se pose de manière plus cruciale encore quand les soignantes ont en charge des enfants qu'il faut faire garder, emmener ou récupérer à l'école. Ces horaires décalés et alternants révèlent au cours des entretiens plusieurs problèmes souvent clairement identifiés par les soignantes : troubles digestifs, prise de poids importante, grande fatigue, effet globalement pathogène du travail en horaires alternants

Travailler en horaires fixes

S'ils présentent a priori un avantage certain en matière d'organisation familiale et de préservation de sa santé, ce type d'horaires n'attire pas toutes les soignantes, particulièrement celles qui ont calqué leur mode de vie sur l'alternance et y voient davantage d'inconvénients pratiques : temps de trajets allongés en raison de la circulation, difficultés à récupérer, impossibilité de s'accorder du temps pour faire des activités sociales, sportives, culturelles, etc.

Travailler la nuit

Cela correspond souvent à un choix personnel : temps libéré, autonomie et ambiance dans le travail, compatibilité avec la gestion de la vie familiale, indemnité compensatrice.* Le travail de nuit est aussi parfois présenté comme moins éprouvant que le rythme matin-soir. Le corps humain a de nombreuses fonctions biologiques ou psychophysiologiques qui présentent une rythmicité sur 24h, « circadienne ». C'est-à-dire que les performances du corps humains ne sont pas les mêmes le jour que la nuit et que ces rythmes ne sont pas tous en phase. On n'effectue pas de la même manière un travail réalisé le jour ou la nuit de sorte que « si le travail oblige à mémoriser des informations, exercer de la force ou rester vigilant à des heures dites anormales, ces actes ne s'effectueront pas de façon aussi aisée, performante et protectrice pour la santé »** Ainsi, le travail de nuit exposerait les soignantes qui en ont fait le choix à une dégradation de la santé se traduisant par une altération du sommeil en durée et en qualité, par des pathologies digestives (ulcères, troubles intestinaux...), par des troubles nerveux (irritabilité, anxiété, inattention, ...) et peut conduire à se tenir en marge des relations sociales, familiales, amicales etc. Ces différents troubles apparaissent après un certain temps (environs 5 ans) et n'affectent pas de la même manière tout le monde (30 à 80% selon les symptômes et la situation de travail). Sur un plan physiologique, certaines personnes supporteront plus ou moins durablement le travail de nuit, alors que d'autres se verront dans l'obligation d'arrêter rapidement.

Travailler en 12 heures

A Montaigne, seul le service de Maternité et quelques infirmiers spécialisés en réanimation et anesthésie travaillent selon ce régime horaire. Mais face à une pénurie de personnel et à la concurrence des cliniques privées appliquant ce régime horaire, les 12h suscitent un intérêt accru de la part des directions et d'une partie du personnel soignant. Cette perspective semble diviser les soignantes, principalement entre jeunes infirmières, célibataires et sans charge familiale, et anciennes. Ainsi Chrystine Irion, qui a vécu le passage en 12h à la maternité a constaté une dégradation des conditions de travail et de l'ambiance dans les équipes de travail, sans pour autant résoudre le problème de pénurie de sages-femmes. On peut penser que ce régime est davantage supportable physiquement pour les jeunes. Danielle Idoine nous explique ainsi qu'elle a davantage de temps pour elle, faire du sport, se reposer, s'impliquer dans d'autres choses ses collègues infirmières. Enfin, cela permettrait de réduire la pénibilité du trajet et particulièrement des bouchons à certaines heures de la journée, de faire des économies d'essence et diminuer la pollution atmosphérique.

* La thèse C. Toupin (2008), conduite en ergonomie du travail de nuit en pneumologie, confirme ces caractéristiques tout en mettant à jour l'importance des adaptations de l'activité de travail spécifiques la nuit et des apprentissages qui les accompagnent.

** S. Volkoff, in dossier « Horaires décalés. Salariés à contretemps », revue *Santé et travail*, n°61, janvier 2008.

Soignantes : caractéristiques sociales et professionnelles

N°	Nom	In	prof	service	horaire	âge	SF	Prof.conjoint	Origine sociale	
									père	mère
1	H. Iria	P	I. Puercult.	Maternité (nurserie)	Nuit, 90%	50	Couple, 2 enf	AS	Petite fonction publique	
7	M. Imaz	P	I. Puercult	Maternité (nurserie)	Jour, Alt.	53	Seule		Cadre supérieur SNCF	
10	C. Irion	A	Sage-femme	Maternité (Gros. risq)	Jour, Fixe, 80%	44	Couple, 2 enf		Ouvrier	
115	M. Serne	P	Aux.Puercult.	Maternité (nurserie)	Jour, Alt.	56	Seule, 1 enf		Agriculteur	Agricultrice
19	E. Inaldi	P	IDE	HTCD	Nuit	53	Seule, 1 enf	veuve (gérant)	Ouvrier	
194	Y. Iroval	P	IDE	Urgences adultes	Nuit	53	Couple, sans	Cad santé retr.	Agriculteur	Agricultrice
195	S. Sivet	P	AS	Urgences adultes	Jour, Alt., 50%	30	Couple, 3 enf.		Ouvrier	
45	P. Irdan	P	IDE	Bloc	Jour, fixe	45	Couple, 1 enf.	AS	Ouvrier puis artisan	Employée admnistrative
49	J. Ifrome	P	IDE	Bloc	Jour, Fixe	32	Couple, 1 enf.	Chirurgien	Ingénieur	Enseignante sup.
51	C. Inal	P	IBODE	Bloc	Jour, Fixe	37	Seule, 1 enf		Petite fonction publique	Enseignante
54	N. Igem	P	IBODE	Bloc	Jour, Fixe	42	Couple, 2 enf	Infirmier	Artisan boulang.	Boulangère
47	S. Seba	P	AS	Bloc	Jour, Fixe	40	Couple, 3 enf.	Commerçant	Ouvrier qualifié	Agent de service
191	N. Sivel	A	AS	Réanimation	jour, altern, 80%	30	Couple, 1 enf.	Informaticien		
193	I. Igria	A	IDE	Réanimation	jour, altern.	50	Couple, 2			
90	C. Izoal	A	IDE	Réanimation	Nuit	52	Seule, sans			
202	D. Idoine	A	IADE	Réanimation	jour, 12 h.	46	Couple, 2		Enseignant	
70	P. Iraly	A	IDE	Hémato-Onco	Jour, fixe	50	Couple, sans		Ouvrier	Ass. Mat., femme de ménage
71	S. Ibert	A	IDE	Hémato-Onco	Nuit	51	Couple, sans		"Cheminot"	
82	I. Ilor	A	IDE	Gériatrie	Jour, Altern.	35	Couple, 1 enf.	Cadre supérieur		
190	P. Ines	A	IDE	Gériatrie	Jour, Alt.	41	Couple, 2 enf	Infirmier libéral	Fonction publique (préfecture)	Postière
87	D. Siler	P	AS	Gériatrie	Jour, Alt.	31	Couple, 1 enf.	Ouvr. Chauff.	Ouvrier	
204	E. Sabo	A	AS	Med interne	Jour, Alt.	40	Couple, 2 enf	Vétérinaire		

Soignantes : indicateurs-clef des questionnaires

N°	Nom	Santé	Fatig	Stress	Influ Phys	Influ Psy	Le + important	Profes Choisie ?	Rémunér.	Soutien social			Karasynt*
										Total	Sup.	Coll.	
Infirmières de nuit										/32	/16	/16	/24
1	H. Iria	5	8	2	Négative	Négative	revenu	oui	normal	27	11	16	11
19	E. Inaldi	10	5	5	Positive	Positive	revenu	oui	normal	27	12	15	9
194	Y. Iroval	6	8	9	Négative	Négative	revenu	non	plutôt mal	19	7	12	17
90	C. Izoal	7	8	6	Non	Non	se réaliser	oui	plutôt bien	24	8	16	11
71	S. Ibert	8	8	9	Non	Négative	utilité	oui	plutôt mal	21	9	12	12
Autres infirmières													
7	M. Imaz	5	8	6	Négative	Négative	se réaliser	non	normal	20	11	9	9
10	C. Irion	7	4	7	NSP	NSP	revenu	oui	plutôt mal	16	12	4	14
45	P. Irdan	8	10	10	Négative	Négative	revenu	oui	très mal	19	5	14	20
49	J. Ifrome	7	8	9	NSP	NSP	se réaliser	oui	plutôt mal	24	12	12	15
51	C. Inal	9	8	8	NSP	NSP	se réaliser	non	plutôt mal	29	16	13	12
54	N. Igem	5	8	8	Négative	NSP	revenu	non	plutôt mal	24	8	16	18
193	I. Igria	7	7	3	Négative	NSP	utilité	oui	plutôt mal	18	7	11	17
202	D. Idoine	8	7	7	Positive	Positive	rencontrer	oui	très mal	32	16	16	14
70	P. Iraly	7	7	9	Non	Non	utilité	oui	normal	22	9	13	13
82	I. Ilor	8	5	9	Négative	Négative	se réaliser	oui	plutôt mal	26	14	12	11
190	P. Ines	9	8	8	Non	Non	se réaliser	non	plutôt mal	24	12	12	12
Aides-soignantes													
115	M. Serne	5	6	6	Négative	Négative	rencontrer	oui	plutôt bien	25	10	15	9
195	S. Sivet	9	7	NR	NSP	Négative	sortir	oui	plutôt mal	24	12	12	11
47	S. Seba	5	10	10	Négative	Négative	se réaliser	non	plutôt mal	19	10	9	24
191	N. Sivel	9	8	5	NSP	Positive	se réaliser	oui	plutôt mal	16	4	12	18
87	D. Siler	9	7	7	Négative	Non	horaires	oui	plutôt mal	26	12	14	16
204	E.Sabo	8	8	7	Négative	Non	revenu	oui	plutôt mal	24	12	12	16
Moy		7,3	7,4	7,1						23,0	10,4	12,6	14,0

* Rappel : la charge psychologique est d'autant mieux « compensée » par le soutien social et la latitude décisionnelle que l'indice Karasynt est faible.

1-2 L'hôpital, c'est la santé

On regroupe dans ce profil les deux soignantes qui déclarent dans leur questionnaire que leur travail influence positivement leur santé physique et psychique (E. Inaldi et D. Idoine), et celles qui disent qu'il n'a pas d'influence sur leur état de santé physique comme psychique (P. Iraly et P. Ines). On note que toutes sont des infirmières : aucune des six aides-soignantes interviewées n'est dans ce cas.

Toutes les quatre disent avoir choisi la profession d'infirmière, parfois – mais pas toujours – sur le mode vocationnel et entretiennent une relation fondamentalement positive à leur activité. Toutes ont connu un parcours professionnel diversifié et valorisant, les deux plus jeunes faisant état de projets d'évolution professionnelle... Toutes déclarent « faire attention à leur santé », « depuis toujours » ou « depuis un certain temps. »

Elvire Inaldi, 53 ans, travaille en horaires de nuit fixes dans l'unité des « hospitalisation de très courte durée » (HTCD) qui dépend des urgences. Elle fait partie de la minorité des infirmières qui relèvent du type C (« salarié(e) autonome, bien soutenu(e) et reconnu(e) ») selon notre AFC, et elle se trouve à distance de ses collègues dans le premier espace factoriel (au milieu de la moitié ouest). Tous les indicateurs issus de son questionnaire attestent d'une double évaluation positive de sa santé – avec 10/10, c'est elle qui attribue la meilleure note à son état de santé – et de son travail : elle déclare avoir choisi cette profession, mais se considère, comme la plupart de ses collègues « plutôt mal » rémunérée. Elle évalue son activité nettement moins fatigante (5/10) et stressante (5/10) que la plupart de ses collègues. Le « soutien social » dont elle bénéficie, tant de la part de ses supérieurs que de ses collègues, est plus élevé que la moyenne, et son indice Karasynth est un des plus favorables. Observées de plus près, la plupart de ses réponses au questionnaire vont dans le même sens. Elle est une des rares soignantes – elles ne sont que 8% des infirmières dans ce cas – à déclarer que ses conditions de travail se sont améliorées au cours des dernières années. Concernant les quelques problèmes de santé qu'elle signale - allergies, migraines, difficultés de vision, irritabilité - aucun n'est, selon elle, gênant pour le travail, et seules les difficultés de vision lui semblent « provoquées ou aggravées par le travail ». Elle n'a pas été malade au cours des deux dernières années, signale une maladie liée à son travail – non reconnue comme telle - mais qui n'a pas laissé de séquelles, et un seul type de situation professionnelle ayant eu par le passé des effets néfastes sur sa santé, (« exposition à des produits ou environnements dangereux ou malsains »). Elle déclare faire attention à sa santé « depuis toujours » et ne pas consulter fréquemment de médecin. C'est dans son parcours social et professionnel (elle est passée d'AS à IDE, et d'un service particulièrement pénible à d'autres qui le sont nettement moins), dans sa capacité à bien supporter depuis une vingtaine d'années le rythme de vie lié au travail de nuit, et dans les bonnes conditions de son travail dans ce petit service situé en seconde ligne de l'accueil des urgences, que l'on va trouver les clefs de ce vécu positif des rapports travail/santé. On y ajoutera une quatrième dimension, sans doute plus personnelle et plus difficile à « sociologiser » : son monde professionnel l'a aidée à supporter deux épreuves difficiles : un divorce, lorsqu'elle était encore jeune, mais sur les conditions desquelles elle ne s'étend pas ; et surtout la mort récente et brutale de son second compagnon. Or, c'est la même personne qui s'affiche en parfaite santé et qui fait

Portrait 1. « L'hôpital, c'est la vie »

Le matin où je rencontre Elvire, elle vient de terminer une nuit de travail qui n'était pas prévue dans son « planning ». C'est qu'elle fait volontiers des remplacements en cas de besoin pour améliorer ses ressources, depuis qu'elle s'est retrouvée seule, suite au décès brutal de son mari, il y a un an. Pourtant elle me semble particulièrement « fraîche et dispose », signe qui ne trompe pas. Elle fait partie de ces soignantes de nuit qui supportent très bien ce rythme de vie, depuis 20 ans quant à elle : « je ne fais jamais d'insomnie, j'ai une chance terrible, de pouvoir ne dormir que peu ».

Voilà comment elle commente son évaluation positive de l'influence du travail sur sa santé physique comme psychique :

« Pour moi c'est l'école de ma vie...Parce que, d'abord je le vis pleinement, je m'investis, je pense que je m'investis, et la rencontre avec les gens, avec les médecins, avec les équipes, avec tout ça pour moi c'est d'une richesse extraordinaire...et je crois que dans la vie j'ai beaucoup appris à l'hôpital, mais quand je dis « appris », c'est « appris » dans tout le sens large du terme : dans les relations, dans les affrontements, dans les... dans tout (...) ça a des répercussions positives et sur ma santé physique comme psychique... Dans mes réactions dans la vie, dans ma réflexion sur la vie, mon passé professionnel, on va dire, s'enrichit de ce que je vis, parce que c'est la vie, on a affaire aux humains, on est dans la vie, on est au cœur de la vie (...) j'ai tout appris ici ».

Elvire travaille depuis une dizaine d'années au service des « HTCD » où elle fait partie de l'équipe de nuit : petite équipe – deux infirmières et une AS - , petit service, de 15 lits seulement, dont 4 réservés aux cas psychiatriques. Elle y apprécie la solidarité et la bonne ambiance entre soignantes. Elle insiste sur la grande autonomie, la forte implication et les responsabilités étendues de l'équipe des soignantes de nuit, l'encadrement se faisant beaucoup plus discret la nuit que le jour, même si elle apparaît plus réservée dans l'entretien que dans le questionnaire quand au rôle de certaines supérieures hiérarchiques. Et elle peut apprécier d'autant plus ses conditions de travail que ce service, bien que rattaché aux Urgences, s'en distingue selon elle radicalement : « je ne pourrais pas travailler aux urgences » précise-telle d'ailleurs. Et sa hantise est de se voir contrainte de travailler de temps à autre dans d'autres services, dans le cadre d'un développement de la polyvalence associé à la mise en place des « pôles d'activité », polyvalence contre laquelle l'équipe de nuit a réussi collectivement à s'opposer.

C'est donc dans une trajectoire sociale et professionnelle promotionnelle que l'on peut d'abord rechercher les clefs de cette construction positive du rapport travail/santé. Elvire est issue du monde ouvrier : son père était chaudronnier – elle précise qu'il a commencé à travailler à l'âge de 14 ans et qu'il est victime de l'amiante – et sa mère au foyer. Elle débute sa carrière comme aide-soignante dans un des services sans doute les plus difficiles, mais elle se passionne d'emblée pour son métier. Il s'agit en effet du service des « grands brûlés », où toutes les soignantes travaillent en « quatre quarts » : une semaine de nuit, une semaine de matin, une semaine d'après-midi, une semaine de repos. Elle y reste cinq ans, jusqu'au jour où « on a commencé à recevoir des enfants ».⁷⁸ Comment tient-on dans un tel service ? Grâce, selon Elvire, à la fois à la qualité de la solidarité au sein de l'équipe, et à la perspective – de droit à l'époque, elle y insiste – d'être mutée au terme de deux années d'ancienneté dans un autre service.

« Je suis partie quand on a commencé à recevoir des enfants. Une gamine de 8 ans. Là je n'ai plus pu supporter. Avant, ils étaient reçus à Nord, mais quand ils étaient débordés, on les recevait... Et alors, pour moi, ça a été le calvaire. J'ai été impuissante et j'arrivais pas à gérer ça. Quand je donnais à manger à la gamine, je m'en rappelle encore, je pleurais. Quand j'entendais les gémissements ça me dépassait... Avec une adulte je me sentais plus dans une relation que je pouvais établir. Avec un enfant j'arrivais plus du tout, ça m'était trop pénible, j'arrivais plus à le supporter ».

⁷⁸ P. Molinier (2008) prend le cas exemplaire de la pédiatrie comme activité soignante mettant le plus à l'épreuve la question de la « distanciation affective ».

Elvire travaille encore quatre années comme aide-soignante. Quelques mois en maternité où elle ne fait « que des toilettes et des soins de seins » et « s'ennuie à mourir », puis trois années dans divers services - cardiologie, endocrinologie, chirurgie de la main – où elle a du mal à trouver autant d'intérêt qu'aux « grands brûlés ». Elle décide donc de faire l'Ecole d'infirmières : « Aux grands brûlés, on travaille en binôme complet avec l'infirmière, l'infirmière m'a toujours plu... C'était passionnant. C'était totalement passionnant (...) Mon travail d'AS m'a beaucoup apporté, mais il a fallu que je passe à autre chose après ». A la suite de cette formation, et comme elle vient de divorcer et qu'elle doit désormais s'assumer seule, c'est pour améliorer ses ressources qu'elle demande un poste de nuit. Son deuxième souhait est de retourner travailler dans la maternité, située à proximité de son domicile. « Cadeau du ciel », ces deux vœux seront comblés, et elle sera pendant douze ans infirmière de nuit en gynécologie. « Ce qui était passionnant la nuit c'est qu'on assurait le bloc la nuit.... Donc c'était quand même bien vivant quoi ». Par ailleurs elle s'adapte bien mieux à cet horaire de nuit fixe qu'aux « quarts », au point qu'il lui arrive d'enchaîner deux nuits sans période de sommeil entre les deux...

En 1996, c'est la fermeture de la maternité et la mutation du personnel vers les autres sites qui conduisent Elvire vers le service des « HTCD » de l'hôpital public qui reste le plus proche de son domicile. « Ma priorité était de rester de nuit. Et ce nouveau service, ça m'a passionné ». Ce sera probablement le dernier. Agée de 53 ans, elle ne désire aucunement changer de poste, et n'envisage ni une spécialisation – elle apprécie au contraire la polyvalence de l'activité aux urgences - , ni un passage vers l'encadrement – « ils sont obligés de rentrer dans le moule, ils ne peuvent prendre aucune initiative ». Elle sait qu'elle devra attendre l'âge de 58 ans pour avoir droit à une retraite à taux plein, mais c'est pour elle un âge normal et elle ne compte pas anticiper sa cessation d'activité. Ce qui ne veut pas dire qu'elle appréhende cette échéance : elle envisage d'y commencer de nouvelles activités bénévoles, en orthophonie, et de voyager, pour enfin découvrir la France. Elle justifie son appréciation positive de l'évolution de ses conditions de travail par la réduction à 32 h 30 de la semaine de travail des équipes de nuit : « déjà avec les 32 heures 30 on a un repos supplémentaire par mois, moi j'ai connu des années où j'ai pas pu prendre plus de 3 ou 4 fériés dans l'année...Depuis qu'il y a les 35 heures, la surveillante nous donne toujours un repos 32, elle nous donne toujours un férié, ce qui nous fait toujours une « petite semaine » par mois...Moi, ça, j'ai jamais connu. Pour moi, c'est du pain béni.(...) Et quand on peut pas les prendre, on est payée en heures sup' ».

Sa principale préoccupation se focalise sur la menace d'une extension de la polyvalence, menace qui a conduit l'équipe à mener il y a quelques années une action collective couronnée de succès. Interrogée sur le sens du mot « stress », c'est à ces situations de « déplacement » qu'elle l'associe : « Par exemple, le stress moi je le vis quand par exemple on me déplace et qu'on me met dans un service... On m'avait mis aux urgences, là je suis quelque part un peu stressée, parce que j'ai l'impression que je vais pas être à la hauteur, que je vais pas arriver à gérer (...) Ça m'est arrivé quelques fois, bon ça c'est bien passé, j'étais contente après ma nuit, mais pas au début...Quand on me déplace dans un service où je connais personne, je connais pas le service, je sais pas où est le matériel c'est vrai que ça, ça me met en difficulté, c'est obligé que ça nous mette en difficulté et ça les cadres ils s'en foutent, on doit se débrouiller. Mais là, si il m'arrive une tuile, je dois me débrouiller, on ne m'épargnera pas ».

Le drame personnel qu'elle vient de vivre, la mort brutale de son compagnon, semble avoir révélé un peu plus à ses yeux l'importance de son travail dans sa vie : « Suite à ce décès , je sais que l'équilibre que j'ai... je me rends compte que je peux être autonome et indépendante, et ça pour moi c'est très important (...) J'ai repris mon travail trois semaines après le décès de mon compagnon (...) Ici il y a eu une solidarité autour de moi énorme (...) quand je suis à mon travail je suis bien parce que je retombe dans une structure saine, équilibrée, des valeurs sûres quoi ».

Interrogée sur le sens de sa note (10/10) à son état de santé - *finalement vous vous sentez aussi en forme aujourd'hui qu'à 20 ans ?* Elle répond : « Oui, quelque part oui, je vois que j'arrive bien à gérer ma fatigue, je sais qu'il faut que je m'accorde du temps de repos, c'est-à-dire qu'il faut que je dorme...je connais mes limites, donc je me gère bien par rapport à ça, je crois, je vois les filles qui arrivent le matin, je me dis je suis pas plus fatiguée qu'elles ». Savoir s'économiser, telle est donc la dernière recette d'un tel vécu positif de la relation travail santé chez une soignante de plus de 50 ans...

état de son passage, il y a peu de temps, par un « trou noir » au cours duquel elle a failli mettre fin à ses jours. Cet épisode a donc probablement révélé un peu plus à ses yeux le caractère vital de son travail. Comment mieux exprimer que par ce portrait notre troisième modèle d'intelligibilité des relations travail/santé, celui où la sphère professionnelle fonctionne comme révélatrice d'enjeux de santé qui la précèdent ou la débordent ?

Avec E. Inaldi nous avons sans doute un cas exemplaire de la sélection des travailleurs de nuit pas la santé. On en verra un peu plus loin, avec H. Iria, un contre-exemple : on peut travailler de longue date de nuit et manifester des difficultés de santé, et par ailleurs les vivre comme au moins partiellement liées à cet horaire.

Danielle Idoine, infirmière spécialisée en anesthésie-réanimation, âgée de 47 ans, est la seconde de nos vingt-deux soignantes qui a déclaré une influence positive de son travail à la fois sur sa santé physique et sur sa santé psychique. Elle fait partie du même type « C » dégagé par l'AFC et on la trouve également dans la moitié Ouest du graphique, où elle est même plus au Nord, c'est-à-dire vers le haut de l'axe 2 du plan factoriel (indicatif d'une bonne latitude décisionnelle, un fort soutien social et de diverses autres appréciations positives du travail). Elle occupe un poste de « major de soins » - elle remplace la surveillante en cas de besoin – au service de réanimation, selon un horaire en journées fixes de 12 heures. Elle intervient également comme formatrice dans les écoles de soins infirmiers. Elle se rapproche d'E. Inaldi par une évaluation positive de sa santé (8/10), le choix de la profession, et un excellent « soutien social » ; elle s'en éloigne quelque peu au plan du jugement, plus sévère, porté sur le caractère fatigant et stressant du travail (7/10), sur le salaire, puisqu'elle se juge « très mal » payée, et sur les conditions de travail, dont elle pense qu'elles se sont dégradées.

Portrait 2. « Le travail c'est la santé et vice versa »

Comme E. Inaldi, D. Idoine peut être considérée comme étant à la fois en promotion sociale et en parcours professionnel ascendant. Sa mère était également au foyer, son père exerçait le métier d'enseignant. Quant à Danielle, elle a épousé un médecin spécialisé dans le même domaine, l'anesthésie-réanimation. Elle choisit de débiter dans le secteur privé : elle rejette alors la « pression hiérarchique » et « la façon très inhumaine de gérer » qui caractérise selon elle le CHU qu'elle a connu lors de sa formation. Elle devient rapidement « faisant fonction » de surveillante dans le service de réanimation d'une clinique et se forme comme IADE après sept années d'expérience. Elle rejoint alors le service public, car « on n'y parlait pas argent ». Voilà donc 17 ans qu'elle y exerce comme « major de soins », fonction qu'elle décrit comme composée essentiellement de management d'une équipe de 25-30 personnes - dimension administrative exclue – et d'accueil des familles, souvent « en détresse » dans ce service où un patient sur quatre décède. Ces dernières années, bénéficiant d'un régime horaire de 12 heures qui lui convient parfaitement, elle a mis à profit son temps libéré pour effectuer parallèlement à son travail un « parcours universitaire » en sciences de l'éducation qui l'a conduite à un DESS en « management de la santé ».

C'est dans ce cadre que Danielle prend l'initiative, appuyée par la Direction des Soins Infirmiers, d'une étude sur l'épuisement professionnel dans le CHU où elle travaille. Elle aimerait voir reconnaître ses nouvelles compétences par l'institution, en trouvant un poste qui lui permette de se consacrer à la santé des soignantes. Un tel projet est à ses yeux bien mieux inscrit dans sa « recherche de sens » que la perspective de devenir cadre, qui risquerait soit de l'enfermer dans le même type d'activité que celle qu'elle pratique depuis 17 ans, soit de l'orienter vers l'encadrement du bloc opératoire, ce qu'elle ne veut pas. « Alors j'aimerais me reconvertir mais je ne sais pas encore comment et puis je ne suis pas pressée parce que j'ai des horaires qui m'arrangent bien, et je ne suis pas pressée, je ne veux pas fuir, je veux prendre mon temps, et après je crois

énormément au destin, et je me dis qu'il y a quelque chose qui va tomber. Je ne sais pas ce que je vais faire dans les 15 ans, mais ce que j'aimerais c'est m'occuper des soignants ; si je ne peux pas le faire, je continuerai à faire de la formation etc. et après la retraite, je suis en plein projet, j'ai presque des fois hâte d'y être. On est en train, avec mon mari, d'acheter une petite maison en Afrique du nord et on est en plein projet, on a acheté un terrain, et on va partir s'installer là-bas (...) m'occuper de plein de choses, toujours m'occuper des gens, des autres. Dans le village où on a acheté le terrain, je pensais m'intégrer dans un dispensaire, ça dépendra de l'état de santé que j'aurai, car dans 15 ans je ne sais pas comment je serai. Nous on aime bien la mer, marcher, visiter le pays »

Bien que travaillant dans un service très technique, c'est l'aspect relationnel qu'elle met en avant comme motivation centrale de son travail : relations aux patients, bien moins nombreux que dans d'autres services ; relation aux familles et à leurs histoires surtout. « Vraiment reconnue » par ses pairs et par l'encadrement médical et infirmier, seule « l'institution » hospitalière est coupable à ses yeux sur ce plan. Partisane déterminée des « 12 heures », elle rejette l'argument d'une baisse de l'efficacité après 8 heures de travail, et insiste sur le temps libéré : « ce qu'ils ne comprennent pas [les opposants à cet horaire] c'est qu'ils viennent moins... Et ça me permet de faire des tas de choses en dehors. Je fais du sport, j'ai pu faire la fac. »

Danielle nous explique qu'elle a appris à gérer sa fatigue et son stress. La première, qu'elle décrit comme « un repli sur soi dans le sens d'un manque d'énergie qui fait qu'on n'a plus la force de se tourner vers l'autre », en « prenant une journée », sans culpabiliser comme lorsqu'elle était plus jeune. Le second « en prenant du recul », notamment par la pratique de la gymnastique et des formations qu'elle a suivies, quand elle affronte un stress dû à « un conflit de valeurs » ; et en envisageant les « situations stressantes » provoquées par la détresse des familles comme un « stress constructeur ». Un peu plus loin elle parle de « stress positif, constructif », celui du « fait de se sentir utile... du changement, des choses qui bougent ». C'est ainsi qu'elle dit souffrir moins de lombalgies que quand elle était jeune infirmière, à l'époque où elle était « beaucoup moins zen que maintenant ».

Pour Danielle, santé et satisfaction au travail sont une seule et même chose, et il est difficile de ne pas rappeler que sa mère était femme au foyer quand cette infirmière conclut cette déclaration en s'opposant à cette image repoussoir : « [Le lien travail/santé] représente pour moi la recherche de sens, trouver dans le travail un accomplissement personnel qui prenne en charge ma personnalité et qui ne la dévoie pas. ... J'ai l'impression vraiment que je suis la même personne dans la vie et au travail... c'est être bien dans sa tête autant au travail qu'à la maison. C'est avoir plaisir de travailler le matin, d'y aller et être contente d'aller travailler le matin sachant qu'il y a des jours où on est moins en forme que d'autres, et savoir l'accepter. Surtout dans nos métiers, c'est-à-dire savoir travailler dans l'humilité sachant qu'on n'est pas toujours au top, heureusement d'ailleurs, qu'on est humain, ça fait partie de mes grands principes. Il y a des jours où j'arrive et je dis « je n'ai pas envie de travailler » mais je le dis avec un grand sourire en sachant que je vais quand même faire les choses, en sachant que je ne serai pas au top. Mais je ferai. Et il y a des jours, je donnerai plus que d'habitude, car je suis bien dans ma tête, dans ma peau, et il y a des jours où on est fatigué pour plein de raisons, familiales etc. ... Pour moi le travail c'est la santé et vice versa. C'est un pilier important de ma vie, car quand j'ai été en maternité, j'étais très contente de reprendre le boulot, j'avais besoin de reprendre ce boulot. Je n'aurais pas pu rester femme au foyer. Je ne me verrais pas toute la journée à la maison en train de faire le ménage, pour moi c'est inimaginable, même si je n'en ai pas besoin socialement. Je ne pourrais pas imaginer rester à la maison, autant les jours où je suis en repos je suis contente d'être là parce que je fais plein de trucs, mais être à la maison tout le temps je ne pourrais pas. »

Le seul « point faible » de sa santé concédé par Danielle – son « talon d'Achille » va-t-elle jusqu'à dire – réside dans les troubles digestifs, qu'elle re-qualifie immédiatement comme « avertisseurs », lui signalant qu'il faut qu'elle fasse attention... Même les douleurs articulaires qu'elle dit connaître depuis « très longtemps » étant acceptées volontiers ne lui « posent aucun problème »...

Les quelques ennuis de santé qu'elle signale – difficultés de récupération, troubles digestifs, troubles de la mémoire, irritabilité, découragement – ne sont pas reliés au travail. Elle déclare faire attention depuis toujours à sa santé, ne pas consulter régulièrement un médecin, ne pas avoir été malade ces deux dernières années. Elle ne signale qu'un accident du travail – un « Accident d'Exposition au Sang » - ayant donné lieu à déclaration, mais pas à un arrêt de travail et n'ayant laissé aucune séquelle. Et elle n'a pas répondu à la question sur les situations professionnelles antérieures ayant pu avoir des effets néfastes sur sa santé.

Comme pour E. Inaldi, on peut mettre en avant le rôle d'un parcours social et promotionnel ascendant – en particulier par rapport à leur mère, épouse au foyer dans les deux cas -, doublé ici de nombreux projets d'avenir, dans la construction positive de la santé au travail de Danielle. On retrouve également chez elle le rôle de la reconnaissance par les pairs et les supérieurs, ainsi qu'un rapport très positif au régime horaire pratiqué – ici les « 12 heures », là les nuits fixes - vécu comme choisi en fonction de logique existentielle extra-professionnelle, tout en étant perçu comme compatible avec la santé. Tout se passe comme si les progrès perçus sur le plan des horaires et sur le plan du contenu de l'activité professionnelle et de sa reconnaissance au sein du collectif de travail, se traduisaient par une construction positive du lien perçu travail/santé.

Priscia Ines, 42 ans, travaillait en journées alternées au service de gériatrie au moment de notre enquête par questionnaire. Quand nous l'interviewons, deux mois plus tard, elle est devenue... infirmière libérale. Elle est l'une des deux seules infirmières interviewées dont les réponses au questionnaire la situent dans le type « B » (« exécutant peu sollicité et en retrait ») construit par notre AFC. On la trouve dans la partie Ouest du graphique, mais vers le bas (Sud-Ouest), traduisant ses réponses défavorables au plan de la latitude décisionnelle, du soutien social et de la satisfaction au travail. Sans aller jusqu'à la déclarer positive, elle a répondu dans le questionnaire que l'influence du travail sur sa santé n'existait pas, qu'il s'agisse du volet physique ou du volet psychique. De ce point de vue ses réponses sont caractéristiques des salariés relevant de ce type « B ». Elle attribue l'une de meilleures notes à son état de santé (9/10). Il est vrai que d'autres réponses à son questionnaire s'écartent de celles d'E. Inaldi : avec des notes de 8/10, elle y juge nettement plus sévèrement le caractère « fatigant » et « stressant » de son travail, elle y précise qu'elle n'a pas choisi cette profession, déclare un « soutien social » inférieur (24/32, à proximité de la moyenne des 22 soignantes). Elle se considère « plutôt mal » payée, juge ses conditions de travail dégradées au cours des dernières années, et son indice « Karasynt » y apparaissait moins bon (12). Elle n'a pas été malade au cours des deux dernières années, n'a connu ni maladie ni accident liés au travail, n'a pas renseigné la question sur les « situations professionnelles ayant pu avoir des effets néfastes » sur sa santé. Elle affirme « faire attention à sa santé depuis toujours » et consulter fréquemment un médecin.

Un point qui la rapproche de l'infirmière précédente (Danielle Idoine) est l'expression d'une forte volonté d'évolution de carrière. Mais Priscia n'a pas connu une progression sociale et professionnelle aussi marquée que Danielle. Et pour elle, dès lors que l'hôpital n'a plus offert les perspectives d'évolution qu'elle souhaitait – devenir cadre et pouvoir, à terme, enseigner en Institut de Formation aux Soins Infirmiers -, et, surtout, a témoigné ainsi d'une non-reconnaissance de son fort engagement professionnel, sa décision est prise : c'est en dehors qu'elle poursuivra son évolution professionnelle, et sous statut libéral. On peut d'ailleurs se demander ce que fera également Danielle si l'hôpital tarde trop à donner satisfaction à ses aspirations professionnelles. Priscia, quant à elle, développe, comme Danielle, un discours très construit sur la manière dont elle parvient à protéger sa santé de son travail, santé conçue d'abord comme santé mentale : la pratique du sport, la coupure travail/vie privée, avec un « mur très épais entre les deux ». Pour elle

Portrait 3 : « La santé passe par le sport ».

P. Ines s'affiche comme une infirmière très déterminée, se présentant comme « très active et dynamique ».

Elle n'a pas connu un parcours social et professionnel aussi clairement ascendant que les deux précédents. Elle est fille d'un « fonctionnaire de la Préfecture », sa mère « travaillait aux PTT ». Elle a épousé un infirmier qui travaille en libéral depuis une douzaine d'années. Et elle n'a pas changé de catégorie professionnelle au sein de l'hôpital puisqu'elle y était toujours, le mois dernier, IDE au service de gériatrie. Comme on l'indique par ailleurs, certaines des réponses à son questionnaire laissaient entrevoir une certaine insatisfaction professionnelle.

Priscia confirme en entretien qu'elle n'avait pas vraiment choisi la profession d'infirmière : elle aurait aimé devenir « comédienne de théâtre ». Mais, comme chez plusieurs de ses collègues, l'influence maternelle s'est faite sentir lorsqu'il s'est agi de choisir une filière de formation : « j'ai su en questionnant ma maman que lors de ses études elle avait demandé de faire l'école d'infirmières à ma grand-mère qui a refusé, disant que c'est un métier pas bien. Donc ma mère s'est retournée vers un métier plus plan-plan, fonctionnaire. Mais je l'ai appris 20 ans après, donc inconsciemment elle m'a transmis son envie ». Avec son diplôme d'infirmière en poche, elle travaille quelques mois en clinique privée avant de rejoindre l'hôpital public, auquel elle sera fidèle pendant les 20 années qui suivent.

Tout son parcours professionnel est ensuite dominé par la recherche d'une optimisation de ses temporalités de vie, même si le désir de « voir autre chose » et le refus de « l'ennui » vont également jouer leur rôle. Six séquences principales se dégagent. Quatre années en neurochirurgie dans un premier hôpital. La naissance d'un premier enfant et l'éloignement de ce premier lieu de travail par rapport à son domicile l'amènent ensuite à demander une mutation pour l'hôpital Montaigne, où elle travaille pendant quatre ans au service de chirurgie digestive. Elle passe un certificat de « stomatologie ». C'est sa demande de passage à temps partiel (80%) qui la conduit à travailler d'abord en ORL pendant les six années suivantes, puis, pour « voir autre chose » et bénéficier d'un meilleur respect du planning horaire, au sein du « pool de suppléance » des journées RTT pendant deux ans. Son expérience hospitalière se termine par une dernière séquence de dix-huit mois au sein du service de gériatrie, cette fois à temps plein. Dans ce service, où les infirmières sont jeunes, elle fait déjà figure d'ancienne et remplace souvent la surveillante. Les enfants ont grandi et elle souhaite préparer le concours de cadre de santé avec le soutien de l'hôpital pour devenir, à terme, formatrice en école d'infirmières. Après avoir essuyé trois refus, elle décide de partir s'installer en libéral. Elle espère bien, en associant d'autres infirmières au cabinet et en prenant appui sur sa spécialisation en stomatologie, décider elle-même de ses horaires de travail.

Revenant sur les horaires de travail qu'elle a connus, elle affirme sa préférence pour l'alternance matin-soir sur la « journée » (8h-16h), signe d'une bonne capacité d'adaptation aux changements de rythme. Non seulement les « journées » sont imposées aux soignantes au dernier moment pour cause d'absences, mais elles limitent drastiquement le temps pour ses enfants et pour soi. « Moi j'aimais bien autant le matin que l'après-midi. L'après-midi ça me permettait de dormir le matin c'était trop bien, et du matin ça me permettait de faire plein de choses l'après-midi entre autre, la piscine, l'aquagym. Je trouvais toujours mon compte. La journée c'était mon cauchemar parce que c'était très long et on faisait autant le travail du matin et de l'après-midi. Et en plus il y avait les embouteillages. Ça me faisait partir à 7h 7-10 sinon je n'arrivais pas à l'heure, et 16h c'est pareil, c'était le retour. Et puis 8h-16h, pour moi la journée était gâchée. Parce qu'à l'époque aussi les enfants étaient un peu plus petits, c'était une journée trop éprouvante. Et puis le matin ça me permettait jusqu'à 16h de pouvoir me faire un petit break dans le calme, avant les enfants. Et quand j'étais d'après-midi, je faisais mes courses et mon sport avant d'aller travailler. Les horaires ne m'ont jamais dérangée, même les week-ends ».

Les relations de travail, notamment avec les jeunes générations d'infirmières, avec l'encadrement et avec les médecins, n'ont pas toujours été non plus très harmonieuses. Priscia est une de celles qui stigmatisent « cette génération qui n'a aucun sens de la solidarité », ce dont témoigne à ses yeux le manque de réciprocité dont elle fait preuve quant il s'agit d'être disponible pour « jongler

avec les plannings. ». La non-reconnaissance de son engagement professionnel et l'injustice que représente à ses yeux le refus de sa demande de préparation du concours de cadre sont dénoncées avec véhémence. « J'ai trouvé ça injuste parce que ça faisait 3 ans que j'essayais d'avoir cette préparation, que je n'avais jamais obtenue, et je considérais qu'avec tout le parcours et tout l'investissement que j'ai eu, je méritais d'avoir cette préparation [...] Alors, il y a l'administration et les cadres supérieurs, et il y a aussi une non reconnaissance médicale. C'est terrible. Lorsque j'ai effectué en 97 un certificat de stomathérapie, c'est la spécialité que j'exerce actuellement en libéral, quand je suis revenue de ma semaine, on m'a dit « quoi, tu as perdu ton temps pour faire ça ? Mais on n'en a pas besoin ». (...) Et c'est un médecin qui me l'a dit. Ils reconnaissent à peine les stomathérapeutes diplômés. C'est parfois même dévalorisé (...) Et les cadres c'est pareil. Je ne sais pas ce qu'ils font à l'école des cadres, mais j'ai l'impression qu'ils apprennent à manipuler les gens, à se servir des gens et à les mettre dans une poubelle quand ils ne sont plus utiles. Mais c'est un manque de reconnaissance, car on ne cherche pas à vous retenir malgré des éloges faits au moment des évaluations. A aucun moment ma cadre supérieure ne m'a convoquée, mais à aucun moment elle m'a dit « Priscia, qu'est-ce qui vous arrive pourquoi vous voulez partir ? ». Ça ne l'a pas du tout intéressée. Bon, après, elle est en admiration devant la jeune génération. Il faut savoir que pendant deux ans et demi elle a dit devant tout le monde « regardez la vieille, vous avez vu la vieille infirmière ? ». Je ne lui ai pas répondu. Pour moi, elle m'a manqué de respect. »

Pour Priscia la « fatigue » c'est d'abord la « fatigue nerveuse », cet état qui la conduit à se murer dans le silence, à se contenir plutôt qu'à prononcer des paroles qui dépassent sa pensée, voire à prendre un jour de repos... mais qui ne conduit jamais à la « dépression ». Pour elle « c'est hors de question, je préfère m'arrêter, me reposer... de toute façon pour moi ça ne sert à rien ... A un moment donné il faut dire « stop » ». Le stress ? « C'est quand je n'ai pas confiance en moi, que je suis dans une situation que je n'ai jamais rencontrée, et que je sais que c'est très important et je ne sais pas si je vais arriver au bout de l'objectif, et là je suis stressée. Mais dès que j'arrive à me ressaisir, hop je retrouve ma sérénité. Je suis stressée par rapport à des situations délicates toujours par rapport au patient. Et c'est d'autant plus fort que je sais que je ne sais pas le faire, et que je ne sais pas à qui demander ».

Quant à la santé, elle refuse de distinguer santé mentale et santé physique, tout en mettant au premier plan la santé mentale : « Il y a deux parties dans la santé pour moi. Il y a la santé mentale et il y a la santé physique. Et il est sûr qu'une bonne santé mentale, favorise une bonne santé physique, c'est-à-dire que si on a une bonne santé mentale et qu'on a des petits problèmes physiques ça se résout très vite. On peut avoir une bonne santé physique et une mauvaise santé mentale, ça se résout beaucoup plus difficilement. Donc, pour moi, la bonne santé mentale, c'est primordial. Et elle passe souvent par des remises en question constantes. C'est mon avis, il faut savoir ce qu'on veut. Si on fait toujours le sacrifice de... si on vit toujours par rapport à quelqu'un ou à quelque chose, on ne vit pas comme on veut (...) Je pense que le travail est un moteur de la santé. Mais attention, quand on part à la retraite, ce n'est pas une finalité le travail dans une vie. C'est un moteur ».

Et c'est « un bon environnement » qui permet cette bonne santé mentale. Après avoir cité, « la famille », « l'entourage », « un environnement social riche », « des amis », il faut les relances de l'intervieweuse pour qu'elle évoque le rôle du travail dans cet « environnement ». Elle explique alors combien une expérience de maladie l'a conduite à vivre un isolement douloureux par rapport au milieu professionnel. Il est vrai que cet épisode de maladie n'est pas anodin, il faisait suite à une intervention pour grossesses extra utérine.

« Moi personnellement, notre travail est riche en liens, on rencontre beaucoup de gens, on ne parle pas devant l'ordinateur, on n'est pas tout seul, on n'est pas isolé, logiquement on se parle entre nous. Alors que dans d'autres entreprises, les gens sont devant l'ordinateur et on ne parle pas à ses collègues, ni à droite ni à gauche, et je pense que l'isolement ce n'est pas un très bon facteur dans le travail (...) j'ai senti cet isolement lorsque j'ai attaqué le service du pool, mais comme ont dit mes copines, je suis une personne avenante, je n'ai pas trop de problèmes, mais quelque part ça m'avantageait de prendre du recul. (...) Il m'est arrivé malheureusement de tomber malade. Dans ma santé, je ne me sentais bien, bien dans ma peau, bien dans mes baskets que lorsque je travaillais. Du moment que je suis en maladie, je suis malade, je suis isolée, et je ne suis pas bien, je suis encore plus malade. C'est en fait être utile, se sentir utile. Alors que quand je suis malade, je me sens complètement inutile, à la charge de tout le monde et ça il va falloir le travailler parce

qu'obligatoirement un jour ou l'autre il peut m'arriver de tomber malade et je l'accepte très mal la maladie. »

Comme beaucoup d'autres, Priscia met en avant la pratique du sport – 4 à 5 h. par semaine – et sa capacité à séparer « vie professionnelle et vie à la maison » comme ressources pour protéger sa santé de son travail. Ici, ce sont les ressorts d'une attitude « calme » et « professionnelle » d'une santé imperméable aux implications négatives éventuelles du travail.

« J'ai toujours fait du sport. Non. C'est peut-être un stress général où il me fallait faire du sport pour éviter de répondre à des agressions, réflexions, et donc pour répondre au mieux et éviter que la situation dégénère, en faisant du sport, je répondais de façon adéquate et j'évitais un conflit. Me connaissant, je peux me mettre dans des colères extrêmement violentes et ce n'est pas du tout professionnel, et donc je sais qu'en faisant du sport je suis beaucoup plus calme et je réponds de façon professionnelle. »

Vous déclarez que votre travail n'a pas d'influence sur votre santé psychique, mais peut-être en a-t-il eu par le passé ? « Non, parce que je fais la séparation entre ma vie professionnelle et ma vie à la maison. Il y a un mur très épais. Je ne parle jamais de mon travail à la maison et vice versa. Par exemple, une fois je suis revenue d'une maladie, j'étais un peu malade et je m'étais mise en maladie juste pour embêter parce que je n'ai pas eu ce que je voulais, et évidemment quand je suis revenue ils n'ont pas trop apprécié. Ils m'ont déçue, ils ne m'ont pas satisfaite donc je ne peux pas le laisser passer. Je leur ai fait confiance, j'ai eu des formations, je les ai obtenues, ils m'ont toujours satisfaits, et à un moment donné, j'avais vraiment besoin de ça, j'étais à un moment de ma carrière, de ma vie, à un âge où on passe à autre chose. Et ce passage, j'avais besoin qu'ils m'aident, qu'ils m'accompagnent dans ce changement, ils n'ont pas voulu, donc c'est fini. Stop point à la ligne ».

Dans ce dernier extrait Priscia passe de la « séparation » vie professionnelle/vie à la maison à la rupture totale. « C'est fini » nous dit-elle : elle a en effet pris congé de l'hôpital. Mais est-il certain que son nouveau statut professionnel d'infirmière libérale lui permette autant que celui de salariée de « séparer » le travail de sa vie ?

« le travail est un moteur de la santé », car c'est « se sentir utile, pas comme quand je suis malade ». On trouve enfin dans son entretien des éléments de dénégation ou de reconnaissance partielle d'influences négatives du travail sur la santé que l'on développera davantage à propos des soignantes « ambivalentes » : l'imputation d'ennuis de santé à des causes génétiques – elle signale une déficience thyroïdienne congénitale, mais « il est hors de question que ça se sache » - ou d'hygiène de vie – elle reconnaît fumer ; la reconnaissance que les douleurs lombaires qu'elle a connues jeune n'étaient pas seulement dues à ses grossesses mais à la manipulation physique des malades, ou que ses troubles digestifs sont liés à un rythme irrégulier d'alimentation, lui-même dû aux horaires changeants et au manque de temps pendant le travail.

Pierrette Iraly, 51 ans, travaille en « journées fixes » comme « infirmière coordinatrice » au service d'hémo-oncologie. On la trouve dans la partie Nord Ouest du plan factoriel, soit à droite de l'axe vertical, avec toutes ses collègues du type « A » (« Responsable à forte contribution mal reconnue et soutenue »). Mais c'est la plus proche des interviewé(e)s relevant du type C, ce qui indique que nombre de ses réponses au questionnaire sont plus nuancées. Elle a répondu exactement comme Priscia à la question de l'influence du travail sur sa santé : il n'influencerait ni sa santé physique, ni sa santé psychique. Ses évaluations de sa santé, du caractère fatigant et stressant du travail sont proches, à cette nuance près que Pierrette le juge encore plus stressant (9/10). Si son indice de soutien social est proche des quatre infirmières relevant de ce profil, c'est la moins positive concernant les supérieurs hiérarchiques. Son « Karasynt » est proche des trois précédentes. Comme Priscia elle juge que ses conditions de travail se sont dégradées. Par contre, elle déclare avoir choisi la profession et s'estime « normalement » payée. Elle n'a jamais eu d'accident du travail, ni de maladie professionnelle, n'a pas été

malade ces deux dernières années, se préoccupe de sa santé depuis une dizaine d'années en lien avec une hypothyroïdie, ne consulte pourtant pas fréquemment un médecin. Elle dit n'avoir jamais connu de situation professionnelle néfaste pour sa santé et ne considère gênant pour son travail, ni n'associe au travail aucun des cinq troubles de santé déclarés : allergies, migraines, troubles du sommeil, irritabilité, sentiment de découragement... Enfin, elle mentionne une « maladie, accident ou malformation grave ».

Pierrette est également en promotion sociale, du moins par rapport à sa mère, assistante maternelle puis femme de ménage, ainsi qu'en progression professionnelle, même si cette dernière est plus mesurée que celle d'Elvire ou de Danielle. Elle a aussi connu un parcours professionnel ascendant : elle a suivi une spécialisation en « entéro-stomatothérapie » et occupe un poste de « coordinatrice » dont elle fait une description très proche de celle de « major de soins », et elle est en attente d'une meilleure reconnaissance de ses compétences. L'amélioration de ses horaires de travail au fil de sa carrière est également notable. Reste qu'elle apprécie plus l'intérêt de sa nouvelle fonction que le nouvel horaire qui lui est associé : comme Priscia, elle préfère les « horaires décalés » à ces horaires en 8h.-16h. qui lui « bouffent la journée ». La satisfaction d'exercer le métier qu'elle a choisi sur un mode vocationnel et auquel elle a consacré l'essentiel de sa vie - elle s'est mise en couple très tardivement - domine dans cet entretien : « Il faut qu'il y ait de la joie et de la bonne humeur »... d'autant plus sans doute que l'on exerce dans un service difficile, à forte mortalité...

Portrait 4 : « Il faut qu'il y ait de la joie et de la bonne humeur »

Comment peut-on à la fois se décrire comme « très stressée », reconnaître que ses troubles du sommeil sont au moins en partie liés aux soucis professionnels, et nier toute influence du travail sur sa santé ?

Comme pour ses trois collègues précédentes, c'est dans la satisfaction professionnelle exprimée dans l'entretien et dans ses ressorts sociaux et subjectifs tels qu'elle nous les donne à voir que l'on peut trouver des éléments de réponse. Cette satisfaction s'exprime sans détour à la fin de l'entretien : « Dans ma carrière je pense que j'ai eu énormément de chance parce que j'ai travaillé avec une pathologie qui déjà me convenait, ça c'est très important d'avoir vu l'évolution en chirurgie digestive, parce que c'est énorme, et d'avoir rencontré des tas de gens intéressants. C'est d'avoir rendu le sourire de certaines personnes qui n'étaient pas bien, d'avoir fait des rencontres même au niveau de mes collègues de travail. Ce qui est bien aussi au niveau de l'hôpital, c'est qu'on rencontre des gens de tous bords et de tout horizon et je trouve ça intéressant. Et c'est surtout la satisfaction de voir repartir les gens heureux, pas tous parce que malheureusement... mais d'apporter quelque chose de positif. Jusqu'à présent je suis contente d'avoir eu cette carrière ».

C'est sans doute moins par rapport au père, devenu co-pilote d'avion, que par rapport à sa mère et à ses sœurs qu'il faut évaluer le parcours social de Pierrette. Elle apparaît alors clairement comme la plus qualifiée : sa mère faisait des ménages et ses sœurs sont aide-soignante, auxiliaire puéricultrice et coiffeuse. Pierrette va longtemps relever du profil que nous avons baptisé ailleurs « tout pour la profession »* : elle choisit le métier d'infirmière sur le mode de la vocation – « J'ai voulu être infirmière depuis toute petite, j'aime bien m'occuper des autres, et essayer de faire du bien aux gens, c'est bien » - et pourra s'y consacrer largement pendant les 25 ans où elle vivra seule et sans enfant. L'emploi de caissière qu'elle exerce quelques temps avant de commencer ses études d'infirmière reste encore aujourd'hui pour elle une référence quand il s'agit de relativiser la pénibilité du travail : « Avant de rentrer à l'école d'infirmière je travaillais, j'ai été caissière (...) je trouve que c'est fatigant. Ou comme j'ai dans ma famille des gens qui font les ménages à Fos où ils font du travail très difficile, ça c'est pour moi un travail très fatigant, usant etc. après le métier infirmier est usant parce qu'il faut être patient. Il faut avoir de l'empathie, enfin moi je le conçois comme ça. Je pense qu'à partir du moment où on travaille avec des gens qui sont malades, nous il faut qu'on soit au mieux ».

Son parcours professionnel se découpe en quatre séquences très inégales, toutes au sein de l'hôpital public. Il débute par une brève expérience du travail de nuit en chirurgie vasculaire, « parce que personne ne voulait aller de nuit ». « La nuit c'est intéressant, mais on vit un peu à l'envers des autres ». Suite à une demande de mutation, afin de « re-passer de jour et être plus proche de la maison », elle travaille ensuite pendant plus de 20 ans en journées alternées au service de « chirurgie digestive ». Elle y acquiert une « spécialité » en « entéro-stomathérapie ». Suit un court passage en « endoscopies digestives ». Enfin, depuis deux ans elle occupe un poste en journée fixe d'infirmière coordinatrice en hémato-oncologie – service qui compte 5 IDE, 2 AS et 1 ASH - en attendant la création d'un poste de surveillante qui lui permettrait de se consacrer quant à elle au « cheminement thérapeutique du patient ». Pour l'heure « je suis la relation entre les patients, les médecins, le personnel, les familles » ; « ça me plaît toujours mais c'est la façon dont on travaille qui est déplorable ».

« J'aime beaucoup ce que je fais mais c'est dommage qu'on nous le fasse faire comme ça ». Cette ambivalence est longuement développée par Pierrette : d'un côté, l'amour du métier et la reconnaissance, qui est d'abord la reconnaissance par les patients ; de l'autre « faire de plus en plus de choses avec de moins en moins de personnel » : « beaucoup de paperasserie », complexification technique de certains soins, ce qui est « très bien pour les patients » mais qui « pour nous demande beaucoup de travail », recul du travail collectif entre infirmières et AS ; dégradation de l'ambiance au sein du service du fait du manque d'effectif et des remplacements imposés ; exigences accrues et agressivité des malades.

Pierrette commente ainsi la note de 7/10 qu'elle a mise à sa santé : « Etre en bonne santé c'est ne pas être gêné par quelque chose qui ne fonctionne plus. Moi je me trouve plutôt en bonne santé. J'ai du surpoids mais je suis en bonne santé... Parce que je suis encore capable d'aller travailler, de me mobiliser, d'être autonome, de faire des choses que j'aime, de me disputer (rires). Etre en bonne santé c'est garder son intégrité ». Plus loin elle affirme « une mauvaise santé c'est ne plus pouvoir faire ce qu'on a l'habitude de faire ». Or ce n'est pas le cas des quelques soucis de santé qu'elle a – liés à la thyroïde, ou à son « stress » -, et ces derniers ne sont pas selon elle, fondamentalement imputables au travail. Les problèmes thyroïdiens « on ne sait pas de quoi ça vient », et le stress c'est « plutôt quelque chose qui me concerne moi ».

Evoquant la retraite, Pierrette ne se voit pas « rester à la maison sans rien faire ». Il lui faudra, comme à l'hôpital où « tous les jours on rencontre des gens nouveaux », voir des gens autres que ceux qu'on a l'habitude de voir, ne « pas rester inactive », ce qui passe par « des formations » afin de développer des activités quelles qu'elles soient : elle cite « faire des bouquets de fleurs », de la sophrologie, de la photo, de l'informatique, du bénévolat...

* P. Bouffartigue et J. Bouteiller, *Le temps de travail dans le temps de l'emploi*,

De ce premier profil de soignantes pour lesquelles « le travail c'est la santé », et/ou « le travail n'entame pas une bonne santé » retenons les dimensions récurrentes suivantes : le caractère promotionnel des parcours sociaux et professionnels ; la densité des projets professionnels et/ou existentiels, y compris à l'approche de l'âge de la retraite ; l'importance du « soutien social » et de la reconnaissance dans le travail ; plus largement la mise en avant de l'hôpital comme lieu d'enrichissement personnel au travers de la densité des rencontres avec des « personnes » différentes ;⁷⁹ une bonne adaptation aux horaires de travail... Il faudrait ajouter, du moins pour celles chez qui « le travail n'entame pas une bonne santé », une capacité à mettre le travail à distance de la vie personnelle, privée, familiale. Nous reviendrons sur cette question à propos des suivantes, comme des « ambivalentes ».

⁷⁹ Marc Loriol avance que la valorisation des rencontres avec des personnes différentes et l'enrichissement psychologique qu'elles permettent a remplacé, chez les soignantes, la religion comme sens du travail, ce qui expliquerait que dans 26 de ses 29 entretiens « le travail c'est la santé »...

1-3 Du stress au burn-out ?

On regroupe dans ce profil principalement les quatre infirmières qui ont déclaré une influence négative du travail sur la santé physique comme psychique. Si on les distingue des aides-soignantes qui sont dans ce cas, c'est que ces dernières mettent moins souvent en avant les dimensions de fatigue ou d'usure *psychique*, alors que les infirmières, même quand elles sont d'anciennes aides-soignantes, insistent sur les dimensions de *stress*, d'usure *mentale*, de souffrance *psychique*. Quitte à nous expliquer que les ennuis de santé physique découlent d'atteintes à la santé mentale, qu'il s'agit de troubles psychosomatiques. C'est en effet, comme l'a montré Marc Lorient, autour de ces catégories de *stress* et de *burn-out*, que s'organise la mise en sens des difficultés professionnelles des infirmières. On précisera d'emblée que ces catégories peuvent tendre tout autant à mettre en relation, qu'à disjoindre subjectivement la sphère du travail et celle de la santé.

Trois de ces femmes utilisent des expressions très fortes pour traduire leur souffrance : « ma vie a été détruite » ; « je me suis niée » ; « je suis épuisée, en burn out, depuis des années »... La quatrième s'en distingue radicalement : son discours n'exprime pas une telle souffrance, il est au contraire construit autour d'une lecture syndicale et politique critique qui met à distance le vécu personnel.

Henriette Iria, 50 ans, travaille de nuit comme infirmière puéricultrice en maternité. En dehors de la note très sévère qu'elle met à son état de santé – 5/10, une des deux plus médiocres de nos 22 interviewées – et d'une évaluation également sévère du caractère « fatigant » de son travail – 8/10 –, la plupart de ses autres réponses au questionnaire ne laissent guère présager ni de la manière dont elle a répondu à la question sur l'influence du travail sur la santé, ni de la tonalité générale, souvent pathétique, de l'entretien. On ne la trouve d'ailleurs pas dans le type « A » mais dans le type « C », et sa position extrême au Nord de l'A.F.C. indique que sur une série d'items sa perception du travail est positive. En effet, elle indique que son travail est peu « stressant » (2/10), qu'elle a choisi sa profession, qu'elle se trouve « normalement » payée. Quant à son indice de « soutien social », il est au-dessus de la moyenne, en particulier en ce qui concerne ses collègues. Son indicateur « Karasynth » est également meilleur que la moyenne. De manière cohérente avec sa réponse concernant l'influence jugée négative du travail sur sa santé, elle signale neuf ennuis de santé, dont cinq sont cités comme « provoqués ou aggravés par le travail ». Elle mentionne qu'elle a connu par le passé cinq types de situations professionnelles néfastes pour sa santé, qu'elle ne s'est jamais vraiment souciee de sa santé, et qu'elle consulte fréquemment un médecin... Enfin, elle signale que, quand elle est « fatiguée ou stressée par son travail », elle « mange plus », et déclare un arrêt maladie de cinq mois au cours des deux dernières années.

Dans le cas d'Henriette, les indicateurs sociologiques classiques mobilisés plus haut pour objectiver les trajectoires sociales et les parcours professionnels se révèlent insuffisants pour éclairer sa perception négative des implications de son travail sur sa santé : elle est également « objectivement » en promotion sociale eu égard à sa mère, femme au foyer, et a connu « objectivement » une progression professionnelle significative en passant d'aide-soignante à infirmière spécialisée. Quant à son point de vue sur ses conditions de travail, sur le collectif de travail, sa reconnaissance dans le travail, il n'est pas unilatéralement négatif. Il faut d'abord examiner de plus près ce qu'elle nous dit du travail de nuit et de ses projets pour mieux comprendre certaines sources d'insatisfaction professionnelle : si elle continue de pratiquer cet horaire c'est avant tout pour des raisons économiques, son mari ayant connu quant à lui un déclassement professionnel important ; et si elle envisage, sans pouvoir s'y décider, de s'installer en libéral, c'est pour les mêmes raisons mais avec la crainte d'une activité moins intéressante. Et il faut ensuite prendre au sérieux la dimension personnelle-subjective centrale du parcours professionnel de

cette soignante, qui dit l'être devenue au départ par hasard, et ne s'être mobilisée professionnellement, en devenant infirmière puéricultrice, qu'à partir du moment où elle a réalisé qu'elle ne pouvait devenir mère. Difficile alors d'écarter l'interprétation 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 source de la culpabilité et de souffrance.⁸⁰ Il est clair, dans le cas d'Henriette, qu'elle n'est jamais parvenue à trouver cette « bonne distance » psychologique au patient qui est supposée caractériser la bonne professionnelle de soins. Si l'on suit Pascale Molinier, c'est le collectif de travail qui est le creuset de cette bonne distance. Henriette n'aurait donc pas trouvé, du moins dans la durée, le collectif de travail dont le « libre jeu » fonctionne comme instance d'élaboration de la souffrance au travail. Toujours est-il qu'au moment où nous la rencontrons, elle nous parle de « dégradation » et de « démotivation » au sein du service.

Le cas d'Henriette illustre une nouvelle fois la manière dont la sphère professionnelle révèle une construction de la santé qui la précède et qui la déborde ; ici, comment, loin de résoudre les conflits internes, elle a participé de leur redoublement et de leur exacerbation.

Portrait 5 « Ma vie a été détruite »

Difficile pour le sociologue de supporter la violence symbolique d'une telle déclaration, même si c'est vers la fin d'un entretien. Il a fallu que l'intervieweur insiste pour qu'elle nuance le propos : « Je suis un peu marseillaise...D'accord, disons « gâchée »... ». De nombreux passages de son discours sont d'ailleurs plus nuancés ou ambivalents. Tel celui où elle déclare que son travail en nurserie lui fait « à la fois du bien et du mal ».

Henriette est devenue d'abord aide-soignante sans vraiment l'avoir décidé : « j'ai atterri là-dedans » dit-elle. C'est l'ouverture d'un nouvel hôpital flanqué de son école d'aides-soignantes qui offre cette opportunité. D'ailleurs, les sept premières années de sa carrière, en néphrologie, sont marquées par une relation très instrumentale au travail : « Je ne me sentais pas du tout, mais pas du tout concernée par tout ce qui se passe à l'hôpital, ça ne m'intéresse pas, j'y vais uniquement pour un salaire à la fin du mois ». C'est qu'elle est « toute occupée à d'autres problèmes qui étaient ... j'essaie d'avoir un enfant et j'y arrive pas ». Confrontée à la découverte de ce qui devient vite un drame personnel, la stérilité, Henriette ne se mobilise professionnellement que pour tenter de le résoudre.

D'abord en obtenant une mutation en maternité avec l'espoir « d'avoir des bébés entre les mains » faute, pour l'heure, d'être elle-même mère. Ensuite, faute de parvenir à ses fins – les aides-soignantes sont cantonnées aux soins aux mères – en décidant de devenir infirmière-puéricultrice. Entre temps, elle interrompt son activité professionnelle, adopte deux enfants, passe en horaires de nuit lors de l'arrivée du second, et réussit enfin une grossesse, au prix d'une longue hospitalisation. Nouvel échec, cette fois sous la forme du décès du bébé après quelques jours. Henriette surmonte cette nouvelle épreuve - « Je ne suis plus une femme stérile, et ça c'est très important » -, elle va réussir sa formation d'infirmière puis, après une année de travail comme infirmière généraliste aux urgences, sa spécialisation comme puéricultrice. Nouvelle année très difficile : elle est d'abord nommée en pédiatrie oncologique, avec « les enfants qui vont mourir, moi qui vient de perdre mon enfant » ; au bout de trois mois, après s'être démenée auprès de l'encadrement, elle obtient une mutation en chirurgie pédiatrique, et neuf mois après, à la nurserie. C'est là que nous la retrouvons six années plus tard. Elle y revit toujours des « situations qui sont dures » : « quand je vais toucher cet enfant que je vais avoir dans les mains, c'est le fils que j'ai perdu, je vais lui apporter autant de soins que j'espère les puéricultrices pendant les six jours elles

⁸⁰ Marc Loriol 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.

ont apporté à celui que j'ai perdu » ; « L'allaitement, j'ai pas pu allaiter, quand je mets des bébés au sein ça me fait énormément plaisir, mais ça me fait aussi du mal ».

Malgré un soutien psychothérapeutique régulier depuis la perte de son enfant, Henriette revit donc quotidiennement son drame et son impossible réparation. C'est sans doute une des raisons qui expliquent qu'elle préfère mettre en avant le revenu comme première motivation professionnelle - « c'est l'argent qui me motive le plus » - renouant apparemment avec son rapport instrumental au travail qui était le sien comme jeune aide-soignante. On en trouvera d'autres dans sa configuration familiale. Son mari a longtemps été ouvrier hautement qualifié dans un chantier naval qui a fermé ses portes, puis entrepreneur de chaudronnerie « gagnant très bien sa vie ». L'affaire a fait faillite et il se retrouve agent de service à l'hôpital, avec un petit salaire dont il « fume la moitié »... D'où une certaine captivité d'Henriette par rapport au travail de nuit. Elle le pratique depuis seize ans - douze si on décompte ses années de formation en cours de vie active - et elle le supporte de moins en moins. Elle vient de passer à temps partiel, à 90%, mais, déjà cela lui « coûte une fortune », et il n'est pas question de réduire davantage son temps de travail, ni de passer de jour. « Mon roulement c'est une « petite semaine » où je fais mercredi-jeudi, et une « grande semaine » où je fais lundi-mardi-jeudi-vendredi-samedi et dimanche. 2, 2 et 3. Ça c'est le modèle. Ça, arrivée le vendredi, si je dors pas le samedi matin je sais que samedi soir ça va être dur, mais si je dors pas le dimanche matin, dimanche matin c'est impossible, j'arrive pas, ça devient de plus en plus difficile... Depuis 2001 je suis de nuit, sans interruption, et là cette année j'arrive plus, le samedi c'est là qu'il y a toute la famille à la maison, le dimanche aussi, on a tendance à pas dormir, à mal dormir. ...c'est pas le souci de m'isoler, c'est le souci de savoir qu'ils [les enfants] sont à la maison, qu'il faut préparer à manger... Elle devient hyper dure cette troisième nuit... C'est depuis 2-3 ans. Les bébés pleurent, c'est fatigant, c'est épuisant... »

Difficile d'imaginer descriptions plus opposées des implications du travail de nuit que celles d'Henriette et d'Elvire [cf Portrait 1]. Malgré la possibilité de dormir - jamais profondément, avec le téléphone à proximité et une collègue toujours éveillée* -, les capacités de récupération d'Henriette se sont émoussées. Elle insiste sur le dérèglement des rythmes de l'alimentation : « on mange tout le temps » . Elle parle de son obésité et du surpoids généralisé chez ses collègues, malgré les régimes à répétition qui ne provoquent que « l'effet yoyo » : « On va priver son corps pendant quelque temps, on va perdre quelques kilos, quand on va se lâcher on va manger n'importe quoi ». Elle évoque également le vieillissement prématuré qui marquerait toutes ses collègues - « on est toutes grosses et laides » - et va même jusqu'à affirmer que la longévité des travailleurs de nuit est amputée de dix ans en moyenne **. Et ce n'est pas le fait d'avoir suivi une formation aux risques professionnels associés au travail de nuit qui a été bénéfique à ses yeux : tout le monde sait qu'il faut éviter de consommer trop de café et de comprimés la nuit... Elle ne serait pas contre la perspective de généralisation des « 12 heures » - horaire selon lequel travaillent déjà les sages-femmes depuis deux à trois ans - à toutes les soignantes de la maternité : ce serait « des congés en plus », et « on n'aurait pas plus de travail ». Mais elle craint l'allongement du temps de trajet que cela signifierait « à cause des bouchons ».

Interrogée sur la charge et les conditions de travail, Henriette n'a pourtant pas un point de vue unilatéral. Si dans le questionnaire elle a déclaré que les conditions de travail s'étaient plutôt dégradées, elle nuance fortement : « je peux pas dire qu'elles se soient dégradées, parce que si vous prenez mon exemple, en 2003 j'arrive à la nurserie, pour 45 bébés on était deux, une « puér » et une auxiliaire. Maintenant on est 5. Il y avait beaucoup de maladies. Maintenant c'est obligatoire qu'il y ait au moins trois filles ». Elle s'interdit d'évaluer globalement l'évolution de la charge de travail, marquée selon elle par une très forte saisonnalité des naissances. Par contre, il lui semble clair que l'ambiance dans le service s'est détériorée : « Ça se dégrade. Les gens n'ont pas envie de travailler, on n'a pas envie de s'investir, les formations on fait semblant qu'on y va, enfin celles qui sont obligatoires, maintenant on s'est aperçu que notre surveillante elle le savait pas, ça se dégrade. ».

Henriette distingue clairement la fatigue (qu'elle a noté 8) et le stress (qu'elle a noté 2) : « Quand je suis fatiguée j'ai mal à la tête j'ai mal au cœur.. Quand je suis stressée je tremble et j'ai le rythme de mon cœur qui s'accélère... Et j'ai un traitement pour ça... Oui des symptômes très différents. Et je prends de l'abrocardine pour éviter que mes mains tremblent, pour supporter le stress... » Elle précise que la note de 5/10 qu'elle a mise à sa santé ne concerne que sa santé physique, puisqu'elle considère que sa santé psychologique est « traitée ». « Il y a des gens qui

pensent que quand on est suivi c'est qu'on va pas bien...Moi mon psy je le vois pas souvent, mais quand je le vois je suis très contente parce qu'il m'apporte... » [...] « parce que je peux pas dire que je suis en mauvais état, je suis fonctionnelle, je travaille... je suis pas en super bon état... Mais c'est la vie qui m'a détruite, c'est pas le travail... ». Elle confirme qu'elle ne s'est jamais souciée de sa santé « sinon je ferais le régime et je ferais en sorte de pas être grosse comme je suis parce que dans pas longtemps... bon parce que pour l'instant j'ai un taux de cholestérol qui est bon, j'ai tout qui va bien, mais dans quelques temps ça va se dérégler, et on le sait... Et on est infirmière et on le sait... ».

Henriette précise également la nature de son congé maladie de cinq mois au cours des deux dernières années, suite à un accident au ski. Elle ne pratique pas régulièrement de sport, se contente de la marche et se définit comme une solitaire. La solidarité au sein de son équipe semble se limiter à l'accord pour refuser les remplacements des absentes, ce qui lui permet parfois de ne pas décider d'aller travailler sans être vraiment malade, alors quelle peut « travailler en étant hyper malade ». Et elle évoque à plusieurs reprises un sentiment de marginalisation des soignantes de nuit : par exemple, les formations « obligatoires » se traduisent pour elles par une diminution de revenu. Sur ces deux derniers points, la qualité des relations au travail et le sentiment de non reconnaissance en tant que soignante de nuit, elle s'oppose nettement à Elvire Inaldi.

Comment envisage-t-elle alors ses dernières années de vie professionnelle, sachant qu'elle sait qu'elle n'aura pas droit à la retraite à taux plein avant « plus de 60 ans » et qu'elle ne sait pas si elle anticipera son départ ? Elle dit ne voir « aucune perspective de carrière » : si elle exclut une formation de cadre, elle parle d'un passage vers le libéral, mais alors « rapidement, dans les deux ans, parce qu'après je vais être trop vieille », et elle hésite beaucoup car « c'est abandonner les bébés, le travail que j'aime »...

C'est en soulignant cette déclaration d'amour à son travail, et en rapportant le fait qu'elle a trouvé, il y a quelques années, la force de suivre des cours de psychologie à l'Université, que l'on conclura ce portrait : on peut affirmer dans le même entretien « ma vie a été détruite » et témoigner de relations bien plus ambivalentes à son travail, sa santé, son existence.

* De ce point de vue les coutumes en maternité seraient plus tolérantes que dans d'autres services.

** La vérité scientifiquement établie serait plutôt de l'ordre de deux ans et demi pour une vie professionnelle complète de nuit.

Comme Henriette Iria, Mariette Imaz, 54 ans, est infirmière puéricultrice à la nurserie de la maternité où elle travaille en journées alternées. Elle n'hésite pas, quant à elle à se dire « en burn out » et « en dépression »...On la trouve bien dans l'A.FC. avec ses collègues du type « A » (« responsable dont la forte contribution est mal reconnue et soutenue » , dans le quadrant Sud-Est.

Plusieurs de ses réponses au questionnaire sont très proches de celles d'Henriette : note très sévère de sa santé (5/10), travail jugé très « fatigant » (8/10) et stressant (6/10). D'autres indiquent des conditions de travail perçues plus négativement, notamment du côté du « soutien social » des collègues et de l'indicateur « Karasynt ». Elle associe au travail quatre des six ennuis de santé déclarés, signale un congé maladie de 10 mois au cours des deux dernières années et une maladie professionnelle – « migraine-crise de foie » - dont elle ne précise pas si elle a été reconnue comme telle. Elle dit ne pas consulter régulièrement de médecin, mais prendre des médicaments de façon régulière et faire attention à sa santé depuis un certain temps pour cause de ménopause et de tendinite.

On retrouve chez Mariette la problématique de la difficulté à trouver la « bonne distance » avec la souffrance humaine dans le travail de soins. L'absence d'une expérience de maternité les rapproche également, même si Mariette n'en dit pas un mot au cours de l'entretien. Si Henriette cherchait à « réparer » sa maternité impossible en travaillant en maternité, Mariette nous dit qu'elle cherche dans le métier d'infirmière, et

Portrait 6 : « Je suis épuisée, en burn-out depuis des années »

Nous interviewons Mariette dans les locaux de la nurserie, où elle nous consacre une heure trente : aujourd'hui, seulement 26 des 36 lits sont occupés par les nouveaux-nés. Elle y voit la preuve que la pression temporelle est moindre ici qu'ailleurs, qu'elle n'a pas à se plaindre sur ce plan. C'est le poids du « relationnel » qui est « dévorant », nous dit-elle. C'est une personne manifestement en souffrance – au cours de l'entretien elle ne parvient pas toujours à contrôler ses émotions et elle est souvent confuse dans ses propos – mais elle l'assume sans détour. Elle dit en avoir compris les sources, au terme d'un long cheminement de « travail sur elle-même » en suivant une psychothérapie. Croyant qu'en « allant vers les autres » elle allait pouvoir « donner à son tour » après avoir reçu des soignants en tant qu'enfant à la santé fragile, et régler ses conflits psychologiques, elle n'a pas su construire les défenses personnelles qui permettent à la plupart de ses collègues de se protéger dans un métier sur-exposé à la souffrance d'autrui. Là encore, on se gardera de disqualifier l'interprétation indigène, mais on peut montrer comment une santé détériorée s'inscrit dans un parcours social et s'interroger sur les raisons pour lesquelles la sphère professionnelle ne semble pas avoir permis, et ne semble toujours pas permettre à Mariette de dépasser ses difficultés.

Mariette est la première des six infirmières que nous présentons dont la trajectoire sociale n'est pas clairement ascensionnelle. Certes sa mère n'exerçait pas d'activité, mais son père était cadre supérieur SNCF et elle insiste sur l'aisance financière de sa famille. Si elle s'est engagée rapidement dans des études d'infirmières et a commencé à travailler jeune ce n'est pas pour gagner de l'argent, mais par « vocation » : éducation religieuse et santé fragile la prédisposaient à s'orienter non seulement vers cette profession, mais vers la pédiatrie, c'est-à-dire les soins sans doute les plus difficiles, ici ceux apportés aux enfants atteints de cancers.* Elle tiendra près de 20 ans dans ce type de service, au prix de ce qu'elle appelle une « décompensation ». L'excellente ambiance au sein de l'équipe – avec les médecins qui disent « bonjour » -, la relation avec des « parents extraordinaires », ne suffisent pas : selon Mariette, c'est parce qu'elle n'a ni compagnon, ni enfant, tandis que la plupart de ses collègues peuvent prendre appui sur leur autre vie pour se protéger. Et elle nous parle très peu de sa vie hors travail, si ce n'est pour mentionner une activité de bénévole auprès de handicapés dans une association confessionnelle.

Elle finit par décider de quitter ces services trop éprouvants pour travailler en maternité : « moi, mes choix c'est toujours un peu compulsif ». Mais elle y souffre « encore plus », car si « c'est tellement beau les bébés, c'est des bouquets d'amour qui arrivent », elle semble noyée sous les activités de gestion et de relation avec les mères et leurs familles : le public accueilli est souvent dans la précarité – « ici c'est Zola, c'est la cour des miracles » - et les maternités pas toujours désirées. Elle y travaille depuis 10 ans et n'envisage pas de terminer sa carrière ailleurs : « Evidemment ça me plaît, je suis très ambivalente ». Mais les relations de travail sont très difficiles avec les sages-femmes, les aides-puéricultrices et les jeunes puéricultrices. Les premières sont vues comme ayant un sentiment de supériorité, elles ont un pouvoir collectif qui se traduirait par de meilleures conditions de travail en obstétrique qu'en nurserie. Les secondes souffrent d'être cantonnées dans les toilettes et vivent mal leur subordination aux infirmières, ce qui n'était pas le cas dans l'ancienne maternité qui a fermé ses portes il y a une dizaine d'années. Les troisièmes se mettent en congés maternité dès qu'elles tombent enceintes et se plaignent des horaires décalés. Après avoir reconnu sa part de responsabilité dans les tensions interpersonnelles – « moi j'aboie au lieu de dire les choses posément, ou de faire reformuler » - elle dit mal supporter ces comportements : « on a voulu faire infirmière, ou pas, on le sait ça en tant qu'infirmière ; j'assume d'être très mal... mas je vais pas me plaindre, autrement j'avais qu'à faire institutrice. Je n'admets pas que les gens ils veulent avoir le beurre et l'argent du beurre... Les horaires, ça fait partie du métier, sinon j'avais qu'à faire autre chose »... Difficile de ne pas entendre derrière les critiques à l'endroit des jeunes infirmières enceintes la frustration de Mariette en matière de maternité, point qui la rapproche singulièrement d'Henriette.

Signalant son dernier arrêt maladie des deux dernières années pour « migraine/crise de foie », Mariette a ajouté, non sans humour : « (ou crise de foi ?) ». Et c'est une de celles qui a utilisé dans le questionnaire la rubrique « commentaires ou complément » en formulant deux demandes : que certains services donnent droit à des primes de pénibilité, et qu'y soient affectés des agents

pour une période limitée à deux ans et bénéficiant d'une priorité à la mutation ; que les syndicats ne soient pas des interlocuteurs dans les demandes de mutation pour raison de santé..

* Toutes nos enquêtes auprès des infirmières montrent que la grande majorité cherche à éviter les services de pédiatrie, réputés les plus difficiles émotionnellement, alors-même que pour beaucoup c'est le désir de s'occuper d'enfants qui a été un vecteur de l'orientation positive vers cette profession.

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... Toutes deux ont réalisé un long travail psychothérapique qui, manifestement, n'a pas suffi pour les sortir complètement de cette souffrance. Toutes deux évoquent – mais Mariette de manière plus précise qu'Henriette – la qualité médiocre de l'ambiance et des relations de travail dans le service.

La dernière de nos trois infirmières qui expriment avec des mots forts un sentiment d'amertume et d'échec est Yvette Iroval, 53 ans, qui travaille de nuit aux urgences, et qui affirmera dans l'entretien « je me suis niée ». Elle relève également du type « A », regroupé vers le Sud-Est de l'A.F.C. Elle a comme trait commun avec Mariette Imaz un profil « tout pour la profession » - elle n'a pas eu d'enfant, et si elle s'est mise en couple c'est après l'âge de 40 ans. On note que le fait de ne pas avoir connu d'expérience - ou du moins d'expérience complète - de la maternité permet d'associer Henriette Iria à ces deux infirmières. Ce qui rapproche ici les deux premières, c'est de ne pas, ou fort peu, verbaliser cette singularité au cours de l'entretien, alors qu'on a vu à quel point cette problématique envahissait le discours d'Henriette.

On retiendra parmi tous les indicateurs négatifs de santé et de relation travail/santé d'Yvette : le grand nombre de symptômes qu'elle signale dans la rubrique consacrée à ce sujet, puisque dans la liste des douze dérèglements proposés, onze sont mentionnés, avec la précision « régulièrement » pour l'irritabilité et le sentiment de découragement ; trois « maladies » déclarées pour les deux dernières années – dorsalgie, genoux, estomac -, n'ayant pas donné lieu à arrêt de travail, ce qui est le cas par contre de plusieurs accidents du travail – morsures, fractures du pied, coup de tête au visage de la part d'un patient, piqûre avec aiguille souillée par hépatite B... Et l'indice du « soutien social » de la part de l'encadrement, comme le « Karasynt », sont parmi les plus médiocres des 22 soignantes.

Yvette, fille d'agriculteurs, est devenue infirmière sans l'avoir vraiment choisi, réalisant plus tard que c'était le souhait de sa mère plus que le sien. Comme plusieurs de ses collègues, et avec le recul, c'est une activité de type artistique ou artisanale qu'elle aurait aimé exercer. Elle débute aux urgences, service qui vient d'être créé, et dans l'équipe de nuit, poste qu'elle ne quittera jamais. Elle s'adapte à cet horaire, non choisi au départ : elle a appris à y apprécier un « calme » et une autonomie par rapport à l'encadrement plus grande qu'en journée. Mais toutes les évolutions qu'elle décrit sont négatives. Les horaires de l'équipe de nuit des urgences ont été alignés sur l'ensemble des équipes de nuit, et elle apprécie moins la succession d'une « grande » semaine (5 nuits) et d'une « petite » semaine (3 nuits), que l'ancien rythme de trois nuits par semaine. Les équipes sont davantage « séparées », se « chevauchent » moins. L'encadrement ne joue pas son rôle et couvre des abus de la part de certains agents. Et, surtout, le public est devenu plus difficile, plus agressif, plus violent. Elle dénonce la présence de « psychopathes », et les abus dans le recours à l'hôpital : « maintenant, quand le film à la télé est mauvais, on vient aux urgences ». D'ailleurs, la seule action collective à laquelle elle a participé est une grève, victorieuse, pour le recrutement d'agents de sécurité aux urgences. Sa vision de l'avenir de l'hôpital est très sombre : il va « à sa perte ».

Yvette dit avoir été aidée par sa thérapie à relativiser le rôle du travail dans sa souffrance personnelle ; et avoir ainsi appris à mieux « désarmer l'agressivité » du public. Mais elle

continue de connaître un sommeil perturbé par le travail, et elle associe nombre de ses soucis de santé à son anxiété. Elle vit depuis une dizaine d'années avec un cadre infirmier, qui vient de prendre sa retraite. Mais «il a tout donné à l'hôpital, et il est en dépression ». Quant elle déclare vers la fin de l'entretien « je me suis niée », en nous précisant que l'étymologie de « soigner » c'est « se nier », tout semble dit de la tonalité amère de son discours. Comme si la vision de l'évolution de la sphère du travail et celle de sa propre existence entraient en résonance, ici dans une circularité négative.

Les quatre dernières infirmières que nous évoquerons parmi celles qui déclarent que le travail influence négativement leur santé font toutes également partie du type « A », des « responsables à forte contribution mal reconnues et mal soutenues ».

Avec Sandrine Ibert, 52 ans, qui travaille de nuit en hématologie-oncologie, nous avons un autre exemple d'infirmière vocationnelle – « je voulais un peu comme mère Teresa sauver l'Humanité » - qui n'a pas eu d'enfant, et qui admet avoir connu une période de « burn-out », à une époque où elle n'arrivait plus à faire le deuil des patients qui mourraient. Mais elle dit s'en être sortie, principalement grâce à une psychothérapie, et à une reconnaissance de son désir d'évolution : formation de clinicienne en soins palliatifs, activité de surveillante. Pour elle, selon les moments de l'entretien, « on ne peut séparer le professionnel de la vie privée », et c'est la fatigue psychologique qui explique l'épuisement et les défaillances physiques ; et dans d'autres passages elle affirme « l'hôpital ne rentre pas chez moi ». Il est vrai qu'elle a un compagnon, et qu'elle valorise le fait de ne pas avoir de souci d'enfants puisqu'elle dit se reposer plus facilement que ses collègues mères de famille. De manière cohérente avec ces propos, elle a déclaré que son travail avait une influence négative sur sa santé psychique, mais pas d'influence sur sa santé physique.

Iris Igría, 51 ans, infirmière en réanimation, qui vit en couple et a deux enfants, ne relève pas du profil « tout pour la profession » au sens strict. C'est la quatrième et dernière de nos infirmières ayant répondu « influence plutôt négative » du travail sur les deux volets de sa santé. Elle illustre bien le fait que le risque de « burn-out » n'est pas réservé aux soignantes de ce profil, mais que, selon ses mots, la « passion » peut conduire à une grande « souffrance ». Il est vrai que parmi les quatre soignantes de ce service difficile que nous avons rencontrées, c'est la plus exposée.⁸¹ Il y a quelques mois, elle a été contrainte de prendre un congé maladie de quinze jours suite au décès d'un jeune patient : « je me suis tellement attachée à lui, ça a été la catastrophe ». Elle se reproche d'être tombée malade pour ne pas avoir suffisamment « écouté son corps », essaie de se soigner par des séances d'« énergétique chinoise ». Mais cette expérience récente n'a pas seulement provoqué une démarche d'introspection : son discours est en même temps une sévère mise en accusation à la fois de la direction de l'établissement – perçue comme complètement coupée des réalités du service –, du manque d'effectifs, et de certaines de ses collègues dont la conscience professionnelle est défaillante à ses yeux. Du coup, elle a le sentiment de faire un travail de médiocre qualité, contraire à ses valeurs. Elle conteste le point de vue, fréquent chez ses supérieurs et ses collègues, selon lequel le travail en réanimation est avant tout « technique » : « la réanimation, ce n'est pas que de la technicité. Parce que même un patient endormi, sédaté, je suis sûre que par le toucher on peut arriver à communiquer. Ils sentent, je suis sûre qu'ils sentent, la façon dont on va les tourner, la façon dont on va faire les pansements, dont on va les soigner, ils sentent. Et une fille, qui ne pense que technicité, n'a pas sa place en réanimation ». Très attachée à son *travail* elle fait partie de celles qui tiennent à le distinguer soigneusement des

⁸¹ L'une, Catherine Izoal, travaille de nuit ; la seconde, Danielle Idoine, est « major de soins » ; la troisième, Nadine Sivel, est une aide-soignante qui vient d'entrer en école d'infirmières

conditions dans lesquelles elle est contrainte de le réaliser : « stress » et « tension nerveuse » sont associées à ces dernières et non au travail en lui-même. C'est donc à contre-cœur qu'elle envisage de quitter la réanimation, où elle a fait toute sa carrière, pour devenir infirmière scolaire...

Percevoir négativement le lien entre son travail et sa santé n'est pas toujours associé à l'expression d'une grande souffrance mentale : c'est ce que montre bien le cas de Patricia Irdan, 45 ans, travaillant en journées alternées comme infirmière au Bloc Central, syndicaliste CGT. Si elle met une note élevée (8/10) au caractère fatigant et stressant du travail, elle évalue sa santé nettement plus favorablement (8/10) que les précédentes. Le soutien social dont elle fait état est très contrasté selon qu'il s'agisse de ses collègues – avec un des meilleurs indicateurs – ou de ses supérieur(e)s – c'est presque la plus sévère des 22 soignantes. L'indice « Karasynt » est un des plus élevés, exprimant une forte charge de travail associée à une faible latitude décisionnelle. Elle signale de nombreux ennuis de santé, qu'elle associe pour la plupart au travail, de nombreuses situations professionnelles antérieures néfastes pour la santé, mais n'a jamais été malade depuis deux ans.

Fille d'un ouvrier qualifié devenu artisan – par ailleurs militant communiste - et d'une employée administrative, Patricia est une des très rares soignantes interviewées qui affiche sans complexe son goût non seulement pour l'aspect technique du travail d'infirmière, mais également son absence d'intérêt pour la dimension relationnelle du métier. Elle le relie volontiers à son intérêt pour les travaux manuels quand elle était enfant.⁸² La découverte précoce du monde de la santé – son frère était gravement malade – va la conduire vers le métier d'infirmière, sans que le récit de cette orientation ne prenne aucun des accents vocationnels qu'il revêt chez d'autres. Attirée par la chirurgie, elle se retrouve logiquement en clinique privée où elle exerce pendant 10 ans. Lassée de l'insuffisante formation des soignantes, de la médiocrité des conditions de travail et de la qualité du service aux patients, elle décide de rejoindre le service public. Elle est recrutée dans ce bloc polyvalent qu'elle n'a plus quitté depuis. Elle tente rapidement le concours d'IBODE, mais elle échoue à l'oral, et renonce à le présenter de nouveau : la préparation se traduit par une diminution de ressource – alors qu'elle vit seule avec un enfant - et, finalement, se sent aussi compétente avec ses 20 ans d'expérience en bloc opératoire que n'importe quelle IBODE.

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 ». Mais elle n'envisage pas d'y terminer sa carrière, c'est trop usant physiquement. Depuis quelques années elle s'est syndiquée et elle est devenue rapidement responsable. Elle bénéficie d'une décharge de 20% de son temps de travail. Si elle écarte l'idée de devenir libérale, par souci de sa qualité de vie personnelle, elle aimerait aller vers un « service plus tranquille, genre consultations ou médecine du travail », ou prendre un peu plus de responsabilités syndicales.

La lecture que fait Patricia des conditions de travail au bloc, et des relations entre son travail et sa santé, est très politique : autant les récits d'Henriette et de Mariette sont envahis par l'émotion, autant le sien est marqué par une neutralité affective, un certain détachement. Et elle utilise fréquemment le « on » ou le « nous », ce sujet collectif étant

⁸² Patricia avait un frère, mais il est décédé jeune et elle s'est retrouvée fille unique... Il semble que nombreuses soient, parmi les filles qui s'orientent vers des filières techniques traditionnellement masculines, celle qui sont dans ce cas, ou qui sont issues de fratries entièrement féminines (Daune-Richard et Marry, 1990)

tantôt les soignantes du bloc, tantôt le syndicat.⁸³ « 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 : « Je sais parfaitement comment se déroule une opération de l'appendicite, mais combien ça coûte j'ai pas envie de le savoir ». « 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 ces médecins du bloc, dans leur ensemble, en tant que spécialistes, qui sont mis en cause. De même que les tensions avec l'encadrement, les sources du « stress » ne sont jamais personnalisées. Elle précise d'ailleurs dans la rubrique « commentaires » de son questionnaire : « le devenir social des salariés (retraite, sécurité sociale, pouvoir d'achat, contrats précaires...) est aussi une forme de stress (ainsi que celui de laisser une société non solidaire à nos enfants) ». Les tensions avec les cadres sont imputées : à l'évolution de la division du travail - avant c'était les surveillantes qui 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 ». Elle ne signale, en cours d'entretien, aucune tension avec les patients. Quand on lui demande de préciser ce qu'elle entend par « fatigue » et par « stress », Patricia répond en désignant des causes : les charges lourdes que représentent les containers, le temps perdu pour trouver les tenues et le matériel nécessaires. 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, et ce de multiples manières : par une orientation et une pratique très « techniciennes » de la profession ; par une lecture politique des difficultés professionnelles ; par une excellente insertion dans le collectif de travail ; par son implication dans un collectif militant. Sa fin de carrière ne semble d'ailleurs guère la préoccuper, assurée qu'elle paraît de pouvoir soit évoluer vers un service « plus tranquille » - consultations, médecine du travail -, soit vers une prise de responsabilités syndicales plus importantes.

Outre la neutralité affective et la tonalité politique de sa lecture de sa propre expérience, on note que Patricia se distingue sur deux autres points des trois infirmières qui précèdent : le choix de la profession est présenté de manière plus auto-déterminée et plus rationnelle – ni sur le mode du hasard qui est celui d'Henriette, ni sur le mode du projet maternel, comme chez Yvette, ni sur le mode de l'appel irrésistible et trouble de la vocation, comme chez Mariette -, et c'est la seule qui n'a pas connu de relation problématique à la maternité.

On peut rapprocher le profil de Nadège Igem, 42 ans, également IBODE au bloc, de celui de Patricia. Non seulement parce qu'elle est également syndiquée CGT, mais parce qu'elle partage son point de vue à la fois critique et relativement détaché sur le travail, comme sur la relation travail/santé : elle déclare aussi une influence plutôt négative du travail sur la santé physique, mais ne se prononce pas sur le volet psychique. C'est ce qui sous-tend cette attitude qui la distingue : chez Patricia, c'est la dynamique d'un engagement militant ; chez Nadège, c'est moins la militance – c'est une syndiquée de base – que l'engagement ancien et continu dans des activités extra-professionnelles, et

⁸³ Le contexte de l'entretien – dans le local syndical, en présence d'autres militantes – a sans doute renforcé cette tendance, mais il est fort probable qu'un contexte plus « privé » de production du discours n'aurait pas modifié cette spécificité langagière.

notamment dans des formations universitaires afin de quitter cette profession qu'elle n'a pas choisie et dont elle a refusé de se réapproprier entièrement le choix. Quand nous l'interviewons elle prépare activement le concours de l'IUFM pour devenir institutrice.

1-4 Aides-soignantes

Les aides-soignantes se différencient des infirmières sur plusieurs points. Dans notre enquête par questionnaire elles sont d'abord plus nombreuses à ne pas hésiter à se prononcer sur la question de l'influence du travail sur la santé, surtout psychique. Et si elles se différencient peu des infirmières dans leur perception de l'influence du travail sur leur santé physique, elles sont nettement moins critiques concernant l'influence du travail sur leur santé psychique. De manière cohérente, elles jugent leur travail presque aussi fatigant que les infirmières, mais beaucoup moins stressant. Et elles sont sur-représentées dans le type « B » (« exécutant peu sollicité et en retrait ») dégagé par notre AFC.

	Aides-soignantes	Infirmières
Travail > Santé physique		
Pas d'influence	22,4	18,4
Influence positive	20,4	14,9
Influence négative	32,7	35,6
NSP	24,5	31,0
Total	100,0	100,0
Travail > Santé Psychique		
Pas d'influence	35,4	20,7
Influence positive	33,3	19,5
Influence négative	14,6	31,0
NSP	16,7	28,7
Total	100,0	100,0
Travail "fatigant"		
(% note sup à 6)	70,8	79,3
Travail "stressant"		
(% note sup à 6)	47,7	73,3

Les infirmières qui sont d'anciennes aides-soignantes⁸⁴ sont particulièrement bien placées pour comparer les deux types d'activité. C'est le cas d'Iris Ilor, 36 ans, qui travaille aujourd'hui en gériatrie, mais qui a déjà connu ce type de service en tant qu'aide-soignante : « Quand j'étais aide-soignante, je trouvais que c'était un travail très fatigant physiquement, parce qu'on fait beaucoup de manutention. Et là, en tant qu'infirmière, c'est plus une fatigue morale par rapport aux responsabilités qu'on a. Quand on prend conscience de tout ce qu'on doit faire, les responsabilités qu'on a par rapport aux gens qu'on a en charge. On a quand même leur vie entre les mains quelque part, par rapport aussi aux responsabilités vis-à-vis de ses collègues, par rapport au travail de délégation qu'on a, quelque fois c'est un peu lourd à gérer. Je trouve qu'on nous en demande beaucoup et qu'on n'est pas forcément reconnu »

⁸⁴ On en compte trois sur seize dans notre échantillon : E. Inaldi, H. Iria et I. Ilor.

Dans notre enquête par questionnaire, les aides-soignantes sont un peu plus jeunes – 42% ont moins de 35 ans, contre 35% des infirmières - mais surtout moins anciennes chez l'employeur : près d'une sur deux a moins de trois ans d'ancienneté, contre une infirmière sur quatre. Elles ont donc connu plus souvent un parcours professionnel chez d'autres employeurs, notamment dans le secteur privé et sur statut précaire d'emploi : 44% ont connu une situation précaire, contre 15% seulement des infirmières.

Deux principaux portraits d'aides-soignantes vont illustrer celles qui relèvent du type « A » et celles qui appartiennent au type « B ».

Sandra Seba (type « A »), 40 ans, travaille comme aide-soignante au bloc opératoire depuis un peu plus d'un an après un long passage dans le secteur privé. Elle évalue sévèrement sa santé (5/10), attribue la note maximale au caractère fatigant et stressant de son travail et pense que son travail influence négativement sa santé physique comme psychique. Denise Siler (type « B »), 31 ans, travaille en gériatrie depuis seulement un an. Elle se trouve en bonne santé (9/10) évalue moyennement fatigant et stressant son travail, pense qu'il joue négativement sur sa santé physique mais qu'il n'influence pas sa santé psychique.

On complètera ces deux portraits en évoquant plus rapidement quelques autres entretiens d'aides-soignantes, notamment celui que nous avons réalisé avec Sophie Sanes dans le cadre de notre pré-enquête. Ce cas d'une aide-soignante en fin de carrière et qui a bénéficié d'une mutation sur un poste de travail aménagé suite à des difficultés de santé, nous permettra de montrer la spécificité de l'usure physique qui touche cette catégorie professionnelle dont une partie importante du travail est une activité manuelle de manipulation des malades.

Outre ses évaluations sévères ci-dessus, Sandra Seba juge que ses conditions de travail se sont dégradées, mentionne que ses horaires sont « très contraignants », signale qu'elle n'a pas choisi cette profession – elle aurait aimé être IDE ou médecin -, qu'elle se juge mal payée, que le soutien social dont elle bénéficie – côté supérieurs comme collègues – est des plus faibles des interviewées, et son indice « Karasynth » est le plus médiocre (24/24). Elle déclare sept ennuis de santé, et, ce qui est très rare, tous associés au travail, dit avoir connu six types de situations professionnelles néfastes pour sa santé, signale une maladie professionnelle – hépatite – l'ayant conduite à interrompre des études d'infirmières. Elle dit consulter régulièrement un médecin, prendre régulièrement des médicaments et faire attention à sa santé depuis un certain temps.

C'est dans son parcours professionnel d'une part, dans les conditions de travail particulièrement difficile au bloc opératoire de l'autre, que l'on peut trouver des explications à cette perception négative. Pourtant, par comparaison aux trois infirmières en fin de carrière ci-dessus, Sandra a deux atouts : elle est plus jeune, et elle est mère (de trois enfants). Mais sa vie professionnelle débute par un événement à certains égards fondateurs de la suite : elle subit un sérieux accident du travail qui va l'empêcher d'aller au terme de ses études d'infirmières. Malgré tous ses efforts pour quitter son emploi d'aide-soignante et valoriser ses compétences dans le domaine des soins esthétiques, elle devra retourner à l'hôpital sous ce statut. Et elle fait une description très sévère des conditions de travail au bloc opératoire, de laquelle se dégage comme difficultés centrales : les horaires de travail – en alternance matin/soir – aggravés par la charge représentée par ses trois enfants et par l'éloignement géographique de son domicile, ainsi que par les changements incessants de planning ; les tensions entre collègues ; la non-reconnaissance par l'encadrement. Sandra met tous ses espoirs dans une seule issue, l'acceptation par sa hiérarchie de sa demande d'aide à la préparation du concours d'accès à la formation d'infirmière. Dans ses « commentaires » au questionnaire, c'est aux abus de la part d'autres agents du CHU qu'elle s'en prend : « De nos jours, il y a beaucoup de personnels qui ne sont pas productifs mais comptabilisés dans les effectifs, ce qui a mon sens fait accroître le travail de ceux qui le sont. Des conséquences sur l'organisation du

travail, des objectifs des supérieurs à atteindre en surchargeant certaines personnes de travail pour pallier aux absentéismes du personnel démotivé, voire abusif, avec des arrêts Maladies non justifiées ». Ce point de vue la rapproche des trois infirmières proches du « burn-out » - toutes évoquent plus ou moins explicitement des tensions avec leurs collègues et avec le public - , et la sépare par contre clairement de Patricia Irdan : là où cette dernière pointe du doigt la « politique de l'hôpital » et le « manque d'effectifs » pour expliquer les difficultés professionnelles, Sandra stigmatise les défaillances de certain(e)s de ses collègues. Reste que Sandra nous apparaît, au terme de l'entretien, moins sombre et plus « positive » que ce que laissait attendre son questionnaire. L'espoir d'une évolution professionnelle ultérieure significative – ici d'évoluer vers la profession d'infirmière – la distingue de nos trois infirmières proches de l'épuisement émotionnel, et l'estime d'elle-même qu'elle s'est forgée en triomphant de nombreuses épreuves – « je tire toujours du positif » - la rapprochent de plusieurs des aides-soignantes interviewées : travailler dans ce CHU peut apparaître alors comme une étape dans un parcours promotionnel, un tremplin pour l'accès au métier valorisé d'infirmière.

**Portrait 7 : « Je tire toujours du positif »
« Mon médecin me dit : partez en courant ! »**

Nous avons interviewé Sandra en deux temps, espacés de douze jours, le premier entretien s'avérant trop court. Cela a sans doute exacerbé ce qui se serait probablement produit lors d'un seul entretien, témoignant de l'ambivalence qui est la sienne. Le premier porte principalement sur son parcours antérieur, elle le raconte avec force détails et un plaisir manifeste : il est fait d'épreuves, mais aussi de séquences très valorisantes. Le second est nettement plus sombre, il traite de ses conditions de travail et de vie actuelles, fort éprouvantes, au point que son médecin traitant, qui connaît par ailleurs ce site hospitalier, lui conseille d'en « partir en courant »...

Sandra, originaire d'Ile de France, n'apparaît pas déclassée par rapport à ses parents, en particulier par rapport à sa mère : son père était ouvrier qualifié, et sa mère, sans profession n'a fait que des petits boulots. Par contre, elle ne voulait pas être aide-soignante mais infirmière, or ce projet s'est brisé suite à un grave accident du travail en cours d'études à l'IFSI : elle subit un Accident d'Exposition au Sang, et six mois plus tard elle déclare une hépatite qui l'immobilise durant plusieurs semaines. Le directeur du centre hospitalier la fait embaucher comme ASH faisant fonction d'AS. Cette expérience est positive, elle remet donc à plus tard le projet de devenir infirmière : « j'avais de bonnes relations partout, de très bonnes notes, j'étais payée ASH, mais j'étais très motivée, je faisais des remplacements dans tous les services, même très techniques, réa, pédiatrie... Au début j'avais l'intention de reprendre les études d'infirmière, mais ça me plaisait tellement, j'avais un salaire...Après c'est difficile...Après, pendant 3-4 ans, le directeur et les cadres m'ont dit « tu peux reprendre l'école d'AS », donc je l'ai fait rapidement, sans passer d'examen... Après j'ai eu un bébé, puis un autre, je me suis consacrée à ma famille, ensuite il m'est arrivé une histoire difficile, une grosse séparation , une très grosse séparation ».

Faute de se lancer de nouveau dans des études d'infirmières, Sandra, qui se définit alors comme quelqu'un de « très motivée » - par la découverte des possibilités d'évolution vers des fonctions plus intéressantes au sein de l'hôpital -, et de « très ambitieuse », obtient du Directeur la possibilité de se former une année en « soins esthétiques ». Mais elle découvre vite les limites de cette activité dans le cadre hospitalier et prend donc une disponibilité de plusieurs années. Au cours des 10 ans qui s'écoulent avant son retour dans la fonction publique hospitalière, elle ne signale que quelques mois de recherche d'emploi et aucun emploi précaire. Elle connaît alors deux expériences professionnelles principales, en tant que « commerciale » attachée à des instituts de soins esthétiques. La première coïncide avec une séparation conjugale douloureuse, ce qui l'amène à déménager vers le sud de la France, afin de se rapprocher de son nouveau compagnon. La seconde est la plus valorisante : « J'ai été prise de suite dans un labo de produits cosmétiques, comme « déléguée commerciale », comme j'avais une force de vente fantastique j'ai eu des résultats fabuleux... On m'a fait confiance. Le directeur du labo m'a demandé de l'aider à monter

un institut, c'était mon rêve ! Il n'y connaissait rien du tout, on a travaillé ensemble ». C'est un licenciement arbitraire qui met un terme à cette séquence. Elle s'installe avec son nouveau compagnon et, nécessité faite vertu - elle ne trouve pas d'emploi dans les hôpitaux situés à proximité* - elle se consacre pendant 18 mois au dernier enfant qui vient de naître, mais la condition de mère au foyer ne lui convient pas du tout : « J'accouche en 2004... je me suis arrêtée un an et demi, parce que je ne trouvais pas... J'ai cherché partout : hôpitaux, maisons de retraite, privé, semi-privé : j'étais trop chère... Femme au foyer c'est la mort de l'âme, de l'esprit, de tout ! Je me suis beaucoup occupée des enfants ». Pressée par la crainte de voir s'épuiser ses droits à la mise en disponibilité, elle accepte un emploi d'aide-soignante dans le premier hôpital qui lui donne une réponse favorable : ce sera l'hôpital Montaigne, bien qu'il soit éloigné de 40 km de son domicile. Elle exprime le souhait de travailler dans un service plutôt « technique », comme réanimation ou urgences, services qu'elle a déjà connus. Après quelques semaines passées dans le pool de suppléance puis aux « brancards », elle est nommée au bloc opératoire, dont elle ignore tout.

Elle y découvre l'isolement au travail et les chamboulements de planning du fait du manque d'effectifs, ainsi qu'une lourde charge physique et mentale, liée à l'importance du matériel à manipuler et aux dysfonctionnements dans la disponibilité du matériel. Ces dysfonctionnements attisent de fortes tensions au sein du collectif de travail, qui s'ajoutent à la « frustration » de cette aide-soignante en matière de contacts avec les malades :

« Quand je suis arrivée, on était 5 AS pour 12 salles, avec des week-end de garde, donc on avait un gros souci, parce qu'avec les RTT des uns et des autres, les congés annuels, les repos hebdomadaires, ça devenait très compliqué, on était tout le temps seule, donc on faisait sauter nos repos, au bout d'un moment on n'en pouvait plus, on a tous craqué, « il nous faut des AS en plus », donc on a fait une grosse démarche... pour montrer la charge effective du bloc, pour pouvoir obtenir, on a obtenu quatre, plus deux de nuit, il n'y avait pas de poste d'AS de nuit (...) Au niveau hygiène c'était énorme les problèmes, dans un bloc ça me paraissait... le néolithique ! Depuis peu j'arrive à prendre plus régulièrement mes repos. Mais comme on nous a mis une charge de travail supplémentaire par rapport à l'hygiène, la stérilisation... Au final, on travaille mieux parce qu'on prend le temps de faire les choses, mais au niveau de la charge ça a doublé (...) du matériel très très lourd, des containers sur chariots, qu'on range selon les rangements prévus à cet effet, selon les spécialités, l'orthopédie, le digestif, le vasculaire... sans se tromper parce que c'est énorme comme arsenal, alors faut s'y connaître un peu quand même, donc là il faut être formée... j'ai appris, je connaissais pas... Pour être formée complètement à fond il faut une bonne année... Après c'est pas compliqué, remplir les bacs... Donc c'est un travail très très épuisant parce qu'on nous demande énormément, parce que dès qu'il manque du matériel faut qu'on cherche, on cherche, on cherche, on fuit dans tous les insultes, on nous insulte, je vous passe les détails... on n'a pas de contacts avec les malades, par contre moi je vais le chercher le contact... Y'a quand même les brancards qui arrivent à l'accueil... Quand j'en ai besoin je vais le chercher... Oui je suis beaucoup frustrée... Je mets une petite couverture, je fais patienter, je dis « l'IBODE va arriver », parce que ça crie énormément dans le bloc, les anesthésistes crient tout le temps, les IBODE, tout le monde crie quoi, les médecins, les chirurgiens, c'est énorme... J'avais jamais vu ça avant, je vous assure ».

Sandra avoue avoir « craqué à plusieurs reprises », mais elle tient bon : les infirmières de bloc – notamment les débutantes – sont plus à plaindre qu'elle, elles ont davantage de contraintes de temps ; elle a des enfants qui l'attendent après le travail ; et elle a bon espoir qu'en s'accrochant encore un peu, sa supérieure tiendra sa promesse et lui facilitera l'accès à la formation d'infirmière.

« Comme je n'ai que le personnel à cocooner, je les cocoone, on serre les coudes, y'a que comme ça qu'on avance... Y'aurait pas ça, c'est carrément la prison, c'est vrai le mot est faible... En plus vous vous rendez compte, je vois les filles sortir de bloc, elles peuvent pas aller aux toilettes, elles peuvent pas manger, elles peuvent pas boire, elles ont pas de temps, elles ont pas de relève, c'est à la chaîne. Tout le monde s'en va ! Y'a eu une grève là, mais vous vous rendez pas compte des conditions de travail ! C'est énorme. Encore nous les AS on a la possibilité d'aller boire un thé parce que si on arrête... Mais elles (les infirmières) c'est pire, franchement les jeunes qui entrent au Bloc... Non c'est pas un service à leur rendre... Tout le monde pleure là-dedans... C'est terrible. Moi, les premiers temps, je travaillais avec une infirmière débutante, on repartait

ensemble, sur le parking on pleurait quoi ! Elle pleurait. Moi, je suis plus mûre, j'ai vécu des choses, donc je prends beaucoup sur moi. Et puis moi j'ai des enfants, donc je vis différemment, moi, une fois que je sors, je peux faire la part des choses, moi, je reste quelqu'un qui reste beaucoup motivée sur tout, j'aime apprendre, ça m'intéresse quand même parce que j'apprends, je me permets de rentrer en retard, des fois il y a des chirurgiens qui sont très sympas, ça arrive quand même.... J'ai craqué à plusieurs reprises, j'ai voulu partir, mais mes cadres m'ont en dissuadé....J'ai eu l'idée de demander un autre hôpital pour me rapprocher de mon domicile, mais d'un autre côté, comme je voulais passer le concours de l'école d'infirmière et que je suis quand même quelqu'un de relativement fidèle »

Sandra souffre de manque de sommeil, elle qui se définit comme une « grosse dormeuse ». Malgré l'arrangement qui lui permet de bénéficier de trois mercredis libérés sur quatre pour ses enfants, elle met en accusation les horaires de travail, notamment en cas de rythme « soir-matin » - « dans ces cas-là, je ne dors pratiquement pas » - ; la longueur de ses trajets ; son « travail de maman le soir » ; la peur de ne pas se réveiller ; « l'ambiance difficile entre collègues, parce qu'en fait on se torture au niveau du planning, et puis par rapport à notre façon de travailler ». Elle met également en accusation le manque de reconnaissance : « le stress c'est se dire « je vais pas y arriver » « je suis pas efficace » - enfin pour moi hein – moi j'ai besoin d'être efficace pour rentrer chez moi et me dire « c'est bon, j'ai fait une bonne journée quoi », j'ai besoin de reconnaissance et on n'en a pas, donc ça me stresse (...) Et reconnue, que de temps en temps on dise « c'est bien t'as pris l'initiative, j'ai vu que tu l'avais prise, c'est bien », mais là y'a rien, on voit pas, même si vous faites bien ou pas on voit pas...C'est quasiment jamais, jamais on m'a dit « c'est très bien ce que tu as fait », j'ai jamais entendu dire ».

Depuis qu'elle travaille au bloc Sandra souffre de chutes de tension et d'asthme. Si elle n'y travaillait pas au moment du « Syndrome du Bâtiment Malsain », elle pense que ses migraines sont liées aux produits manipulés : « On nous a dit que c'était réglé, que c'était normal, qu'il y avait trop de mélanges de produits, mais à mon avis ça y est toujours, parce que régulièrement on est tous malades (...) je peux vous dire que j'ai moi aussi des migraines, des maux de tête... Oui je pense que c'est lié à tous les produits ».

Toute la question est donc de savoir combien de temps elle « tiendra » dans ces conditions difficiles, captive qu'elle est d'une « fidélité » minimale au service si elle veut espérer obtenir sa formation d'infirmière.

Autre cas d'arrivée tardive à l'hôpital en tant qu'aide-soignante, celui d'Elise Sabo, qui travaille en « médecine interne ». On la trouve également dans le type « A ». Elle est recrutée à l'âge de 39 ans après un parcours professionnel de près de vingt ans dans le secteur privé avant de décider de se stabiliser. Titulaire d'un BTS de tourisme, elle travaillera sur des contrats précaires en Angleterre, puis en Italie, puis en France, dans ce secteur et dans la location de véhicules. Alors qu'elle ne déclare que 12 mois de chômage et qu'elle dit avoir longtemps trouvé facilement du travail, c'est la conjonction d'une stabilisation familiale, d'une seconde naissance, et d'un projet d'accession à la propriété du logement qui la poussent à rechercher une stabilité professionnelle. Quelques mois à peine après son embauche elle fait une lombalgie, mais refuse de s'arrêter car elle est encore en CDD et ne veut pas passer pour « quelqu'un qui est en maladie sans arrêt ». Depuis elle apprend à s'économiser et évite de manipuler seule des malades.

On l'a vu un peu plus haut avec le cas de Patricia Irdan, on peut évaluer tout à la fois positivement sa santé et percevoir une influence négative du travail sur sa santé physique : c'est le cas de Denise Siler, qui est même la seule des quatre soignantes jugeant le mieux leur état de santé (celles qui la notent 9 ou 10), qui déclare quant à elle une telle influence. Il est vrai que c'est l'une des deux plus jeunes. Et que la plupart de ses réponses au questionnaire décrivent un tableau plus favorable des conditions de travail, de la satisfaction au travail et de la santé au travail que les soignantes que nous venons d'évoquer. Elle ne fait d'ailleurs pas partie du type « A », mais du type « C », celui de « l'exécutant peu sollicité et en retrait ». Elle juge son travail moyennement fatigant et stressant (7/10). Si elle se considère plutôt mal payée, elle a choisi cette

profession et ne se prononce pas sur l'évolution des conditions de travail, n'ayant pas assez d'ancienneté pour juger. Elle bénéficie d'un bon soutien social, en particulier de la part des collègues, et d'un indice « Karasynt » proche de la moyenne. Elle déclare six ennuis de santé, mais un seul - des troubles du sommeil - qu'elle relie à son travail, et ne signale aucune situation professionnelle passée ayant pu influencer négativement sa santé. Elle fréquente un médecin et prend régulièrement des médicaments régulièrement, dit se soucier de sa santé depuis toujours, ne signale aucune maladie professionnelle ou accident du travail, et n'a pas été en congés maladie au cours de deux dernières années. Dernière indication importante issue du questionnaire, la place de la précarité dans son parcours - 4 ans et demi de précarité, dont 13 mois de chômage, sur une dizaine d'années de vie active - et dans son vécu actuel : encore sur CDD, elle dit craindre pour son emploi à court terme, sous la forme du « licenciement économique » précise-t-elle.

Ce qui caractérise le rapport au travail de Denise c'est le soulagement et la satisfaction qu'elle exprime au terme d'une période très difficile d'insertion dans la vie adulte, qui lui fait apparaître sa nouvelle condition d'aide-soignante hospitalière comme positive. Ce soulagement et cette satisfaction s'inscrivent dans une trajectoire sociale et professionnelle promotionnelles. Ils sont renforcés par sa vision de l'hôpital public comme espace promotionnel, ici vers le statut d'infirmière. Reste que travaillant dans un service très « lourd » - gériatrie - où le travail d'aide-soignante consiste essentiellement en toilettes et manipulations de patients dépendants, malgré l'excellente ambiance dans l'équipe, elle souffre de fatigue physique - premiers signes de TMS - et mentale - cauchemars liés au travail. D'où son jugement partagé sur l'influence de son travail sur sa santé : négative côté santé physique, positive côté santé psychique.

Portrait 8 : « Depuis le temps que je voulais entrer à l'hôpital ! »

Comment comprendre ce « cri du cœur » chez une aide-soignante travaillant dans un des services réputés les plus « lourds » de l'hôpital, la gériatrie ? Une trajectoire sociale, professionnelle et personnelle ascendante, des éléments de satisfaction dans le travail, et des espoirs d'évolution vers la profession d'infirmière forment un triptyque plausible au principe de cet apparent paradoxe.

Denise est issue d'une famille ouvrière et dissociée : son père, retraité, était manutentionnaire, et sa mère, bénéficiaire de l'allocation « COTOREP », est restée principalement au foyer ; Denise ne s'entend pas plus avec cette dernière qu'avec son père ou sa belle-mère. La seule personne ressource de la constellation familiale est une sœur aînée sur laquelle elle a pu compter dans certains moments difficiles, notamment pour lui fournir provisoirement un toit. L'échec scolaire la conduit vers un BEP « sanitaire et social », voie classique d'accès aux concours d'aide-soignante ou d'aide éducatrice. Elle en tente quatre et échoue autant de fois, par « manque de confiance » en elle nous précise-t-elle. Ne lui reste plus que la perspective des petits boulots du secteur privé. Ce sera « hôtesse d'accueil » à mi-temps chez Mac Donald's, ce qui lui permet de quitter le foyer maternel pour un « foyer » pour travailleurs célibataires. Elle y progresse et devient « hôtesse principale », mais elle quitte cet emploi pour se rapprocher de son nouveau compagnon, mécanicien sur avions. Elle connaît deux nouveaux emplois précaires avant la naissance de son fils : auxiliaire de vie dans une maison de retraite - « c'était horrible, on était seule pour je sais pas combien de personnes, là j'ai fait une dépression, carrément » - et de nouveau employée chez Mc Do, où on lui fait « ramasser les poubelles ». Après la naissance de l'enfant elle reste quelques mois au chômage, vivant alors dans un village assez isolé, sans permis de conduire. Elle se sépare rapidement de son compagnon et revient chercher du travail dans sa ville d'origine. Suivent deux années de « galère », où elle connaît les emplois aidés et l'aide sociale - CES comme auxiliaire puéricultrice, RMI - et enfin la « chance énorme » d'une aide du conseil général pour la préparation du métier d'aide-soignante.

Diplômée aide-soignante en 2006, elle trouve rapidement un CDD au bloc opératoire d'un hôpital privé à but non lucratif. C'est un « boulot tranquille » qui a l'avantage d'offrir des horaires de journée et donc de lui permettre de prendre en charge son fils. Mais la promesse de passage sur CDI ne se réalise pas. Après quelques semaines d'intérim en cliniques privées – « ils appelaient au dernier moment, c'était pas pratique avec mon fils » - elle est enfin embauchée par l'hôpital public : « j'étais super contente, depuis le temps que je voulais entrer à l'AP, j'ai toujours eu envie, c'est toujours ce que j'ai voulu faire, pour la possibilité d'évolution déjà, pour le salaire aussi, les avantages... Parce que même après le BEP j'avais déjà déposé des candidatures... ». Sans aucune possibilité de choisir son service d'affectation – « personne ne veut aller en gériatrie » -, elle se retrouve en gériatrie. Devenue depuis peu stagiaire fonctionnaire, elle est désormais en droit de formuler une demande de changement de site ou de service, mais elle se définit comme « une personne qui aime pas trop le changement » et préfère attendre, de peur que cela se passe mal ailleurs : « on sait ce qu'on quitte mais on sait pas ce qu'on prend »...

L'horizon s'est donc enfin dégagé : elle a trouvé un emploi d'aide-soignante à l'hôpital public, elle a passé son permis de conduire et acheté une automobile, elle a trouvé un nouveau compagnon, ouvrier qualifié chauffagiste, « quelqu'un de bien » ; les parents du conjoint, à proximité desquels le jeune couple vient de s'installer, aident à la prise en charge de l'enfant ; et Denise espère ne pas rester trop longtemps dans ce service « lourd ». En effet le travail y apparaît pénible, au point qu'elle fait parfois des cauchemars la veille des jours où elle travail le matin. Mais elle y trouve tout de même des gratifications : une bonne entente au sein du personnel du service et avec la surveillante. Et, par-dessus tout, le plaisir de la relation avec les malades.

« C'est un peu lourd quand même, on a des malades dépendants, des fois on a l'impression que les patients sont tous lourds, qu'au niveau des patients on n'avance pas, on rame, des fois il m'est arrivée de faire des cauchemars la nuit – je vous dit la vérité – je suis dans une chambre en train de faire une toilette et j'avance pas (rires), donc psychologiquement ça perturbe un peu, quand je sais que quand je vais être du matin, c'est la nuit d'avant que je fais ces cauchemars... Le matin c'est plus lourd surtout, on a toutes les toilettes, et puis on a quand même de sacrées responsabilités mine de rien... Il faut pas se loucher, il faut pas faire tomber le patient... Et puis on n'est pas trop aidée quoi. Par exemple, j'ai cinq patients grabataires, un dimanche et on n'a rien reçu pour leur mettre dessus, ils vont rester deux heures tout nus, c'est pas normal, et on a l'impression d'être dans le pipi-caca toute la journée (rires) ... Au début c'était difficile, j'étais déprimée... Il y a des fois où on se dit « je partirai jamais de là, c'est trop bien »... En fait le travail me plaît énormément ...Le contact avec les personnes âgées, bon là par exemple hier j'ai eu des compliments de deux patients, je veux dire, on part on a presque les larmes aux yeux, ça me plaît trop, j'adore ce contact avec les personnes âgées, je veux dire c'est humain, c'est un contact proche, plein de choses qui me plaisent en fait...Et des fois, quand ça se passe mal, je me dis « je veux partir d'ici, j'en peux plus, j'en ai marre »... Quand on est deux AS plus trois élèves, on se dit « mon dieu, j'adore travailler comme ça » parce qu'on a le temps de parler avec le patient... parce que souvent ces personnes âgées sont désorientées, pas de famille qui viennent les visiter....Oui, ne pas avoir le temps de leur parler, ça ça m'énerve »

A 31 ans à peine, Denise se juge encore bonne santé, puisqu'elle l'évalue à 9/10, mais elle n'hésite pas à décrire sa fatigue et son stress : « Au début j'avais hyper mal au dos, quand j'avais un jour de repos je pouvais rien faire d'autre, je me reposais, je dormais » - et le fait que son travail influence négativement sa santé physique ne fait aucun doute à ses yeux : « par rapport au dos, aux manutentions, tout ça.. Quand au « stress », c'est « par rapport à la charge de travail, s'en sortir, j'ai toujours peur ». Elle pense par contre que son travail n'influence pas sa santé psychique. Il est vrai qu'elle a connu une longue période de galère marquée par des épisodes dépressifs qui l'on conduit à consulter un psychanalyste, et qu'elle se sent beaucoup mieux sur ce plan.

Pour l'heure, Denise n'a la garde de son fils que deux semaines par mois. Elle juge ses horaires « assez pratiques », elle bénéficie régulièrement d'un week-end de repos tous les quinze jours, qu'elle parvient à faire coïncider avec le rythme de la garde alternée. Est-ce parce qu'elle est encore stagiaire et qu'elle en a encore la possibilité qu'elle accepte de faire des heures supplémentaires sous la forme de nuits ? En tous cas ce rythme de travail semble avoir réveillé chez elle des douleurs au cou et au bras - qu'elle hésite cependant à imputer entièrement à ses conditions de travail, puisqu'elle fait aussi du tricot - et le temps de repos lui semble insuffisant.

« En ce moment je fais des nuits supplémentaires, trois nuits ce week-end, à la demande de la surveillante, où mon fils était chez son père, trois nuits ça fait trop parce que le lundi je commençais à 6 heures, j'ai fait deux nuits, c'est la période des fêtes, pour gâter tout le monde... C'est fatigant, mais ça va (...) Depuis que j'ai fait ces deux nuits j'ai mal au cou, j'ai dû prendre une mauvaise position, j'étais crevée, j'ai essayé de me reposer un peu, mais pas longtemps hein, je me suis mise un peu à la salle de pause, j'ai mis ma tête comme ça et depuis j'ai mal au cou... Je vais faire des radios, parce que depuis 4 mois j'ai des... je pense que ça couvrait avant... Mais le fait d'avoir fait des nuits ça a réveillé le truc encore plus...J'ai des fourmillements dans les doigts depuis 4 mois... Des douleurs dans le bras, j'arrivais plus à me servir de ma main gauche, là ça va mieux, je suis allée voir une interne au 7^{ème} étage, elle m'a dit qu'elle pensait que c'était le syndrome du canal carpien... Alors je sais pas, comme je tricote pas mal en ce moment... Là, ça va mieux, alors je sais pas... On m'avait dit aussi que quand on avait un souci au niveau des cervicales ça pouvait faire des soucis aux mains... Le problème aussi qui est important ... c'est que quand on a un jour de repos, on peut pas – par exemple aujourd'hui je devrais voir le médecin – aujourd'hui j'ai rendez-vous avec vous, la semaine dernière j'avais du rangement à la maison, le linge....Le jour de repos suffit pas, on n'a qu'un WE de repos sur deux... ».

Comment Denise voit-elle maintenant son avenir ? A court terme, elle envisage de demander une mutation en réanimation ou en chirurgie orthopédique, puis d' « évoluer », de « progresser » vers un poste d'infirmière spécialisée, afin de rester « près du patient »... ce qui n'est pas le cas des surveillantes...

Autre exemple de jeune aide-soignante qui est « folle de joie » quand elle apprend son recrutement par l'hôpital, Sylvia Sivet, 30 ans, qui travaille pourtant dans un service réputé également très difficile, celui des urgences. Dans son cas, ce n'est pas un parcours de « galère » de plusieurs années qui fait référence pour son évaluation fondamentalement positive de sa situation, mais l'expérience de son premier emploi en maison de retraite : cet établissement comptait 180 pensionnaires, dont une vingtaine de cas « psychiatriques », et une équipe soignante limitée à six agents : « j'ai fait des cauchemars, je suis tombée enceinte quand je travaillais là bas, certains avaient des visages déformés, pour une jeune de vingt ans c'était horrible »... Elle se juge en excellente santé (9/10) et refuse de se prononcer sur un lien entre son travail et sa santé physique. Ses réponses au questionnaire Karasek la situent plutôt au-dessus de la moyenne des soignantes de l'hôpital Montaigne. Elle bénéficie également d'un atout particulier : elle est originaire des quartiers populaires où est implanté l'établissement, et dit vivre de ce fait beaucoup moins de tensions avec ce public qu'elle connaît bien que certaines de ses collègues. Et elle aussi est assez confiante dans son avenir professionnel, elle prépare déjà activement le concours d'entrée à l'école d'infirmière.

Sur les six aides-soignantes que nous avons interviewées, les quatre plus jeunes – qui ont de 30 à 41 ans – ont toutes le projet, plus ou moins avancé, de devenir infirmière. Il faut sans doute y voir une dimension de la motivation particulière des aides-soignantes volontaires pour les entretiens, peu nombreuses parmi la cinquantaine qui ont rempli le questionnaire (seulement 11 des 48, contre 31 des 88 infirmières). L'une de ces quatre, Nadine Sivel, 31 ans, est même entrée en école d'infirmière entre le moment où elle a rempli le questionnaire – elle travaillait alors à la salle de réveil du bloc opératoire, et elle était présente au moment des événements qualifiés comme « SBM »⁸⁵ - et celui où elle est interviewée, tout en affichant des ambitions plus élevées encore : devenir cadre de santé ou infirmière spécialisée, ou, à défaut, quitter le service public pour devenir

⁸⁵ Cf. la troisième partie de ce rapport.

infirmière libérale. Ces aspirations semblent fondées dans une trajectoire sociale et personnelle de reclassement : son père a été cadre, son conjoint est également cadre, et elle a débuté sa vie active comme caissière en supermarché, avant de suivre la formation d'aide-soignante. On retiendra de son entretien la manière dont il éclaire son ambivalence quant au lien travail/santé : dans le questionnaire elle se déclare en excellente santé, ne se prononce pas sur la relation avec sa santé physique, mais elle perçoit un lien négatif avec sa santé psychique. En fait, elle distingue sa situation actuelle, où les effets ne sont pas manifestes – ou pas unilatéraux ? - des effets différés dans le temps du travail sur la santé, qu'elle met fortement en avant. Prenant appui sur sa connaissance de l'état de santé de ses collègues plus anciennes dans le métier, elle affirme qu' « on ne peut pas rester infirmière toute sa vie ». « Je ne sais pas si il y a vraiment un impact encore sur ma santé. Par contre, quand je vois mes collègues aides-soignantes et infirmières, elles ont toutes mal au dos, elles sont toutes fracassées, hernies discales. Je les vois, elles sont toutes fatiguées, elles ont toutes eu des problèmes, nous en salle de réveil – notamment pour celles qui sont restées longtemps en salle de réveil – elles sont toutes opérées de la vésicule, à force de respirer des gaz (...) Elles sont toutes pleines de varices, moi aussi je commence à avoir les jambes qui gonflent l'été...Je me leurre pas, je sais que ça va arriver, même si je travaille bien...je pense qu'il y aura une influence... Maintenant, pour l'instant c'est sûr, je suis jeune, ça va ».

On rencontre pourtant quelques soignantes de plus de 60 ans, ayant une longue carrière hospitalière derrière elles. C'est le cas de Sophie Hernandez, 62 ans, qui a quitté l'école à l'âge de 14 ans pour devenir apprentie coiffeuse. Entrée à l'hôpital il y a bientôt 30 ans, à l'âge de 34 ans, elle compte bien demander à pouvoir y rester jusqu'à 65 ans pour améliorer son niveau de retraite. Nous l'avons rencontrée au moment de notre pré-enquête.⁸⁶ Nous souhaitions interviewer une aide-soignante ayant bénéficié d'une mutation vers un poste aménagé, selon la procédure officielle. Elle a passé 13 ans dans un service réputé particulièrement lourd, celui de neurochirurgie avant d'être mutée, il y a trois ans, en « Exploration fonctionnelle Respiratoire ». Le premier est celui qui l'a le plus « marquée » nous dit-elle : les patients sont des accidentés et surtout des malades de cancers, très souvent paralysés, le taux de guérison y est faible. Mais elle s'est attachée à ce service, surtout à ses patients, dont elle parle comme de « grands enfants »...au point qu'elle déclare fièrement n'avoir pratiquement jamais pris d'arrêt maladie, et avoir repris le travail sans être complètement rétablie. Elle précise qu'elle s'était très bien adaptée au rythme de travail en alternance matin/soir. Elle n'a même jamais demandé à quitter ce service quand elle a commencé à souffrir de lombalgies et de TMS. C'est sa surveillante qui a jugé qu'elle ne pouvait plus continuer à y travailler. Elle nous précise pourtant que l'ambiance dans l'équipe y était assez médiocre, que nombre d'aides-soignantes n'avaient pas son niveau de conscience professionnelle ; qu'elle avait pris l'habitude, compte tenu de la charge de travail excessive, de ne pas appliquer les conseils en matière d'ergonomie de la manipulation des malades, comme « la bascule du bassin » ; que les surveillantes ne restaient pas longtemps en poste dans ce service : autant de facteurs que l'on peut juger comme défavorables à la santé au travail. Elle se retrouve donc aujourd'hui dans un service qui ne fonctionne qu'en consultation, selon des horaires réguliers de jour et sans travail de week-end. Son travail est certes beaucoup moins pénible mais moins gratifiant. Elle a développé apparemment une relation instrumentale à son endroit, patientant en attendant son départ en retraite. En fait son attachement à son travail et à l'hôpital paraissent plus profonds. Comme Elvire Inaldi, elle vient de vivre un veuvage douloureux, et son travail apparaît un peu comme un lieu d'ancrage et de stabilité dans une existence qui n'a pas été rectiligne : elle a connu une séparation plus jeune, et une longue période d'instabilité professionnelle et d'emploi du « bas de l'échelle » salariale - ménages, manutention – avant d'entrer à l'hôpital comme simple

⁸⁶ Ce qui explique que nous ne lui ayons pas fait passer notre questionnaire, qui n'était pas encore élaboré.

ASH, puis de passer AS dix ans plus tard, encouragée par sa surveillante...⁸⁷ Pour cette femme d'origine très modeste, qui a connu la précarité professionnelle lors du premier tiers de sa vie active, qui se retrouve à vivre seule depuis peu, l'hôpital a représenté un espace de stabilité, de promotion et de valorisation qu'il est difficile de se résoudre à quitter, malgré les atteintes sérieuses à la santé qu'elle a pu y connaître...

Dernière des aides-soignantes que nous avons rencontrées, Martine Serne, 56 ans, dont 29 ans passés à l'AP, est également en fin de carrière. Ce qui la sépare de Sophie, c'est une origine sociale moins modeste, la présence d'un compagnon, un travail dans un service beaucoup moins lourd, et des centres d'intérêts extra professionnels nombreux : du coup elle partira volontiers à la retraite plus tôt, dès l'année prochaine, quand elle aura atteint ses 30 annuités. Fille d'agriculteurs, Martine décrit son père comme un intellectuel autodidacte de qui elle a hérité d'une curiosité pour le monde, sa géographie, l'art et l'artisanat. Jeune adulte elle connaîtra plusieurs années de vie de bohème et de voyages, marquée par une instabilité professionnelle choisie et une rupture conjugale précoce. C'est seulement à 26 ans qu'elle suivra une formation d'auxiliaire puéricultrice avant d'intégrer l'hôpital, d'abord pendant 16 années comme aide-soignante en ophtalmologie, puis comme aide puéricultrice en maternité. Ses conditions de travail apparaissent clairement plus favorables que la moyenne, elle apprécie les horaires décalés qui lui laissent du temps libre, elle est même favorable aux « 12 heures » qu'apprécient, selon elle, les sage-femmes qu'elle côtoie. Elle note sa santé 5/10, mais considère que c'est une évaluation plutôt positive compte tenu de son âge, et répond, après hésitations, que son travail influence « plutôt » négativement sa santé physique et sa santé psychique...⁸⁸ Voyages lointains, artisanat, jardinage, tels sont les loisirs qu'elle pratique déjà et qu'elle développera prochainement lors de sa retraite.

1-5 Les ambivalentes : « ce que je fais me plaît... mais on travaille pas comme il faut »

Les plus nombreuses parmi les soignantes sont celles qui déclarent que le travail n'influence pas leur santé ou qui ne se prononcent pas sur cette question : la moitié des infirmières comme les aides-soignantes sont dans ce cas pour ce qui est de la santé physique, ainsi que pour ce qui est de la santé psychique. Parmi d'autres possibles, deux interprétations de ce phénomène viennent à l'esprit : influences positives et négatives peuvent se neutraliser ; méconnaissance et déni des influences négatives peuvent venir faire barrage à la conscience de ces dernières. Parmi les infirmières que nous avons interviewées, ces dernières relèvent soit du type « A » (« responsable à forte contribution, mal soutenue et reconnue ») soit du type « C » (« salarié autonome, bien soutenu et reconnu »)

En mettant en exergue deux expressions prononcées par une infirmière que nous allons présenter plus bas, Corine Inal, et qui feraient volontiers consensus au sein des soignantes relevant de ce profil – on en trouve de multiples variantes dans les entretiens - on veut

⁸⁷ On sait que nombreuses sont les anciennes ASH parmi les aides soignantes des anciennes générations. Aucune des six que nous avons interviewées à la suite de l'enquête par questionnaire n'est dans ce cas, alors que presque toutes souhaitent devenir infirmière. Il semble clair que les aides-soignantes qui ont rempli le questionnaire, et plus encore celles qui se sont déclarées volontaires pour les entretiens, sur-représentent la composante la plus proche socialement de la catégorie infirmière.

⁸⁸ Ici le questionnaire a été rempli en cours d'entretien, et non administré, ce qui nous a permis d'enregistrer de telles hésitations dans les réponses à de nombreuses questions. C'est le cas par exemple quand il s'agit de choisir entre « d'accord » et « pas d'accord » à plusieurs des questions « Karasek », Martine précisant « ça dépend des jours », ou « ça dépend s'il s'agit du matin ou du soir ».

mettre l'accent sur la tension constitutive de l'ambivalence de leur rapport au travail et à la santé au travail : elles aiment leur travail mais réprouvent nombre des conditions dans lesquelles elles sont amenées à l'exercer.

Corine Inal, 37 ans, est infirmière spécialisée (« IBODE ») au bloc opératoire. L'A.F.C. la situe dans le type « C ». Elle affiche une des meilleures notes sur sa santé (9/10) tout en déclarant un travail aussi « fatigant » que « stressant » (8/10). Elle ne se prononce pas sur l'influence de son travail sur les deux volets de sa santé. Elle déclare ne pas avoir choisi sa profession – elle aurait aimé être enseignante – tout en disant « ne pas vouloir changer de poste » car « j'aime mon métier ». Elle se sent plutôt mal rémunérée, et ses réponses au questionnaire « Karasek » font état d'un soutien social supérieur à la moyenne côté supérieurs, et d'un bon indice « Karasynth ». Elle ne déclare que deux ennuis de santé – se sentir « parfois » irritable et découragée -, le second étant associé au travail. Elle ne consulte de médecin ni ne prend des médicaments, et dit faire attention à sa santé « depuis deux à trois ans ». Elle ne déclare aucune maladie professionnelle ni arrêt maladie au cours des deux dernières années, mais signale deux accidents du travail – un AES et un « mal de dos » - n'ayant donné lieu ni à arrêt ni à déclaration... Elle signale – ce qui est très rare chez les infirmières – qu'il « lui est arrivé de ne pas se soigner ou de reporter des soins pour des raisons financières ». Enfin elle déclare quatre types de situations professionnelles ayant pu avoir des effets néfastes sur sa santé (effectifs, charge, horaires, éloignement domicile-travail).

Portrait 9 : « Je suis très zen ». « Je suis peut-être trop positive »

A 37 ans, cette jeune infirmière de bloc, divorcée avec un enfant de sept ans à charge, se présente comme étant « bien dans sa peau » : elle se dit « zen », avance cette fameuse « bonne distance » indispensable à la « bonne professionnelle » des soins, se définit comme « positive, peut-être trop ». C'est ce « peut-être trop » qui attire notre attention et nous invite à scruter ce qui dans ses propos nuance un rapport fondamentalement positif à la profession, au travail et à la santé au travail qu'elle met fortement en avant. Au point qu'on peut se demander si elle travaille bien dans le même service que Sandra Seba, dont nous avons vu plus haut qu'elle le décrivait sous un jour sombre, un service « où tout le monde crie tout le temps »...

Corine est pour l'instant dans une condition sociale qui reproduit *grosso modo* celle de ses parents, aujourd'hui retraités : sa mère était institutrice, son père policier. Elle souhaitait devenir elle aussi enseignante ou faire de la médecine légiste, mais ces projets sont peu affirmés et sa mère choisit pour elle le métier d'infirmière : « finalement j'ai passé le concours, je me suis rendue compte que j'étais faite pour ça... C'est pas une histoire de vocation, mais c'est une histoire qui fait partie de ma personne, mon surnom c'est « Mère Teresa », j'ai l'habitude d'aider les gens »... Dans quelle mesure s'est-elle vraiment réapproprié ce projet maternel, telle est la question que l'on peut se poser quand on l'entend évoquer ses projets d'évolution vers la fonction... d'enseignante en IFSI.

Elle connaît principalement deux services hospitaliers. Pendant une douzaine d'années, un service « post-bloc transplantations », où elle est incitée à entrer en relation avec l'activité de bloc opératoire et envisage très tôt de devenir infirmière de bloc, la naissance d'un enfant – dont elle assume tôt entièrement la charge - l'amenant à différer son projet de spécialisation comme IBODE. Cette formation achevée, elle obtient une mutation vers le bloc de l'hôpital Montaigne, qui présente le triple avantage d'être un bloc pluridisciplinaire permettant davantage de polyvalence, d'offrir aux infirmières des horaires à dominante de journée (8 h-16 h.), et d'être situé moins loin de son domicile. Corine se définit, à l'inverse de Priscia Irdan, comme une infirmière « technique », « parce que je suis très humaine comme personne ». Elle estime avoir la double orientation, « technique » et « relationnelle » : « j'ai des bonnes relations avec les patients, le souci de leur confort, j'ai tellement vu de patients en post-opératoire angoissés, que je me dis si

on les prépare bien avant l'intervention ils le seraient peut-être moins, ... On devrait avoir la possibilité de faire des entretiens pré-opératoires, de faire connaissance avec le patient avant, de lui expliquer le déroulement, de manière à ce quand il arrive au bloc il reconnaisse quelqu'un, un visage, mais avec la gestion du personnel qu'on a, le manque de personnel, c'est impossible (...) la frustration est plus de ce côté-là.». Un peu plus loin elle précise que c'est dans ce domaine qu'elle est « parfois amenée à faire des choses contraires à ses valeurs » - à propos du patient - n'ayant « pas eu le temps de l'accueillir, de lui parler, de me présenter ». Un peu plus loin encore : « On travaille dans l'urgence, dans le souci de la productivité, c'est malheureux de le dire et on travaille pas comme il faut travailler, c'est-à-dire que le patient il est pris pour un numéro (...) ce que je ne supporte plus, c'est de ne pas connaître le patient... J'ai été confrontée à un patient sourd et muet, il n'y a rien de pire...Ou à un unijambiste, vous vous présentez avec deux chaussons et quand vous soulevez le drap vous vous apercevez qu'il n'a qu'un seul pied. »

Corine est des 22 soignantes celle qui évalue le plus positivement le « soutien social » de la part de ses supérieurs : « j'ai un grand respect de la hiérarchie, donc ça se passe toujours très bien...Je me mets à la portée du cadre en fait... Je pense qu'elles font ce qu'elles peuvent avec les moyens qu'elles ont, il faut relativiser... Elle se débrouillent pas mal ». Même vision positive des chirurgiens, avec qui elle « sait s'adapter en fonction de leur personnalité » : « Mais j'ai jamais été dans la béatitude par rapport aux médecins...C'est peut-être pour ça que j'ai jamais eu de problème, je suis toujours restée dans une relation très professionnelle, je vouvoie les chirurgiens ». La vision des collègues est un peu plus nuancée, mais elle parle de « grande équipe, où il faut faire en sorte que tout se passe bien, quand on est huit heures durant dans 30 m2 avec 6 personnes qui ont chacune un impératif ».

« Une bonne professionnelle » : c'est ainsi que Corine se définit. Elle précise « je me sens concernée par ce que je vais faire, je veux connaître tous les implants, les techniques, pourquoi le chirurgien va faire ça plutôt qu'autre chose et pouvoir m'adapter... »... Au point d'amener chez elle le dossier technique préparatoire d'une intervention prévue le lendemain et dont elle ne connaît pas encore parfaitement les composantes, et d'y consacrer une ou deux heures de sa soirée.... Très investie donc, mais « ne ramenant pas ses soucis à la maison », ayant « trop de choses à faire à l'extérieur pour y penser. » Avec des horaires principalement en journée et l'aide de ses parents retraités pour les accompagnements scolaires, elle parvient à prendre en charge convenablement son enfant et à faire du jogging jusqu'à trois fois par semaine, à prendre des cours de Salsa une fois par semaine, aller de temps à autre au cinéma : « je suis quelqu'un qui à l'intérieur de son travail est quand même très épanouie, j'ai une famille, une enfant, je fais du sport, je suis ouverte, je sors, je vais au cinéma, je danse la Salsa... ». Seule ombre à ce tableau donc les « soucis de manque de personnel » qu'elle découvre depuis quelques mois, qu'elle « subit », qui la « gênent » dans son travail... mais « pas au point », nous dit-elle, d' « atteindre vraiment » son moral et sa santé...

Voici comment elle explique sa réponse « Ne se prononce pas » à la question de l'influence de son travail sur sa santé : « On a un métier où on est confronté à énormément de choses, la mort, la maladie, grave, très grave, moi j'ai la chance de pas travailler dans un service de pédiatrie... mais on a un métier où on sait prendre énormément de recul, faire abstraction de beaucoup de choses, et si on devait amener tous les malheurs du monde à la maison je crois qu'on aurait de quoi se tirer une balle... On est dans une profession où on sait énormément se protéger... Moi, j'ai vu des gens mourir, j'ai accompagné des gens vers la mort... ça veut pas dire qu'on est froid, distant, on est là pour permettre à des gens de se redresser face à la maladie... on compatit sans compatir... on compatit sans que ça nous touche. Si c'est trop difficile, alors il faut pas faire ce métier, parce que moi y'a des choses difficiles tous les jours franchement... Mais toutes mes copines qui sont infirmières on n'a pas fait que des choses tristes dans notre profession, on est une équipe quand même... Il y a la relation avec le patient, mais il y a la relation d'équipe qui est une ressource. On peut être mal à un moment donné mais il y a toujours quelqu'un pour vous remplacer...Demain je peux être confrontée à un enfant de sept ans qui a l'âge de ma fille, qui ressemble à ma fille, peut-être que ma collègue va me dire « Corine rentre pas dans cette salle »... Bon ça m'est arrivé une ou deux fois d'être touchée, des gens qu'on voyait longtemps en urologie, c'est une spécialité chronique, vous voyez les gens un an, deux ans, et puis un jour ils reviennent pour mourir...C'est comme dans la vie, vous avez des affinités avec des personnes... Mais moi je ramène pas ça à la maison, heureusement mon Dieu ! (...) moi ça m'empêche pas de dormir »...

Dans ces conditions elle se voit travailler encore une dizaine d'années au bloc, avant de faire une nouvelle formation qui la conduirait vers une fonction d'enseignante en IFSI... A moins que la situation des effectifs et des horaires de travail – avec la menace d'une mise en place des astreintes et des 12 heures – ne la contraigne à démissionner de l'AP pour travailler en intérim ou passer au statut de libérale... Mais « je pense que je vais rester dans le paramédical ou la santé... je resterai infirmière... à moins de gagner au loto »...

« Je suis très positive, je suis peut-être trop positive ». Au travers d'une de ses dernières expressions en fin d'entretien Corine formule une réserve à cette image très positive qu'elle dessine d'elle-même : son adhésion à la profession n'est-elle pas excessive, malgré cette bonne distance qu'elle cultive à son travail ? Ne la conduit-elle pas à s'accoutumer aux frustrations associées à un rythme excessif – notamment l'absence de relations aux patients, « pris pour des numéros » -, et à s'interdire d'imaginer une reconversion professionnelle ?

On peut rapprocher le cas de Corine du premier profil de soignantes, celui pour lequel « l'hôpital c'est la santé », ou, plus précisément « l'hôpital n'entame pas une bonne santé », comme Priscia Ines ou Pierrette Iraly. Nous avons choisi de le traiter ici dans la mesure où il permet mieux d'approfondir la question des ambivalences, ce qu'indiquent d'ailleurs ses réponses « Ne sais pas » - et pas « Non » - aux questions de l'influence du travail sur la santé. Ce qui domine en effet chez elle, c'est une relation positive au travail et à la santé : les deux principales réserves portent sur une orientation non choisie vers la profession d'infirmière – c'est un projet maternel, mais cette orientation initialement subie apparaît tout de même largement réappropriée -, et sur les frustrations professionnelles en matière de relation insuffisante aux patients. Pour le reste, la vie professionnelle paraît satisfaisante : elle est devenue infirmière spécialisée IBODE, s'intéresse à son travail au point de travailler à son domicile à la préparation des interventions qu'elle ne maîtrise pas encore parfaitement, valorise la solidarité au sein de l'équipe, parvient à construire la « bonne distance » de la compassion professionnelle aux malades et de la relation professionnelle aux médecins et aux cadres de santé. Et sa situation de mère divorcée ne semble pas perturber une vie extra-professionnelle riche en diverses activités, aux temporalités maîtrisées grâce à des horaires principalement de jour et assez réguliers et 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 bien 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, et l'équipe joue 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 ici à la fois perçu comme construit par les conditions et le collectif de travail... et naturalisé.

Dernière remarque : Corine est une des rares soignantes qui déclare « reporter des soins pour des raisons financières » - il s'agit d'importants soins dentaires – mais il ne lui vient pas à l'esprit ici de mettre en relation une dimension majeure du travail (le niveau de salaire), avec une atteinte à sa santé.

Autre jeune infirmière du bloc dont les réponses à la question de l'influence du travail sur la santé, « ne se prononce pas », sont les mêmes que Corine, Jeanine Ifrome, 32 ans. Elle vient d'avoir un bébé il y a quelques semaines et transpire le bonheur et la sérénité quand nous l'interviewons à son domicile, dans un grand appartement d'un immeuble bourgeois du XIXème siècle. Ce standing s'explique par le fait qu'elle a épousé un... chirurgien, lequel travaille actuellement au même endroit qu'elle. L'énigme d'une note relativement sévère attribuée à sa santé pour une jeune soignante (7/10) s'explique par le fait qu'elle souffre de polyarthrite, et qu'elle était en fin de grossesse et donc fatiguée au moment où elle a rempli le questionnaire. Aujourd'hui elle la noterait plutôt 8/10. Son rapport au travail et sa description du travail au bloc sont proches de ceux de Corine, ne serait-ce

l'évaluation nettement plus sévère qu'elle fait du « soutien social » dont elle bénéficie dans son questionnaire (et qui explique sans doute largement qu'on la retrouve dans le type « A » et non « C »).

La bonne ambiance compense en partie la forte charge et cette pression temporelle qui amène à ne pas toujours faire un travail d'excellente qualité. Elle prend l'exemple du « badigeonnage » souvent bâclé des patients avant l'opération, ou du non respect des temps de stérilisation de certains appareils, sous pression des chirurgiens – dont elle n'hésite pas, par ailleurs, à dire « on n'est pas du même monde », elle qui vit avec l'un d'entre eux... Cela se traduit pas une certaine culpabilité : « vous vous dites « aujourd'hui j'ai bossé comme une m... » ; « les programmes opératoires sont complètement surchargés, sur-bookés, vraiment limite, ce qui fait qu'on travaille de plus en plus mal je crois ». Elle a beau « assumer » d'être « très technique » plus que relationnelle, elle déplore la médiocrité de la prise en charge des patients. Mais, comme Corine, et malgré le fait qu'elle partage sa vie avec un chirurgien, elle dit parvenir parfaitement à séparer sa vie extra-professionnelle de son travail, ce qui est, chez elle aussi, la clef de sa réponse « ne se prononce pas » sur l'influence du travail sur la santé : « Moi, j'arrive facilement à quitter mon boulot et à penser à autre chose chez moi.... sans aucun problème, j'ai toujours été comme ça.... Même si j'ai passé une journée lamentable et que je suis vraiment pas contente de moi, je rentre chez moi et je pense à autre chose. Donc ça n'a aucune conséquence sur ma vie ». Jeanine, qui a souhaité jusqu'à maintenant rester « petite infirmière » sans se spécialiser comme IBODE, ne restera probablement pas longtemps infirmière. Ayant du mal à trouver une place à la crèche de l'hôpital, elle va peut-être prolonger « par dépit » son congé maternité en congé parental. Et plus tard se reconvertir dans une profession para-médicale comme celle d'orthophoniste. Quand on sait que ses parents sont ingénieur et universitaire, qu'elle vit avec un médecin on comprend mieux que sa profession d'infirmière ne soit vécue que comme une étape dans un parcours de reclassement. D'ailleurs loin d'avoir vécu son orientation professionnelle comme un échec, arrivée en école d'infirmière « un peu par hasard », elle avait découvert qu'elle était « faite pour ça »....

Dernière des trois parmi nos 22 soignantes qui refusent de se prononcer sur une influence du travail sur les deux aspects de sa santé, Christine Irion, 45 ans, sage-femme. Elle travaille en journée à temps partiel, à « l'hôpital de jour » de la maternité. Elle fait également partie du type « A ». Elle donne une note moyenne (7/10) à sa santé, juge son travail moyennement stressant (7/10), mais peu fatigant (4/10). Elle déclare avoir choisi cette profession, se juge « plutôt mal » payée, se singularise par un faible soutien social côté collègues, mais son indice « Karasynt » se situe dans la moyenne. Elle signale des craintes pour son emploi actuel – « je ne suis pas en poste fixe » - et dit « quasi-impossible » de pouvoir retrouver un emploi au moins équivalent en cas de nécessité. Elle pense que ses conditions de travail se sont dégradées. Elle mentionne une « maladie, accident ou malformation grave » dans le passé, probablement la maladie professionnelle reconnue comme telle (allergie), et qui a provoqué un changement de poste, mais n'a pas été malade au cours des deux dernières années. 8 troubles de santé sont déclarés, dont trois sont associés au travail : allergie, nervosité-irritabilité, découragement. Elle ne consulte pas de médecin, ne prend pas de médicaments régulièrement, mais fait attention à sa santé depuis toujours. Cinq types de situations professionnelles passées sont relevées comme ayant pu « parfois » avoir des effets néfastes sur sa santé (précarité d'emploi, carrière, charge, ambiance, exposition à des produits).

En fait Christine est très hésitante quand il s'agit de mettre en relation sa santé et son travail, et de nombreux passages de son entretien vont dans le sens de la reconnaissance d'une telle relation. Deux éléments importants la différencie nettement de Corine et de Jeanine : elle n'évoque jamais le problème de la nécessaire « bonne distance » au travail et de la séparation hors travail/travail – même si sa vie extra-professionnelle n'est

quasiment pas abordée dans l'entretien –, et elle semble aujourd'hui dans une sorte d'impasse professionnelle là où ses deux collègues, plus jeunes il est vrai, ont une vision optimiste de leurs possibilités d'évolution. Il s'en faut donc de peu pour qu'elle reconnaisse pleinement les implications pathogènes de son expérience professionnelle. Sans doute que les éléments de progrès et de satisfaction qui y entrent en concurrence en sont à l'origine : une promotion sociale forte, pour cette rare fille d'ouvrier parvenue dans cette profession de classe moyenne ; une carrière marquée dans toute sa première partie par l'accès à des conditions de travail de moins en moins éprouvantes.

Portrait 10 : « Ça n'a pas d'incidence vraiment ». « Ça a forcément une influence »

Comment reconnaître que le travail a une influence sur sa santé quand on évalue cette dernière plutôt positivement ? Tel est le dilemme dans lequel semble se situer Christine dans ces deux passages de son entretien. Dans le premier, marqué par la référence à la fois l'expérience d'un sujet collectif – « on », « les copines » - et à sa propre expérience personnelle de la maladie professionnelle, elle incline clairement à une réponse positive : le travail influe (négativement) sur la santé :

« On y passe quand même pas mal d'heures de notre vie, donc il est évident que ça influe, autant sur le stress, la fatigue, que les maladies, comme moi la maladie professionnelle. Là, je vois mes copines, après le passage en 12 h., certaines se sont mises sous Lexomil, les kilos ça se voit. C'est aussi sur le long terme. Je disais pour moi la clinique B. ça a été l'enfer, j'ai passé une année à B. correcte, après à St J. j'ai fait une grosse déprime, je pense que c'est lié à tout ce que j'ai vécu à B. Il m'a fallu du temps pour évacuer, digérer, accepter. Et puis après tout dépend du poste de travail. Moi j'ai eu une maladie professionnelle liée au produit... Je pense qu'à l'hôpital on va se rendre compte de certaines choses aussi, tout ce qu'on utilise pour faire le ménage. Je pense que ceux qui inhalent ça auront tôt ou tard des conséquences ».

Dans le second elle tempère ce diagnostic en mettant en avant sa bonne santé :

« Ça n'a pas d'incidence parce que ma santé physique et psychique est à peu près correcte. C'est une question qui me semble tellement évidente que ça a forcément une influence, c'est obligatoire... Une influence plus ou moins grave selon les périodes. Une influence sur ma santé physique c'est une évidence, parce que je suis reconnue comme maladie professionnelle ».

Selon les passages de son entretien, Christine met tour à tour l'accent sur les aspects positifs et négatifs de sa situation de travail, mais ces derniers sont nettement plus marqués chez Corine ou Jeanine.

D'un côté : « J'aurais pu arrêter, au bout de 22 ans de métier... Je vais volontiers au travail, donc globalement je suis satisfaite, notamment de l'échange humain avec les patientes et avec l'équipe. J'aime bien le travail d'équipe, même si c'est très hiérarchisé ». Ou encore : « Le stress, on apprend à la gérer... Moi, quelque part je l'aime ce stress dans mon travail... ça fait partie de mon métier, je trouve ça un peu ennuyeux si il n'y a pas un minimum... j'aimais bien un accouchement difficile où il n'y a que les mains qui n'ont pas le droit de trembler mais le reste du corps qui... »

De l'autre : « La charge de travail n'a pas diminué, bien au contraire elle a augmenté, et dans des locaux bien plus exigus, il a fallu gérer le stress des femmes, le mélange des genres. C'est une situation ubuesque et catastrophique des fois ». Ou encore : « La reconnaissance ? Là aussi je ne me fais plus d'illusions. La reconnaissance de l'institution, absolument pas, je n'y crois plus (...) Reconnaissance des médecins, c'est pareil, je n'ai pas d'illusions non plus, je pense qu'ils sont reconnaissants si ça leur sert ».

Cette ambivalence s'ancre dans un parcours social et professionnel fait à la fois de progrès et d'impasses vécues comme injustes, et dans une situation de travail où l'implication positive est assombrie par des conditions de travail problématiques, des tensions avec une collègue, et la non reconnaissance par « l'institution » et par les médecins.

Fille d'un ouvrier couvreur et d'une mère au foyer, Christine est en forte promotion sociale. Elle a pu le mesurer dès ses études de sage-femme pendant lesquelles elle était « la seule boursière de l'école » et a remarqué que les « filles de médecins » étaient nombreuses, puis en cours de vie active : syndiquée à la CGT – par fidélité à son milieu familial ? – elle eu l'occasion de réaliser le poids de cette « étiquette » dans un milieu socioprofessionnel qui se situe sans doute effectivement un peu au-dessus de celui des infirmières. Et ses débuts professionnels ne sont pas de tout repos : il lui faut quitter sa région d'origine pour trouver un emploi de sage-femme, et rester quelques années aux portes de l'hôpital, où elle découvre les réalités du travail dans le secteur privé : précarité des contrats de travail, des horaires très lourds – jusqu'à « 330 heures » par mois dit-elle – au travers de pratiques illicites, hygiène et sécurité défectueuses, omnipotence des médecins, prégnance des relations d'argent. Elle parvient à se faire embaucher en tant qu'infirmière par l'AP, en réanimation pédiatrique, selon un horaire alternant jour et nuit par prestations de 12 heures : « je m'évanouissais la nuit, donc je devais être fatiguée, même si j'étais jeune. Mais globalement je tenais car j'avais 25 ans » Elle garde de ce service difficile le même type de souvenir que la plupart des soignantes qui y sont passées jeunes : « c'était à la fois très difficile et très riche parce que du coup ça fait des rapports entre les équipes extrêmement chaleureux ». Elle y travaille six mois avant d'obtenir sa mutation en tant que sage-femme en maternité, où elle travaille depuis près de 20 ans.

Cette longue période se découpe en trois séquences. Une première se déroule dans l'ancienne et petite maternité, selon l'horaire classique matin/soir, mais avec beaucoup d'heures supplémentaires. Mais dans une bonne ambiance, avec une grande polyvalence, sans enfant à charge et au sein d'une « bonne équipe » où elle compte beaucoup d'amies, c'est un excellent souvenir. Les choses se gâtent avec la seconde séquence, l'arrivée dans la nouvelle maternité : loin des espérances en matière de locaux mieux adaptés et de charge de travail allégée, les locaux se révèlent « bien plus exigus ». Au point qu'elle ne conseille plus à ses amies de venir accoucher dans cette maternité...Deux années plus tard, elle doit s'éloigner de la salle d'accouchement : elle déclare une allergie à certains produits qui sera reconnue au terme d'un « parcours du combattant » comme maladie professionnelle. La dernière séquence la conduit là où nous la trouvons : faisant partie des quelques sages-femmes qui refusent le passage aux « 12 heures » en salle d'accouchement, elle est affectée en horaire de journée fixe au suivi des « grossesses à risque ». « Nécessité faite vertu », si elle ne fait plus d'accouchements, elle apprécie d'autant plus son nouvel horaire – notamment les week-ends libérés – que désormais les 12 heures sont devenues alternantes nuit/jour : « Là mes collègues souffrent beaucoup plus que moi, du coup il y a une très mauvaise ambiance au sein de l'équipe des sage-femmes, ça a été une vraie guerre des sage-femmes ». Passée à temps partiel (80%) depuis la naissance de son premier enfant elle apprécie également de bénéficier d'un certain nombre de mercredi libres. Autre « nécessité faite vertu » son orientation vers l'acupuncture et l'allaitement maternel : elle a renoncé ainsi à entrer en conflit avec l'une de ses quatre collègues, décrite comme « voulant tout faire toute seule », et « ayant réussi au bout de 20 ans de boulots à me faire pleurer ». Du coup « c'est plus facile de s'occuper du bébé qui va aller bien, de l'allaitement »...

A 45 ans, comment Christine voit-elle donc son avenir ? Elle éclaire sa réponse sur la quasi-impossibilité de « retrouver un emploi au moins équivalent » en cas de besoin en décrivant l'impasse dans laquelle elle se sent : au cours des dernières années, deux épisodes douloureux l'ont convaincue de la faible plausibilité de l'évolution professionnelle qu'elle souhaiterait : aller travailler en centre de PMI ou en Centre d'action Médico-Psycho-Social. Dans le premier cas, sa candidature a été rejetée car elle a été jugée trop chère compte tenu de son ancienneté. Dans le second, c'est une jeune collègue et amie qui lui a soufflé la place. Même « retrouver une petite maternité périphérique » lui semble impossible. Devenir surveillante ? « ça peut être intéressant, mais elles composent pas mal avec la direction, et je ne veux surtout pas retourner dans les services avec les 12 heures ». Le privé ? : « ce serait rétrograder complètement mon salaire, et je me retrouverais à faire des gardes » ; reste le libéral, qu'elle n'exclut pas si la situation de l'hôpital continuait à se dégrader, mais « ce serait quand même pour moi un déchirement ».

Un compromis fragile entre de multiples exigences, telle apparaît finalement la situation actuelle de Christine. On la suivra donc volontiers dans les moments où elle ne s'interdit pas de relier son travail et sa santé. Hypotension, allergies, insomnies, lombalgies, tendance au surpoids : et on hésitera moins qu'elle à imputer plusieurs de ces symptômes au travail, lorsqu'elle met plutôt en cause ses prédispositions physiques – elle est de grande taille et gauchère, quand tout le matériel est « adapté aux droitiers » - ou son âge.

Catherine Izoal 53 ans, célibataire et sans enfant, infirmière de nuit en réanimation, est l'une de celles qui, dans le questionnaire, nient toute influence du travail sur sa santé, physique comme psychique, et qui ne relie aucun des nombreux symptômes déclarés au travail. Mais son entretien montre que cette double déni se nuance fortement. Sa sciatique ? Elle reconnaît qu'elle est due à la manipulation des malades en réanimation ; mais « c'est sûr qu'à la longue une infirmière a mal au dos ». Ses allergies ? Elles sont apparues quand elle travaillait au service des grands brûlés. Par contre elle préfère imputer ses migraines – « même si elle est plus forte au travail qu'à la maison » - à son âge et à sa ménopause. Finalement, avec une note de 7/10 à son état de santé, « je trouve que je suis pas mal au bout de 30 ans de métier dans des services très lourds, je trouve que je m'en sors bien. J'ai l'exemple de ma cousine qui elle s'en sort beaucoup moins bien comme infirmière, qui a de gros problèmes de dos. Avec ses deux enfants et son mari, c'est autre chose ». « Avoir une bonne santé c'est pouvoir faire ce qu'on veut ». Or elle voit arriver sans appréhension l'âge de la retraite, elle sait comment elle s'occupera. Il faut ajouter dans le cas de Catherine une excellente adaptation au travail de nuit – qu'elle supporte bien mieux que les alternances matin/soir –, et sa valorisation de l'excellente ambiance et de la solidarité au sein des équipes de nuit. Sélection par la santé aux horaires de nuit, absence de charges familiales, positive ici pour la santé, naturalisation des risques du métier, relativisation des effets pathogènes du travail sur soi eu égard à des contre-exemples familiaux : autant de dimensions allant dans le sens de la déni des liens, sans qu'elle parvienne à les occulter totalement lorsque la personne est en quelque sorte « poussée dans ses retranchements » lors de l'entretien...

1-6 Remarques transversales

Comment les soignantes hospitalières perçoivent-elles les relations travail/santé ? Quels sont les principes sociaux de variation de ces représentations ? Au terme de la présentation et de l'analyse de la vingtaine d'entretiens réalisés, et de leur mise en rapport ici ou là avec les résultats de l'enquête par questionnaire, quelques premiers commentaires s'imposent, que nous développerons plus bas lors de la comparaison avec les résultats de l'enquête auprès des salariés de la sous-traitance industrielle. On a organisé cette présentation en quatre moments, au sein desquels on a essayé de dessiner des profils-types, en s'appuyant sur une dizaine de « portraits » plus développés qui sont des synthèses assez complètes des contenus des entretiens. Dans « l'hôpital, c'est la santé », nous avons traité de cas de soignantes s'affichant en très bonne santé, avec soit une perception franchement positive de la relation, soit une perception d'une bonne protection de la santé vis-à-vis du travail (« le travail n'entame pas une bonne santé »). Dans « du stress au burn-out ? » se situent des infirmières qui s'opposent complètement aux précédentes : elles perçoivent négativement leur état de santé et la relation entre leur travail et leur santé. Nous avons ensuite traité séparément les quelques aides-soignantes rencontrées, dans la mesure où elles tendent à mettre relativement davantage en avant les atteintes à leur santé physique, tout en ayant des parcours antérieurs bien plus souvent marqués par la précarité. Enfin nous avons tenté de comprendre les ressorts des ambivalences dans le rapport à la santé et à la santé au travail qui sont particulièrement visibles chez celles qui refusent de se prononcer sur le lien travail/santé.

Les trois modèles d'intelligibilité des relations travail santé se combinent

Le travail comme facteur de santé ; le travail comme facteur d'atteinte plus ou moins reconnu à la santé ; le travail comme révélateur d'une santé qui se construit ailleurs : ces trois modèles d'intelligibilité sociologique sont aussi trois modèles de perception, verbalisés presque mot pour mot par nombre de soignantes. Et c'est leur interpénétration dans la construction de leur expérience qui conduit nombre d'entre elles soit à l'impossibilité de donner des réponses tranchées à la question de l'influence du travail sur la santé, soit à la non-reconnaissance d'une influence dominante.

Par exemple, en nous disant «la santé conditionne le travail, et le travail c'est la santé », cette infirmière de 36 ans, qui n'hésite pas à déclarer dans le questionnaire que son travail a une influence négative sur sa santé mais qui ne se prononce pas sur son influence sur sa santé psychique, met l'accent sur son influence positive. Elle a pu prendre la mesure, notamment au cours d'une période où elle s'est retrouvée femme au foyer, d'un manque ; celui des « échanges » et des « relations » dont le travail professionnel est le lieu. Et, ajoute-t-elle, de l'indépendance économique qu'il signifie.

« Si on veut bien travailler il faut avoir une bonne santé... alors attendez... pour travailler il faut être en bonne santé, ils sont interdépendants., on ne peut pas faire du bon travail si on n'est pas en bonne santé et la santé c'est le travail aussi. Moi j'ai été dans une période où je n'ai pas travaillé parce que j'étais en disponibilité, je l'ai mal vécu. Je ne pensais pas que je le vivrai aussi mal (...) Parce qu'on se sent un peu exclue, un peu retirée, le travail ça vous apporte des relations avec les gens, vous faites des échanges, on vous apprend des choses, il y a plein d'échanges qui se produisent au travail et donc quand vous êtes coupés de ça... enfin moi je sais que je l'ai mal vécu. Donc je pense que les deux sont liés. Le problème c'est que ça a été une coupure qui était trop nette, brutale, et en plus je devenais dépendante. Je veux travailler parce que ça m'apporte de travailler, j'aime ce que je fais aussi, mais je veux aussi être indépendante, pas dépendante à 100% de mon mari . » (I. Ilor).

Cela nous encourage, avec certaines interviewées, à distinguer le travail comme *activité sociale*, des *conditions* de ce travail : dans sa première dimension il est, plus ou moins confusément, perçu comme facteur de santé – plutôt dans la dimension de santé mentale d'ailleurs -, alors que dans sa seconde dimension il est souvent vécu comme pathogène. Interrogé(e)s sur l'influence du « travail », les salarié(e)s, et les femmes plus encore que les hommes, auraient tendance à entendre plutôt le travail comme activité ; et quand ils entendent les deux dimensions du « travail », la difficulté à apprécier globalement le sens de cette influence se traduirait par la fréquence des réponses « ne se prononce pas », ou « non »...

« Il y a une tension nerveuse oui, mais pas par rapport au travail lui-même mais plutôt par rapport aux conditions de travail. Le travail à la limite, le travail c'est le travail, ça n'a rien d'extraordinaire. Mais c'est par rapport aux conditions de travail. Vous imaginez, vous faites un entrant, il y a le médecin avec vous, l'interne, l'assistante, vous n'avez pas d'aide-soignante disponible. Vos collègues sont occupées parce qu'elles ont des patients lourds, il faut faire plein de choses en même temps dans l'urgence. Vous n'avez que deux mains. Il vous manque du matériel, vous ne pouvez pas dire « tu ne peux pas aller me chercher ci ou ça » il n'y a personne. C'est intolérable. » (I. Igría)

On sera donc prudent avant d'interpréter comme « méconnaissance » ou « dénégation » les représentations qui s'organisent autour d'un tel clivage et qui, mettant l'accent sur le premier sens du mot « travail », tendent à déclarer un lien positif, ou à déclarer l'absence de lien, entre travail et santé.

Les aléas de la « bonne distance »⁸⁹

Convergeant avec d'autres travaux sur les soignantes ou les travailleuses du *care* notre enquête confirme combien la catégorie de « bonne distance » psychologique au travail, qui est d'abord distance aux patients, structure ici l'expérience de la santé au travail... « On compatit sans compatir » comme le dit Corine Inal. Elle est mise en avant par les soignantes comme condition de la santé – de la santé mentale d'abord, de la santé tout court ensuite - autant par celles qui disent parvenir à la construire que par celles qui n'y parviennent pas ou qui y parviennent mal. On insistera sur le fait que, si cette construction est presque toujours présentée comme un travail psychologique, passé ou toujours à reprendre, ce travail ne fait pas toujours, loin de là, obstacle à la critique sociale.⁹⁰ On a remarqué que plusieurs des soignantes qui s'étaient engagées dans un « travail sur elle-même » n'hésitaient pas à mettre en cause en même temps les conditions de leur travail dans la genèse de leurs difficultés. Et que d'autres, disant parvenir à séparer convenablement travail et vie personnelle, mettaient en avant le rôle de leur équipe dans ce processus.

On ne peut, bien entendu, à partir d'un corpus limité à une vingtaine d'entretiens, déterminer de manière solide les facteurs sociaux des variations inter-individuelles dans la construction de la « bonne distance » qui conditionne la relation travail/santé, d'autant plus que ces facteurs sont très nombreux. Tout au plus, peut-on avancer des hypothèses qui mériteraient d'être testées à plus grande échelle, notamment du point de vue du rôle des trajectoires sociales et des parcours professionnels. Pour ce qui est du rôle des conditions de travail, entendues au sens très large, en particulier à l'échelle de l'équipe ou du service, les hypothèses semblent plus solides.

Le rôle des parcours sociaux et professionnels

On a noté, dans toute une série de biographies, combien semblaient associées la construction de la santé et le type de pente sociale et professionnelle sur lequel elle s'inscrivait. Les éléments en notre possession sont plus fragiles et lacunaires concernant la pente de la trajectoire sociale que pour le parcours professionnel. En raccourci on pourrait dire « avoir la santé » c'est « avoir progressé » et « avoir de l'espoir ». Le rapport positif travail/santé va souvent de pair avec un sentiment de satisfaction ancré dans des progrès professionnels, ainsi qu'avec l'existence de projets d'avenir professionnel pour les moins âgées – le seuil semblant se situer ici autour de 45 ans -, l'inverse étant vrai : plusieurs des soignantes qui développent une relation négative au travail et à la santé sont objectivement en échec relatif par rapport à leurs collègues, ainsi que dans un sentiment d'impasse par rapport à leur avenir professionnel.

On a été également tenté de mettre en relation le mode d'orientation vers la profession, plus ou moins « vocationnel » ou « passionnel », avec la relation travail/santé. Il semble que ce mode d'engagement rende plus difficile la construction de la « bonne distance » qui conditionne la santé au travail. Mais c'est surtout net dans le modèle de vie « tout pour la profession » - celui où l'infirmière n'a ni enfant ni vie de couple - quand des investissements extra-professionnels, notamment maternels et familiaux, ne viennent pas tempérer des engagements professionnels dévorants...A l'inverse une orientation contrainte vers le métier d'infirmière semble souvent associée à un développement ultérieur négatif de la santé au travail. Entre les deux, une orientation positive, mais en quelque sorte sans « excès », paraît favorable à la mise en place de la « bonne distance » au travail et donc à la santé au travail.

⁸⁹ On reprend ici une partie du titre de l'article de P. Molinier (2008)

⁹⁰ Sur ce point, il faudrait pousser la discussion avec Marc Lorient (2000)

Peu de parcours professionnels parmi ceux que nous avons observés ne sont pas marqués par une carrière ascendante, si l'on définit cette dernière comme une évolution vers un statut professionnel supérieur et/ou une évolution vers des conditions de travail – type d'établissement, de service, de malades, type d'horaires – moins pénibles.

La majorité des infirmières interrogées sont soit d'anciennes aides-soignantes (n=3), soit des infirmières spécialisées – IBODE, IADE, Infirmières Puéricultrices (n= 5)-, ou encore des infirmières ayant des fonctions de surveillance – « major de soins » (n=1) « infirmière coordinatrice » (n=1)-, et l'une est même passée au statut libéral entre le moment de la passation des questionnaires et le moment de la campagne d'entretiens. Et parmi nos six aides-soignantes, trois des quatre qui ont moins de 45 ans préparent ou souhaitent préparer le concours d'infirmière, et la quatrième l'a réussi en cours d'enquête. Il est donc clair que notre corpus sur-représente très probablement les soignantes en promotion professionnelle. C'est parmi ces dernières que l'on a rencontré le plus souvent un rapport positif au travail et à la santé.

Qu'elles soient promotionnelles ou non - au sens de progression dans la hiérarchie professionnelle des soignantes - les carrières se traduisent le plus souvent par une amélioration des conditions et des horaires de travail. Les services comme « Grands brûlés », « pédiatrie » pour ce qui est de l'hôpital public, les cliniques chirurgicales et les maisons de retraites du secteur privé, forment les contextes des débuts professionnels souvent très éprouvants, au regard desquels la situation présente ne peut être qu'évaluée positivement. Il en est de même pour les horaires de nuit, ou pire, en alternance nuit/jour, qui sont souvent les seuls proposés aux débutantes. Plusieurs de nos interlocutrices évoquent, pour le déplorer, le recul du critère de l'ancienneté dans cette mobilité professionnelle en cours de vie active. D'autres font état d'une autre expérience désagréable : cherchant à réintégrer le service hospitalier après une mise en disponibilité, à obtenir une mutation dans un établissement plus proche de leur domicile, ou dans une structure aux conditions de travail moins pénibles, type PMI ou Education Nationale, elles subissent une concurrence, vécue comme déloyale, exercée par les soignantes plus jeunes et moins coûteuses sur le marché du travail. Le sentiment d'une captivité professionnelle en milieu ou fin de carrière – bien enregistré par notre enquête par questionnaire – peut participer d'un vécu négatif du travail et de la santé au travail, car la santé c'est aussi la possibilité de faire des projets professionnels. On a vu combien l'installation en libéral était souvent envisagée, mais comme choix négatif, associée au deuil des espérances d'évolution positive, personnelle et/ou collective, dans le cadre de l'hôpital.

Le devenir des modes de régulation des carrières hospitalières - plus largement des modes de régulation du marché du travail de ces professionnelles du soin – et des principes de justice qui seront mobilisés à cette fin, est une dimension importante de la construction de leur santé au travail.

Malgré l'allongement en cours des carrières hospitalières et le durcissement des conditions d'accès aux droits à la retraite, l'idée qu'on ne peut être infirmière hospitalière à vie reste prégnante, et les plus jeunes observent souvent avec attention et inquiétude l'état de santé des plus âgées (lombalgies, TMS, fatigue...)

Le rôle de la vie familiale et extra professionnelle

Le cas de plusieurs soignantes qui n'ont pas connu personnellement la maternité, et qui sont en souffrance au travail, a attiré notre attention sur cette dimension extra-professionnelle potentielle majeure de la construction de la santé chez les femmes. En même temps, il est clair qu'elle ne joue pas seule, puisque d'autres soignantes qui sont dans ce cas n'expriment pas cette souffrance, et que le lien statistique observé dans notre

enquête par questionnaire entre cette dimension et la perception de son état de santé demeure ténu. Inversement, la charge du travail parental et domestique peut altérer les conditions de récupération. La pratique du sport et de loisirs est par ailleurs souvent présentée comme une composante de la « bonne distance »

Le rôle des conditions de travail et du service

Nous avons cherché à diversifier les services enquêtés, tout en privilégiant les services réputés pénibles. Services où la logique de l'urgence est prégnante (urgences, maternité, réanimation); services à malades dépendants et/ou à faible taux de guérison (hématologie-oncologie, gériatrie- médecine interne); services davantage programmés mais à très forte intensité du travail (bloc).

Nos 22 soignantes se répartissent finalement dans six services, et sont au plus six dans le même service. A l'observation, il est rare que l'on en trouve plus deux qui soient dans la même fonction et dans la même équipe de travail, compte tenu de la diversité interne de chaque service et de la diversité des horaires de travail. Nos données d'enquête par questionnaire et par entretien ne permettent pas de hiérarchiser selon les services les dimensions les plus structurantes de la santé au travail, bien identifiées par le questionnaire de Karasek, et au sein desquelles se dégage comme facteur de premier plan le « soutien social » de la part des collègues et des supérieurs. Tout au plus peut-on remarquer que plusieurs soignantes travaillant au bloc opératoire, valorisant les aspects techniques de leur activité, et éloignées du modèle vocationnel semblent mieux que d'autres parvenir à construire cette bonne distance conditionnant la santé au travail. Pour le reste, la qualité de l'ambiance et de la solidarité au sein de l'équipe, associée à une certaine convergence des orientations professionnelles – la conception de ce qu'est un travail de qualité - apparaît toujours comme une composante de la santé au travail. La reconnaissance par le patient du travail réalisé est parfois le dernier refuge des satisfactions professionnelles, quand fait défaut la reconnaissance par l'institution, les supérieurs, les médecins et les collègues... Quand ce dernier refuge fait défaut – c'est le cas par exemple chez Yvette Iroval, qui déplore les abus et l'agressivité croissants dont ferait preuve le public des urgences – la souffrance au travail s'exprime fortement.

Les horaires décalés sont la norme dans le travail des soignantes hospitalières, c'est l'une des raisons de notre choix de ce groupe professionnel et l'une des dimensions de la relation travail santé que nous souhaitons explorer. A ce stade on soulignera les points suivants :

- une forte tendance à naturaliser ou à banaliser ces horaires comme « faisant partie du métier » ;
- l'existence de fortes divergences entre soignantes face à l'actualité d'un développement possible du régime des 12 heures ;
- plusieurs cas illustrent bien le phénomène de sélectivité par la santé des horaires décalés. Chez ces-cas-là des phénomènes d'occultation et de méconnaissance de leurs incidences pathogènes peuvent se produire ;
- les horaires de nuit fixes sont parfois perçus comme moins pénibles que les horaires alternés matin soir, plusieurs soignantes faisant état de leur difficulté à alterner horaires très matinaux – levers vers 4 heures et demi – et horaires d'après-midi ;
- qu'elles soient en nuit fixe ou en horaires alternés, il existe une conscience diffuse chez la plupart des soignantes interviewées des effets délétères à terme des rythme de vie décalés, lesquels impliquent à court terme, notamment, des troubles du sommeil, de l'alimentation et de la digestion.

Les modes de relativisation/dénégation spécifiques de la relation travail/santé chez les soignantes

Après avoir insisté sur le fait que percevoir une influence positive ou une absence de lien entre son travail et sa santé ne saurait être systématiquement interprété en termes de méconnaissance ou de dénégalion, on peut résumer les éléments décrits plus haut qui vont dans ce sens.

- Une amélioration objective de certains aspects de l'hygiène et de la sécurité au travail (comme la généralisation des « aiguilles rétractables » pour les injections) ;
- Les effets pathogènes étant le plus souvent différés dans le temps, le fait d'avoir été exposée plus jeune à des pénibilités plus grandes qu'aujourd'hui sans incidence notable pour l'heure sur sa santé ;
- La tendance à imputer une détérioration de la santé à des prédispositions personnelles d'ordre physiologique ou psychologique, à l'âge – à partir de 45 ans, les incidences de la ménopause par exemple -, à la vie hors travail ou à sa « seconde journée » ;
- La capacité à « tenir » au travail, voire à venir travailler souffrant, et de ne se « laisser aller » malade que lors des périodes de repos ou de congés ;
- La tendance à dévaluer/relativiser ses propres difficultés de santé eu égard à la gravité des problèmes qui conduisent les patients à l'hôpital - « c'est le cordonnier le plus mal chaussé » -, et au sens de la responsabilité/culpabilité par rapport aux malades et aux collègues, qui peut amener certaines à venir travailler très fatiguées, voire malades ;
- La tendance à psychologiser les difficultés professionnelles, le sujet imputant à des défaillances psychiques personnelles l'essentiel des difficultés à construire la « bonne distance » ;
- L'imputation à la « nature » du métier des difficultés qu'il comporte : horaires décalés, nécessité de la compassion (« souffrir avec »).

2-Les salariés de la sous-traitance pétrochimique

2-1 Eléments contextuels

L'échantillon des salariés de la sous-traitance pétrochimique auquel nous avons eu accès par notre enquête par questionnaires se singularise par leur haut niveau de qualification, et la fréquence des statuts d'emploi précaires, en intérim presque exclusivement. Ce statut concerne principalement les ouvriers, qui sont évidemment plus jeunes que les agents de maîtrise, mais moins que les techniciens.

	Effectif enquêté		Indicateurs (Enq. Par questionn.)		
	questionn.	entretiens (Dt précaires)	% < 35 ans	% Emploi précaire	Long passé Précaire **
Ouvriers	56	11 (5)	46	45 *	55
Ag. de maîtrise	16	6 (0)	12	6	0
Techniciens	30	2 (0)	63	13	30
Total	102	19 (0)	46	27	40

* 25 des 56 ouvriers, dont 23 intérimaires

** Plus du tiers de la vie professionnelle en emploi précaire

Nous avons choisi initialement de cibler notre enquête par entretiens sur des salariés ayant une longue expérience professionnelle. Nous avons été fidèles à cette option tout en intégrant quelques plus jeunes, tenant compte de la mise en évidence par les exploitations de l'enquête SUMER d'un effet non négligeable de l'âge sur la perception, plus aiguë chez les jeunes « toutes choses égales par ailleurs », d'une influence négative du travail sur la santé. Le choix de Cyril Offin, 25 ans, et présenté plus loin, correspond à cette préoccupation.

On a noté, dans la troisième partie de ce rapport, le décalage entre certaines précarités de l'emploi « objectives » - celles des parcours professionnels antérieurs, celle des statuts d'emploi actuels eux-mêmes – pour une fraction importante de ces travailleurs. Cela concerne particulièrement les intérimaires. On trouve parmi eux plusieurs salariés qui ont plus de 40 ans, et qui ont connu antérieurement un emploi stable. Ils s'écartent donc du profil majoritairement jeune au plan national des intérimaires masculins Et tous présentent ce statut d'emploi comme plus ou moins choisi. Deux interprétations, complémentaires, en sont possibles :

- Nous sommes sur un marché du travail spécifique, celui de la sous-traitance des activités pétrochimiques. L'industrie pétrochimique demeure une activité prospère, et par ailleurs très contrôlée, notamment en lien avec les directives dites « Seveso ». (cf. troisième partie de ce rapport). Sur un autre plan, employeurs et salariés de la sous-traitance peuvent se trouver en connivence pour adopter l'intérim, ces derniers parvenant, grâce à leurs qualifications et à leurs réseaux sociaux, à s'assurer une certaine continuité d'emploi, tout en profitant des « avantages » de l'intérim (sentiment d'autonomie, diversification des contenus d'activité, gains salariaux à court terme...).

- La forte sélectivité de ce marché du travail et notre mode d'accès à ces salariés – via un service de médecine du travail – amènent probablement à une sur représentation dans

notre échantillon des plus qualifiés⁹¹, « employables » et des plus robustes des travailleurs de la sous-traitance.

Selon notre enquête par questionnaire, les salariés de la sous-traitance sont relativement plus nombreux que les soignantes à déclarer que le travail exerce une influence positive sur leur santé, physique (26% contre 17%) ainsi que psychique (31% contre 24%). Ils sont également plus nombreux à penser que le travail n'exerce pas d'influence sur leur santé physique (28% contre 20%) comme sur leur santé psychique (42% contre 26%).. Ceux qui pensent que leur travail joue un rôle négatif représentent une proportion comparable à celle des soignantes qui sont dans ce cas (36% contre 34% pour la santé physique ; 22% contre 25% pour la santé psychologique). En fait la principale différence entre les deux groupes porte sur ceux qui ne se prononcent pas sur cette question, beaucoup moins nombreux chez les premiers (9% contre 29% pour l'aspect physique, 4% contre 24% pour l'aspect psychique).⁹² Ce contraste entre les deux groupes socioprofessionnels est plus net encore si l'on ne compare ces salariés qu'aux infirmières, moins net si on les compare aux seules aides-soignantes. On a vu, à l'aide d'une A.F.C., combien le groupe des soignantes se singularisait par la forte présence d'un type, le type « A », que nous avons baptisé le « responsable à forte sollicitation mal soutenue et reconnue ». Dans ce type la perception d'une influence négative sur au moins un aspect – psychique ou physique – de la santé est très fréquent. Les salariés de la sous-traitance pétrochimique sont fort peu représentés dans ce dernier. Ils se répartissent à parts à peu près égales dans les deux autres, où l'imputation au travail d'un effet négatif sur la santé est bien plus rare : le type « B », celui de « l'exécutant peu sollicité et peu impliqué », surtout pour les ouvriers : le type « C », celui du « salarié autonome, bien soutenu et reconnu », surtout pour les agents de maîtrise et techniciens.

La principale énigme à résoudre ici est donc la fréquence des perceptions positives ou neutre des incidences du travail sur la santé dans un contexte professionnel où les tâches sont très fréquemment effectuées dans des conditions présentant de multiples pénibilités et expositions aux risques. D'autant plus que ces dimensions sont bien conscientes chez les travailleurs concernés, qui les renseignent en tant que telles dans les questionnaire.⁹³ Par exemple, quand ils sont interrogés sur le fait d'avoir connu ou non par le passé des situations professionnelles néfastes pour leur santé, ils répondent plus souvent par l'affirmative (75% contre 56%, dont 18% contre 6% « souvent »).

On présente dans les pages suivantes les principales caractéristiques des dix-neuf travailleurs interrogés en entretien.

Afin d'y parvenir on commencera par puiser dans les matériaux offerts par la moitié des entretiens réalisés auprès de travailleurs qui avancent soit que leur travail influence positivement leur santé physique (n=2), soit que leur travail n'influence pas leur santé physique (n=7). On poursuivra en analysant des cas où, à l'inverse, s'exprime une perception d'un lien à dominante négative du travail sur la santé : à quelles conditions une telle perception apparaît ? Et on terminera pas les cas où l'emporte l'expression d'ambivalences, où des effets pathogènes du travail ne sont pas – ou pas entièrement – niés, sans que ces derniers l'emportent clairement dans la conscience des intéressés.

⁹¹ Un certain nombre de ceux qui sont, en mission d'intérim, classés ouvriers qualifiés, sont en fait des techniciens, comme c'est le cas de Christophe Oary, présenté plus loin.

⁹² La différence dans les modalités d'administration du questionnaire a sans doute joué sur ce point, la passation par un chercheur auprès des salariés de la sous-traitance ayant incité à éviter les réponses « ne se prononce pas ». Les deux populations se rapprochent donc si on écarte en leur sein les individus qui ne se prononcent pas.

⁹³ Cf. la troisième partie de ce rapport.

2-2 Ne pas passer pour un « tire au flanc ». Sur valorisation du travail et déni viril du risque.

Seulement deux des dix-neuf salariés interviewés affichent dans le questionnaire une influence positive du travail sur leur santé physique : Jean Oudard et Adam Auer. Concernant leur santé psychique, le premier déclare que le travail ne l'influence pas, le second qu'il l'influence positivement. Jean Oudard est un soudeur en intérim, âgé de 57 ans, en fin de carrière donc ; Adam Auer, également en fin de carrière (56 ans), a débuté comme laborantin et il est devenu « chargé d'affaires », assimilé cadre. Il est en CDI. Parmi les sept qui ont répondu que le travail n'influait pas leur santé physique, six ont également répondu qu'il n'influait pas leur santé psychique. Parmi ces derniers, Gérard Ouda, dont nous présentons également un portrait détaillé. Plus jeune que Jean Oudard d'une quinzaine d'années, il a un parcours professionnel qui présente nombre de points communs avec le sien, et son profil est également marqué par une grande valorisation du travail associée au déni viril du risque.

Jean Oudard, malgré ses 57 ans, attribue la note maximale de 10 à son état de santé. On le retrouve dans le type « C ». Il juge son travail peu fatigant (5/10) et encore moins stressant (3/10). Pourtant il met en avant le revenu comme « aspect le plus important » du travail alors qu'il se juge « plutôt mal payé » et qu'il aurait aimé faire un autre métier, dans la « marine marchande » précise-t-il. Il est vrai qu'il pense que ses conditions de travail se sont améliorées et qu'au plan du soutien social son évaluation est excellente, très proche du maximum (31/32). Son indice « Karasynth » est un des plus faibles (9/24). Il affirme n'avoir aucune crainte pour son emploi. Il ne signale pas de maladie-accident-malformation grave, et ne mentionne que quatre problèmes de santé - sensation de se fatiguer vite, difficultés de récupération, difficultés à effectuer certains mouvements et gestes, et nervosité - dont seuls le premier et le dernier sont associés au travail. Il mentionne faire attention à sa santé « depuis toujours », avoir « parfois » connu des situations professionnelles néfastes - seulement des « expositions à des produits ou environnements dangereux ou malsains » -, ne pas avoir été malade au cours des deux dernières années, ne pas avoir connu d'accident du travail. Par contre il signale une maladie liée au travail, reconnue comme maladie professionnelle - l'amiante - avec des séquelles actuelles (plaques pleurales).

Comment cet homme de 57 ans, fils d'un menuisier-ébéniste et d'une mère au foyer, qui se voit reconnaître une atteinte significative à la santé due au travail peut-il afficher une relation aussi positive à son travail et à la relation travail/santé ? Cette question se pose d'autant plus quand on sait qu'il a connu plusieurs licenciements au cours de sa vie active, qu'il a travaillé en « grands déplacements » sur de nombreux chantiers au travers du pays, avec de longs horaires de travail et peu de congés, qu'il termine sa vie professionnelle comme il l'a commencé, comme simple ouvrier, et de plus sur un statut d'emploi moins stable. On trouve dans son discours de nombreux éléments classiques de la valorisation virile de l'effort et du courage, et de la séparation vie au travail/vie familiale. La fatigue, voire certaines atteintes à la santé, ne sont avouables que quand elles s'inscrivent dans le modèle de la dilapidation. On peut accepter de les reconnaître en lien avec le vieillissement parce qu'elles expriment le fait d'avoir beaucoup donné, et ne sont donc pas signe de faiblesse, mais au contraire de la force que l'on a dépensée.⁹⁴ Quant à la séparation travail/vie privée, thème que l'on retrouve dans bien d'autres entretiens de salariés de la sous-traitance et sur lequel il nous faudra revenir, on note d'emblée qu'il se présente ici sur le mode « je n'amène pas mes soucis privés sur mon

⁹⁴ Marc Loriol (*Op.cit.*) relève ces traits du rapport ouvrier à la fatigue au travail, à la suite d'Olivier Schwartz (1990)

Salariés de la sous-traitance : caractéristiques sociales et professionnelles

N°	Nom	Int	prof	Statut	âge	SF	Prof Conj	Origine sociale (père)
121	H. Oudien	P	OQ-Soudeur	Intérim	47	M, 2	Sans	Ouvrier sidérurg
169	G. Oudard	P	OQ- Soudeur	Intérim	57	M, 3 (grands)	Retraîtée	Artisan
174	C. Oary	P	OQ-Electr.	Intérim	44	M,2	AS	Artisan
146	E. Almas	P	AM	CDI	40	M,3	Adsem	Ingénieur
237	C. Offin	P	Opérateur	CDD	25	Celib	sans conjointe	Cadre commerc
153	G. Ouda	JR	OQ-Soudeur-chaud	Intérim	42	Div, en couple		Chaudronnier
214	R. Oudo	JR	OQ-Soudeur-monteur	CDI	53	M, 2 (grands)		Peintre bât
172	J.N. Atone	JR	AM	CDI	47	M,1	Fonctionnaire	Commerçants
236	C. Tamez	JR	Technicien	CDI	43	M,1	Empl commerce	Ouvrier ébéniste
239	S. Olef	JR	OQ	CDI	58	M, 4 (2 à C)	Sans	Opérateur Lafarge
238	J. Oric	JR	OQ Monteur-levageur	CDI	43	M,4	Sans	Opérateur Sollac
231	R. Ausin	JR	AM	CDI	40	M, 0		
235	D. Tiot	JR	technicien	CDI	33	M,2	Empl munic	cadre technique
119	A. Ouca	JR	OQ	CDI	52	Seul, 4		
237	P. Ochan	JR	OQ	CDI	39	Seul, 1		
175	A. Orama	JR	OQ-Soudeur	Intérim	36	M,2		
167	A. Apias	JR	AM	CDI	41	M,1	empl munic	mineur
208	D. Ales	JR	AM	CDI	44	M,3	aide à domic	policier
142	A. Auer	JR	AM (ass. Cadre)	CDI	56	D et M,3	Fonct. territor	maçon

Salariés de la sous-traitance : indicateurs clefs des questionnaires

N°	Nom	Santé	Fatig	Stress	Influ Phys	Influ Psy	Le + important	Profes	Rémunér.	Soutien social			Karasynt
										Choisie ?	Total	Chefs	
121	H. Oudien	7	7	5	Négative	Non	Utilité	Non	Normale	22	11	11	13
169	G. Oudard	10	5	3	Positive	Non	Revenu	Non	Mal	31	15	16	9
174	C. Oary	7	7	5	NSP	Positive	Rencontrer	Non	Normale	24	12	12	10
146	E. Almas	8	6	6	Non : 7	Non	Horaires	Non	Normale	32	16	16	8
237	C. Offin	10	7	6	Négative	Positive	Revenu	Non	Normale	32	15	16	12
153	G. Ouda	7	3	1	Non	Non	Réalisation	Oui	Normale	24	12	12	10
214	R. Oudo	7	10	5	Non	Non	Revenu	Non	Plutôt mal	24	9	15	11
172	J.N. Atone	6	7	7	NSP	Non	Revenu	Oui	Normale	26	14	15	11
236	C. Tamez	6	5	2	Négative	Non	Horaires	Oui	Plutôt mal	31	14	15	8
39	S. Olef	6	6	5	NSP	NSP	Revenu	Non	Plutôt mal	20	11	9	11
38	J. Oric	7	10	8	Non	Non	Revenu	Non	Plutôt mal	27	11	16	11
231	R. Ausin	8	10	7	Négative	Non	Liberté	Oui	Très mal	25	10	15	10
235	D. Tiot	10	6	8	Non	Non	Liberté	Oui	Plutôt mal	23	7	16	12
119	A. Ouca	7	7	7	Négative	Négative	Revenu	Non	Plutôt bien	24	10	14	12
237	P. Ochan	5	5	8	Négative	Négative	Rencontrer	Non	Très mal	17	4	13	15
175	A. Orama	9	10	2	Non	Non	Revenu	Oui	Normale	26	14	14	12
167	A. Apias	5	3	8	Non	Négative	Horaires	Non	Normale	20	8	14	14
208	D. Ales	7	8	8	NSP	Négative	Revenu	Non	Plutôt bien	28	14	14	12
142	A. Auer	7	6	6	Positive	Positive	Réalisation	Oui	Normale	24	12	12	12
Moyenne		7,3	6,7	5,6						25,3	11,5	13,9	11,2

lieu de travail » : or nous ne l'avons jamais rencontré ainsi chez les soignantes, mais sous son mode inverse « je n'amène pas mes soucis professionnels à la maison ». On note également la présence d'activités et de centres d'intérêts extra-professionnels qui viennent soutenir cette séparation et participer d'une vision dédramatisée du passage prochain à la retraite. Paradoxalement, sa confiance en l'issue des démarches engagées en vue de la reconnaissance matérielle du préjudice lié à l'amiante semble parachever un bilan positif du rôle de sa vie professionnelle dans son existence. Enfin c'est aussi sans doute dans le rôle qu'a joué la configuration familiale originale qui est la sienne – et la richesse des matériaux biographiques livrés sur ce plan aide à en soutenir l'hypothèse – que son identité masculine a pu s'épanouir : il peut en effet trouver des motifs de fierté dans le fait d'avoir tenu bon, malgré les épreuves, sur le double « front » professionnel et familial afin de préserver la solidarité du ménage et de redresser la situation matérielle précaire dans laquelle ce dernier s'est retrouvé plongé pendant de longues années. Dans ce cas, le sentiment d'avoir réussi sa vie – « je ne regrette rien, je n'ai que des bons souvenirs » -, et le rapport très positif à la santé et à la relation travail/santé qui y est associé, n'apparaissent pas construits au travers d'un parcours professionnel objectivement ascendant, mais au travers d'une capacité à avoir écarté les risques très réels de déclassement social auxquels est exposé le monde ouvrier, notamment depuis une trentaine d'années.

**Portrait 11 : « Je me sens capable de tout faire,
donc pour moi je me sens en bonne santé »**

Jean Oudard, 57 ans, soudeur en intérim, est reconnu depuis quelques années comme victime de l'amiante, avec une « atteinte à 5% ». Une reconnaissance sans doute plus rapide que pour d'autres. Il a arrêté de fumer il y a une trentaine d'années, et il a travaillé dans la construction navale en début de carrière. Depuis, il est accompagné par l'association « ADEVA » en vue d'obtenir une indemnité substantielle et il est suivi régulièrement sur un plan médical. Il ne parvient pas entièrement à dissimuler son inquiétude : « J'ai fait un autre scanner en février, ça n'évolue pas... je ne ferai pas forcément un cancer, heureusement, c'est ce que je dis... Au début ce qui me choquait – c'est les statistiques, les 3000 morts par an, et c'est 100 000 dans les 20 ans – j'espère que je suis pas dans les 100 000. Mais ça fait un peu peur ce chiffre : est-ce que je suis dedans ou pas dedans ? ». Mais cela ne l'empêche pas de confirmer en cours d'entretien son point de vue fondamentalement positif sur son travail, sa santé et sa santé au travail. Il rapporte fièrement être appelé par ses collègues de travail « le rayon de soleil » parce qu'il est toujours de bonne humeur, toujours « content d'aller au travail », « laissant ses problèmes à la maison », contrairement à d'autres qui arrivent « déjà stressés »...

Pour comprendre ce paradoxe il est nécessaire de reconstituer son parcours professionnel et familial, parsemé d'épreuves et d'embûches desquelles il semble avoir triomphé, parvenu à l'orée de la retraite ; de prendre en compte le développement effectif de certains dispositifs de prévention des risques professionnels sur les sites industriels locaux ; de repérer les expressions qui traduisent la valorisation ouvrière virile des vertus de courage et d'effort ; de signaler, enfin, en quoi l'existence d'activités extra-professionnelles peut faciliter la projection dans la vie prochaine de retraité.

Nulle nostalgie dans les propos de Jean quand il évoque son premier métier de marin, qui a été le sien quelques années, alors même qu'il signale dans son questionnaire que c'est cette profession qu'il aurait aimé exercer. Il semble dans la nature des choses qu'on doive renoncer à naviguer quand on se marie. La femme qu'il épouse, employée municipale comme assistante maternelle, élève alors seule trois enfants, auprès desquels Jean remplace un père complètement absent. De santé mentale très fragile, il la soutient lors des nombreux épisodes dépressifs qu'elle connaît. Bénéficiant d'une formation AFPA de soudeur, il se reconvertisse dans la construction navale. Cette seconde séquence professionnelle n'est pas rectiligne. Il démissionne des chantiers navals suite à l'échec d'une grève, pour travailler comme O.S dans une usine de pièces d'automobiles ; l'usine ferme ses portes quelques années plus tard. Premier licenciement, nouvelle formation comme conducteur de Poids lourds. Il n'exercera pas ce métier – mais saura utiliser ponctuellement cette

seconde compétence - et retourne travailler quelques années aux chantiers navals. Ils ferment à leur tour. Second licenciement. Débute alors la troisième et dernière séquence de sa carrière. Il est soudeur sur des grands chantiers de travaux publics ou industriels. Une dizaine d'année d'abord dans l'Ouest et le Nord de la France, puis sur Fos-Etang de Berre depuis une dizaine d'années. L'entreprise pour laquelle il travaille est spécialisée dans la maintenance et le nettoyage industriels. D'abord filiale d'un grand groupe, elle a été rachetée par le chef d'agence après un dépôt de bilan – le troisième licenciement qu'a connu Jean. Depuis, au cours des dernières vingt années, Jean exerce principalement en intérim. Mais, depuis six ans cette entreprise est la seule auprès de laquelle il est en mission. D'ailleurs son patron est présenté comme « un ami sur lequel on peut compter ». Nulle trace d'inquiétude pour son emploi dans les propos de Jean. Et c'est la satisfaction au travail qui domine.

Si cet itinéraire professionnel n'est guère, objectivement, caractérisé par le mouvement promotionnel qui est celui d'autres salariés de la sous-traitance entretenant une relation positive à leur travail, il faut souligner qu'il accompagne un parcours familial et résidentiel, marqué, quant à lui, par une longue séquence de précarisation dont le ménage a fini par sortir il y a peu de temps. La femme de Jean a connu plusieurs hospitalisations en psychiatrie, et suite à de graves conflits avec les enfants, le ménage a dû vendre son logement et vivre plusieurs années durant en caravane. Il n'est d'ailleurs toujours pas propriétaire de son logement. Mais il a épongé ses dettes et ses revenus sont aujourd'hui convenables : l'épouse touche une petite retraite, Jean est payé 2 000 euros par mois grâce aux heures supplémentaires. D'ici un an il espère être à la retraite. Il est en train de reconstituer son itinéraire professionnel, et s'attend à toucher 1200 à 1300 Euros de pension par mois. La perspective d'une bonne indemnité « Amiante » - 40 à 50 000 Euros sont espérés - consolide la confiance que le couple exprime en l'avenir.

Jean ne s'attarde pas sur les circonstances de son entrée dans l'intérim, il s'y est manifestement accoutumé de longue date. Tout au plus précise-t-il qu'au début des années 1990, la filiale du grand groupe de la construction pour laquelle il travaillait a eu « moins de travail » et l'a incité à continuer de travailler pour elle sous ce statut d'emploi. C'est une période de graves difficultés financières pour le ménage. Jean est souvent en « grand déplacement » - une prime substantielle allant avec -, fait beaucoup d'heures supplémentaires et ne prend guère de congés : « Je me disais « peu importe que je sois intérim ou quoi : je travaille ... Je ramène un salaire, on va s'en sortir...Peu importe que je sois intérimaire... Et mieux payé qu'avant, parce qu'on a les congés payés et on a la précarité de payée... Et puis on peut en discutant, en négociant, on peut négocier un meilleur taux horaire qu'en fixe... Des congés, je peux en prendre, mais faut les mettre de côté... On prenait pas de congés, fallait payer les dettes , et je travaillais du lundi au dimanche si je pouvais, jours fériés et tout.. ». Un court moment il est même soudeur « licencié », ce qui lui permet d'avoir un très bon salaire. Après une dizaine de « grands déplacements », Jean décide de « poser les valises » et de se stabiliser dans la zone de Fos-sur-Mer. Désormais, il travaille principalement sur un seul site sidérurgique, qu'il connaît bien, où les équipes sont assez stables. Il apprécie l'amélioration de la sécurité, et il est fier que la PME sous-traitante pour laquelle il travaille soit « première au challenge sécurité » organisé annuellement par le donneur d'ordre, vient de voir son contrat renouvelé pour cinq ans, et bénéficie de la certification « MASE » (« Manuel d'Amélioration de la Sécurité des Entreprises », certification officielle en matière de sécurité) pour trois ans :

« Maintenant, dans la sécurité, c'est tellement draconien qu'on nous fait pas de cadeaux, on est responsable maintenant, ils nous responsabilisent pour nous obliger à respecter la sécurité, ils nous ont dit « maintenant c'est fini le temps où c'est le patron qui encaissait tout ! » le patron il peut pas être derrière tout le monde... « Je préfère que vous perdiez 10 ou 15 minutes sur un chantier mais que les papiers soient remplis ». Que quand les gars de (le donneur d'ordre) passent on ait les autorisations de travail, les badges, si on a pas ça les pompiers font un rapport « vos gars y ont pas ça... C'est surtout depuis 5 ans. Avant c'était encore limité aux chaussures de sécurité, aux bleus, aux gants. Les ceintures de sécurité on en parlait, mais sans plus, y'avait les échafaudages : on faisait toujours les singes... De toute manière on a toujours fait ça sur les bateaux... On savait pas ce que c'était la sécurité... On s'aperçoit qu'on n'était pas raisonnable, on croyait que rien pouvait nous arriver, or tout peut nous arriver ... Tous les anciens pensent comme moi. Les jeunes c'est plus dur pour leur faire entrer ça dans le crâne... ».

Aujourd'hui encore Jean dit aller au travail avec un certain plaisir, même si parfois pointe la dimension « devoir social » du travail (« il faut que j'y aille »). C'est en ces termes qu'il argumente l'effet positif du travail sur sa santé : « C'est dans le sens que je m'entends bien au boulot, donc je suis pas... y'en a ils arrivent au boulot ils ont déjà les problèmes de la maison, déjà ils sont déjà un peu stressés par ça, ils attaquent le boulot ça va pas, ils passent la journée ils sont sur les nerfs c'est pas bon. Moi je fais abstraction, mes problèmes je les laisse à la maison *... le boulot ça me ... je vais pas dire que ça me rend heureux, que je suis content d'aller au boulot plus que d'être à la maison, parce que je sais qu'il faut travailler pour pouvoir avoir les loisirs qu'on veut, mais moi je suis content d'aller à mon travail, il faut que j'y aille à mon travail... En dehors de ce que je sais qu'à (donneur d'ordre) c'est pas toujours sain ce qu'on respire, pour la santé, mais autrement oui ça me donne la pêche »

Il ne nie pas la pénibilité de ses conditions de travail, mais il les distingue soigneusement du travail lui-même : « Vous ne mettez que 5/10 au « travail fatigant ». Pour vous c'est quoi la fatigue ? » : « Bon ben, c'est pas le travail par lui-même. Si c'est un travail encore, bon je suis debout, je fais les soudures, dans un endroit comme dans cette pièce, ça va, mais on est dans des endroits on est à genoux, on est assis, on est sur le dos, on est dans la m..., on se pourrit, c'est ça après qui est désagréable ». Et c'est avant tout à son âge et à l'usure physique qu'il impute ses « difficultés à effectuer certains gestes ou mouvements ». Et il faut la pression amicale de ses collègues plus jeunes pour qu'il accepte l'idée que s'économiser ne signifie pas être « tire au flanc » : « Je me dis « putain mais c'est pas possible tu peux plus faire ça » alors pour pas passer pour un couillon devant les autres je me dis « fais-le » mais j'y arrive pas...si il y a des escaliers à monter, avant je les aurais montées 4 à 4, maintenant je prends le temps de monter les marches, si il faut monter sur des échafaudages c'est pareil. S'il faut mettre une pièce en place je prends un peu plus mon temps, je m'en rends pas compte... des collègues me disent « Jean laisse, ça on va le faire, c'est pas de ton âge » je dis « attends, je suis pas encore »... « Jean fais pas ça, parce que t'as assez forcé comme ça, c'est à nous de le faire, on est jeunes, ne le fais pas, laisse-nous faire ». *Oui ça me vexé* un peu. Quand on me dit ça il faut pas que je pense que je suis inutile ». On voit ici clairement comment sont en tension idéologie virile de l'effort, et légitimité à être épargné des tâches les plus pénibles comme contre partie des efforts passés.

Si chez Jean l'emporte le déni viril des atteintes professionnelles à la santé, au moment où nous le rencontrons il est dans une phase d'apprentissage de l'acceptation du passage à la retraite, phase de retrait professionnel et donc de deuil. Elle sera moins douloureuse chez lui que chez d'autres, car il est « curieux de nature » - il pratique le modélisme - et qu'il fait un bilan positif de sa vie, fier qu'il est d'avoir triomphé de nombre d'épreuves grâce à son travail et à la solidarité du couple : « je ne regrette rien. Je n'ai que des bons souvenirs (...) avec mon épouse on a toujours été solidaires, y'en a jamais un qui a tourné le dos à l'autre ».

*On rappelle que l'homme qui tient ses propos vit avec une femme sujette à des troubles psychologiques sérieux.

Adam Auer, 56 ans, « chargé d'affaires » sur CDI, le second de nos salariés déclarant une double influence positive du travail sur sa santé physique et psychique, s'oppose précisément sur ce dernier point à Jean Oudard : il a connu une très forte promotion professionnelle en cours de vie active. On peut cependant s'étonner qu'une telle attitude aille de pair avec une évaluation très sévère de sa santé (5/10, une des deux plus mauvaises notes attribuées par nos 19 interviewés). Il est vrai qu'il savoure sa situation après avoir connu un très sérieux accident cardiaque il y a quelques années, ce qui l'a conduit aux limites d'une invalidité qu'il a refusée avec véhémence...

Adam juge son travail moyennement fatigant et stressant (6/10), il est l'un des rares à mettre en avant « se réaliser » comme premier « aspect important » du travail, dit qu'il a choisi cette profession, déclare qu'il est « normalement payé » - son salaire est le plus élevé des 19, avec 3 200 Euros/mois - et ses réponses au questionnaire de Karasek le situent en position moyenne. Le seul problème de santé qu'il signale dans la liste proposée - en dehors de la maladie cardio-vasculaire qui l'a amené il y a sept ans à « faire attention à sa santé », et à consulter régulièrement depuis un médecin - est la

nervosité-irritabilité à laquelle il est « parfois » sujet. Il ne mentionne aucune situation professionnelle néfaste dans le passé, et un seul accident du travail (coupure du doigt).

Fils d'un maçon ayant connu une tentative d'installation à son compte, et d'une mère au foyer, Adam est en nette promotion sociale par rapport à ses parents. Il est vrai qu'il a pu commencer à travailler avec un bac technique en poche, comme laborantin dans la pétrochimie. Reste qu'il lui faudra attendre de nombreuses années et plusieurs emplois distincts avant de faire carrière dans la hiérarchie de la même entreprise : peu avant la fermeture de sa première entreprise, il est tuyauteur dans la PME du beau-père. Il s'en sépare en même temps que de sa première femme pour travailler dans la même activité, mais pour un autre employeur. Licencié économique il travaille plusieurs années comme VRP dans les assurances et l'immobilier. Se décrivant comme un « insoumis », il se « dispute avec un des patrons » qui lui refuse une promotion, et intègre enfin une société spécialisée en « bureau des méthodes et préparation d'arrêt », qui sous-traite pour les grands donneurs d'ordre la préparation et la supervision du travail des sous-traitants. C'est en son sein qu'il progresse, d'une activité de « préparateur » à celle de « chargé d'affaires » en passant par « planificateur » et « superviseur ». Son activité est passée d'un travail sur site à un travail essentiellement administratif, associé jusqu'il y a peu à de nombreux déplacements sur des installations pétrochimiques situées dans d'autres régions.

Adam a donc subi une importante intervention cardiaque il y a 7 ans, à l'âge de 50 ans, à la suite de laquelle il est resté 10 mois en arrêt maladie. Cet épisode n'est pas, selon lui, associé à son travail, mais il va lui révéler combien son travail compte dans sa vie pour « être bien dans sa tête », au point qu'il exclut de prolonger son arrêt maladie, puis de bénéficier d'une invalidité : « Je me suis retrouvé déjà pendant... bon, il y a quelques années j'ai été malade, j'ai été arrêté pendant 10 mois et je me languissais de reprendre : on voulait me laisser en maladie, c'est moi qui ai fait le forcing pour reprendre le travailvoilà, parce que je me sentais d'une part, et puis bon, je me faisais ch... à la maison.... » ; « *Vous êtes un travailleur, quoi ?* » : « Peut-être pas une bête de somme, mais bon....pour aller à la pêche toute la journée je me trouve encore un peu jeune.....Oui, je reconnais qu'avoir une activité ça me permet d'être bien dans ma tête (...) même la médecine du travail qui s'occupait de moi à l'époque voulait me foutre en invalidité... J'ai dit « moi je préfère crever le ventre plein que le ventre vide »... je me sentais en pleine pêche à 50 ans (...) après j'ai repris le boulot, j'étais interdit de site, mais j'y allais quand même ».

Aujourd'hui l'activité d'Adam est donc nettement moins physique et fatigante qu'avant. Il ne souffre du stress que lors des « quinze derniers jours » qui précèdent l'échéance contractuelle des travaux, lorsqu'il faut les achever coûte que coûte. Il signale tout de même qu'au cours des dix jours qui suivent, la « pression » une fois « relâchée », il ressent une « fatigue de relâchement », qui se traduit par une démotivation et une perte d'efficacité. Mais le stress ne fait-il pas partie des « responsabilités » croissantes qu'il a acceptées, des « ehm... » et des « soucis derrière la tête » qui vont avec ? Interrogé sur sa définition d'une « mauvaise journée de travail », il dit ne pas en avoir connues depuis longtemps. Il lui semble loin le temps où il était chef de chantier, dormant mal, retournant la nuit sur les chantiers pour diriger des « employés pas assez qualifiés », parce que le « travail n'avancait pas ». Comme Jean, Adam apprécie également l'amélioration des conditions de sécurité sur les sites industriels. Avec un revenu confortable et le mode de vie qui va avec – avec son épouse qui tient un petit commerce, il est propriétaire de son logement, d'une résidence secondaire et d'une voiture de sport –, on comprend qu'il déclare qu'il préférerait « gagner 100 Euros de moins » et continuer à « faire un boulot qui lui plaît » que l'inverse. On ne sait pas s'il a d'autres importants centres d'intérêt personnels dans sa vie. Mais toujours est-il qu'il est content de ne plus faire de

déplacements lointains depuis peu et de voir approcher le moment de la retraite en se jugeant en assez bonne santé : « pour moi qui suis en sursis, c'est que du bonheur ».

Retour à un profil d'ouvrier a priori beaucoup plus proche de celui de Jean Oudard, avec Gérard Ouda, 42 ans, soudeur-chaudronnier intérimaire, qui est donc toujours ouvrier en milieu de carrière. Sans aller jusqu'à déclarer positive l'incidence du travail sur sa santé, il fait partie des nombreux salariés de la sous-traitance qui nient une telle influence sur les deux aspects, physique et psychique. Mais on peut se demander si, dans quinze ou vingt ans, il abordera la retraite avec la même santé que Jean...

Gérard est situé par notre AFC dans le type « B », celui de « l'exécutant peu sollicité et en retrait », il est localisé au coeur du quart Sud-Ouest du premier plan factoriel. Il attribue une note de 7/10 à son état de santé, note que l'on peut juger moyenne compte tenu de son âge. Il précisera en entretien que c'est à cause de son allergie, « génétique » selon lui. Par contre il juge son travail particulièrement peu fatigant (3/10) et encore moins stressant (1/10). Il met en avant la réalisation de soi comme aspect le plus important du travail, se juge normalement payé et affirme avoir choisi sa profession. Le soutien social dont il fait état est moyen (24/32). Son indice « Karasynt » est très bon (10/24), c'est un des six meilleurs des 19 salariés. Seuls quatre problèmes de santé sont signalés : une allergie dermatologique, et trois autres problèmes, dont un seul – des problèmes d'audition - est jugé lié au travail. Alors qu'il déclare deux maladies reconnues comme professionnelles – une infection pulmonaire et « maladie du carreleur »⁹⁵ -, il affirme ailleurs ne jamais avoir connu de situations professionnelles néfastes pour sa santé. Enfin, il dit consulter régulièrement un médecin, prendre régulièrement des médicaments et faire attention depuis toujours à sa santé.

La trajectoire professionnelle de Gérard est celle d'un « mercenaire », cette appellation qui désigne les ouvriers, en particulier les soudeurs, rémunérés à la tâche. Elle est construite sur un rapport particulièrement « tendu », « intense », voire « guerrier » au travail ». Sa conception très auto-exigeante du travail l'amène à en intérioriser nombre des contraintes « externes », ce qui explique la faiblesse de son indice « Karasynt ». En effet, en n'évaluant la « charge psychologique » que sur le registre des « demandes », « contraintes », « exigences » qui pèsent sur le salarié (« demande » de travailler vite, « demande » de quantité excessive de travail, « manque » de temps, « recevoir » des ordres contradictoires, concentration « nécessaire », « être » bousculé ou ralenti, ...), le questionnaire de Karasek ne peut en saisir que les composantes « externes », et laisser dans l'ombre toutes celles qui sont « intérieures » au salarié et/ou « intériorisées » par lui. Or le mercenaire du travail qu'est Gérard est précisément l'exemple-type du salarié dont la conception même du travail est tellement « auto-exigeante » qu'elle anticipe les « demandes » et « contraintes » extérieures et en annule en quelque sorte la « charge psychologique ». Sur ce point, l'entretien fourmille de formules souvent remarquables qu'on pourrait résumer ainsi : travailler de telle sorte qu'on n'ait strictement « rien à lui redire », que ce soit en termes de quantité, de qualité ou de délais. En quelque sorte « se charger soi-même » pour ne pas « être chargé par les autres »⁹⁶.

Dans son cas on peut repérer une série de facteurs qui tendent à minorer sa perception des incidences pathogènes du travail. Tout d'abord, le questionnaire est, rappelons-le, centré sur les problèmes actuels, malgré la présence d'une question qui explore les effets néfastes sur la santé de situations professionnelles antérieures. Du coup, lui échappent

⁹⁵ Atteinte neurologique au niveau des coudes, suite à de longues périodes de travail en position allongée, ici de soudure au fond des ballasts des navires.

⁹⁶ Voire même, « se charger soi-même » pour ne pas « être une charge pour les autres » : cf. son « horreur » d'être malade, c'est-à-dire « encombrant », « encombrement » qu'il n'accepte d'imposer ... qu'à sa mère, chez qui il préfère se réfugier quand il tombe malade.

largement toute une série d'atteintes antérieures, en particulier celles qui n'ont pas laissé de séquelles, ou de séquelles significatives, sur la santé actuelle.

Portrait 12 : « Je suis un bosseur » ; « J'aime bien le travail, ça passe le temps ».

C'est avec la même question adressée au cas de Jean Oudard que nous interrogerons l'exemple de Gérard Ouda : comment comprendre le paradoxe associant, d'un côté, l'existence d'atteintes à la santé d'origine professionnelle et un travail très pénible, si on en croit nombre des descriptions qui en sont faites, et, de l'autre, la négation farouche de tout lien entre travail et santé ? La réponse se trouve dans la subordination de la relation à la santé à la capacité à travailler et à assumer la fonction paternelle. Le sur-investissement professionnel dont il fait preuve traduit une identité sociale et personnelle typique de la « virilité défensive ».

L'évaluation que donne Gérard de sa santé (7/10) est inférieure à la moyenne des salariés de la sous-traitance Mais la raison qu'il en donne est l'existence d'une allergie dermatologique : « si j'avais pas cette allergie, j'aurais dis 10... C'est par rapport à ça que j'ai dit 7 ». A quoi il ajoute : « si ça venait à m'empêcher de travailler, je mettrais même 3 ». Cette dernière remarque fournit la clé de son rapport à la santé, qui est d'abord un rapport à sa capacité à travailler : la santé ne devient un vrai problème que lorsqu'elle met en cause la seconde. Or cela commence à être le cas, et il est hanté par la menace d'une mise en invalidité – hantise incarnée par son père, victime d'un accident du travail à l'âge de 38 ans ? -, laquelle signifierait une double disqualification : en tant que travailleur, et en tant que père de famille.

Gérard n'hésite pas à reconnaître ce que sa morale du travail doit à sa filiation paternelle : « Je dois tenir de mon grand-père.... Parce qu'il a commencé à 11 ans dans la mine à Alès, il est mort à 89 ans et à 86 ans il faisait des tranchées dans la maison de mon père, et mon père il arrivait pas à le tenir. C'était un bosseur lui ! Mon père aussi : il était chaudronnier monteur en charpente. Il a été invalidé à 38 ans, il est tombé de 16 mètres». On note aussi qu'il n'évoque dans l'entretien ni sa lignée maternelle, ni son ex-femme, ni sa nouvelle compagne, en dehors d'un passage où il précise que lorsqu'il est malade, n'aimant pas être « encombrant », c'est chez sa mère qu'il va se faire soigner...

Les vingt premières années de vie professionnelle de Gérard sont marquées par une grande instabilité. Pourtant, elles ne sont jamais présentées sous le signe d'une précarité, malgré une période de chômage de longue durée (18 mois) et plusieurs changements d'employeurs directement liés à des fermetures d'entreprise. Dans la continuité du métier paternel, il passe un CAP de chaudronnerie. Mais ce métier ne lui plaît pas, et il ne l'exercera pas. Il débute quelques temps comme marin-pêcheur et s'installe même à son compte. Devant l'impossibilité de vivre de cette activité, il suit une formation de soudeur, métier dans lequel il excelle et pour lequel il suivra des formations complémentaires. Il connaît d'abord deux employeurs locaux. Le premier l'embauche sur CDI, mais l'entreprise ferme ses portes au bout de deux ans. C'est sous CDD qu'il choisit de travailler chez le second : « parce que j'aime bien bouger, je ne gagnais pas assez et comme je suis un bosseur ». Il part ensuite pendant six ans travailler comme « grand déplacé » aux chantiers de St Nazaire. Il y change plusieurs fois d'entreprises, travaillant tantôt en intérim, tantôt en « contrats de chantiers » : « comme il y avait des boîtes qui payaient plus que d'autres, je faisais des essais et ils me prenaient. J'ai changé 3 fois de boîte, j'allais à la boîte qui payait le plus cher ». Ne voyant sa famille qu'une fois par mois, cet éloignement a sans doute, admet-il, un lien avec son divorce. Depuis, il doit verser une « grosse pension » de 700 Euros par mois pour ses trois enfants. « Je faisais 220-240h/mois. On faisait des heures à mort. Je travaillais 10h/jour et le samedi. Le plus que j'ai fait c'est 280h/mois (...) S'il y avait des heures supplémentaires, je prenais, je prenais le forfait, je prenais tout ... ». Au-delà, il décrit une sorte de cercle logique et vertueux du travail en déplacement : « En déplacement, si on ne travaille pas, on va dépenser de l'argent en pagaille, vu qu'on est tout seul, on va sortir, on va jouer ... Si c'est pour ça, c'est pas la peine de partir ». Heures supplémentaires, rémunération au forfait, prime de grand déplacement : au prix d'une grande disponibilité temporelle Gérard touche alors un salaire très élevé.

C'est la fermeture prochaine de l'entreprise qui l'emploie qui met un terme à sa vie de grand déplacé : en tant que bon soudeur sachant se vendre, il anticipe cette fin et vient rechercher un emploi dans le Sud. Après une période de dix huit mois de recherche d'emploi – période sur

laquelle il ne s'étend pas – il trouve l'emploi qui est le sien au moment où nous le rencontrons. Depuis deux ans il est soudeur en intérim de manière continue pour le même sous-traitant. Il est affecté à la maintenance de réservoirs d'hydrocarbures. Sa dernière tâche était de chaudronnerie-soudure en vue de la fabrication d'un « toit flottant ». C'est un travail en atmosphère confinée, avec masque et ventilateurs, non pas à cause des vapeurs d'hydrocarbure (« les silos sont très bien nettoyés »), mais des vapeurs de soudure et des poussières de découpe. Contrairement à St-Nazaire, ses horaires de travail sont désormais « des horaires de bureau », et son salaire s'en ressent : il touche tout de même 3 000 Euros par mois, la moitié sous forme de prime de déplacement, qu'il obtient en jouant sur sa domiciliation. Gérard reste fier, à défaut de pouvoir continuer à travailler « au rendement » (au forfait), de toujours savoir se vendre : « Moi je travaille pas pour 1500 Euros. J'ai toujours travaillé en déplacement. C'est mieux payé. Mon prix, il est comme ça : 10,80 Euros de l'heure et 70 Euros par jour de « JT ». J'ai raté le « calendrier » parce qu'il me manquait 50 km, sinon j'aurais été payé le samedi et le dimanche aussi ». Il n'a aucune inquiétude sur sa capacité à trouver un emploi : « Les soudeurs et les chaudronniers, il n'y en a plus, c'est très recherché. Je sais pas, c'est un métier dur, et noir : on est noir à la fin de la journée ».

Gérard apprécie l'amélioration des conditions de travail et de sécurité sur les sites industriels, même si il trouve parfois les règles décalées par rapport à l'expérience ouvrière. Il a bénéficié de plusieurs formations sécurité, dit avoir une bonne connaissance des risques, et met en avant nombre de savoirs de prudence qu'il a acquis. Il n'accepte des missions d'intérim que pour des activités qui durent suffisamment longtemps pour avoir le temps d'y connaître les installations et les collègues de travail. Il reconnaît devoir faire des travaux pénibles, mais ils sont relativisés, au travers de la culture du défi qui transfigure souffrance en plaisir, et des savoir-faire lui permettant d'aménager les postures les plus pénibles : « Mais j'arrive toujours à trouver quelque chose pour que ce soit moins pénible. Je vais prendre un bidon pour être assis à bonne hauteur, je soude une plaque pour poser mon pied dessus, je vais souder un petit morceau de ferraille pour poser mes baguettes au lieu de m'amuser à me baisser sans arrêt. J'ai même un aimant soudé sur ma piquette pour la coller au plafond quand j'ai besoin des deux mains. Si j'ai longtemps à faire sur un endroit, 2 ou 3 jours, d'entrée je vais l'aménager. J'aime bien que ce soit propre là où je travaille. Je travaille vite, mais je prépare mon endroit d'abord, que je n'aie pas à aller chercher ce que je veux, pas marcher pour rien. Quand je commence, j'ai tout à côté de moi. ». Quant aux produits chimiques « ils sont loin » et « moi je fais attention ». Si on le suit, Gérard a une double compétence : il travaille vite, plus vite que la plupart des autres soudeurs ; et il travaille prudemment.

Pour Gérard, le travail n'est ni « fatigant » - « le temps passe très vite quand je travaille » ; « quand je suis pris par mon travail, je suis jamais fatigué » -, et encore moins « stressant ». Des dix-neuf salariés c'est lui qui attribue la note la plus faible (1/10) à cette dimension. Il conteste vigoureusement l'interprétation psychosomatique de son allergie, même s'il reconnaît qu'il est « nerveux » : « Le docteur dit que j'ai du stress et que ma maladie vient de là. Mais moi je sais que non. Parce que le stress de quoi ? Je vais voir mes enfants quand je veux, je vois pas pourquoi... Ils me disent tous que c'est le stress, mais le stress je sais bien si j'en ai ou si j'en ai pas. Le docteur il dit que oui. Je suis nerveux, ça c'est sûr, je peux pas rester en place, il faut que je bouge ».

La maladie dermatologique de Gérard s'est déclarée il y a quatre ans, à la mort de son grand-père. Il ne parvient pas à la soigner et constate son aggravation. Il multiplie les thérapies afin d'essayer d'en venir à bout. Il refuse de la relier à un « stress » et encore moins à son travail. Pour lui, elle est d'origine génétique puisque d'autres membres de sa famille en sont atteints. Il a dû renoncer à certains loisirs – boules, chasse, pêche – afin de se « réserver » pour son travail. Il a déjà « failli perdre un boulot » à cause d'elle, les autres ouvriers craignant qu'il s'agisse d'une maladie contagieuse. C'est comme une épée de Damoclès qui se précise. Il cache cette affection à la médecine du travail, il craint une mise en invalidité et la perte de son travail : « je vois pas quel autre boulot je prendrais ». Et peut-être davantage encore, la perte de son statut social de père de famille : « Parce que j'ai trop besoin de travailler. Ça fait 2 ans que je souffre bien comme il faut. Mais je suis obligé de continuer, je fais comment ? J'ai peur qu'elle me mette en arrêt et que je

perde mon boulot. Mais, un moment ou l'autre, je serai bien obligé de leur dire, si j'arrive plus à m'en débarrasser. C'est surtout pour la pension pour les enfants. Si j'ai une pension d'invalidité, je fais comment ? Les enfants je vais plus leur donner d'argent ? C'est ça qui m'emm... ».

Quand elles sont d'origine manifestement professionnelle, les autres atteintes à la santé qu'il a connues sont l'affaire du passé et n'ont pas laissé de séquelles, ou pas de séquelles suffisamment graves, pour qu'il les associe à son travail. C'est le cas d'une ancienne affection pulmonaire, contractée « sous bouteilles » aux chantiers de St-Nazaire. Il en est de même de la « maladie du carreleur », contractée également aux Chantiers : il a refusé les droits à l'arrêt maladie et à l'opération chirurgicale associés à sa reconnaissance jugeant qu'elle ne le gênait pas suffisamment dans le travail. Les problèmes de sommeil viennent de son ancien métier de marin. Les troubles de l'audition ne le gênent pas spécialement. Ceux de la vision sont d'abord dûs à l'âge. Jamais découragé ou abattu, il concède une nervosité « depuis tout petit ». Le gros point noir reste donc son allergie, qui n'a rien à voir avec le travail. Il dit avoir toujours eu une bonne hygiène de vie, en particulier quand il travaillait loin de chez lui, contrairement à certains collègues qui « sautaient des repas » et « faisaient la java » la veille des journées de travail.

Cette maladie assombrit l'horizon proche de Gérard. Son souhait le plus cher est de pouvoir continuer son travail de soudeur avec la même énergie. Il n'espère pas franchement devenir chef d'équipe : il fait déjà souvent « fonction de », ses employeurs l'apprécient trop comme excellent soudeur et il dit être insuffisamment docile. Quant à la retraite, encore lointaine – il ne pense pas pouvoir en bénéficier avant l'âge de 59 ans – il compte beaucoup moins sur ses cotisations salariales que sur la capitalisation qu'il a engagée depuis qu'il travaille, compte tenu qu'une large part de sa rémunération a été faite de primes...

Ensuite Gérard minore systématiquement les atteintes à sa santé. Il y a un contraste entre ses descriptions de ses conditions de travail et de risques professionnels, et son évaluation complaisante de sa santé et du caractère peu fatigant et peu stressant de son travail. La raison fondamentale est que sa relation à son corps et à sa santé semble entièrement subordonnée à l'impératif de la valorisation maximale, ici et maintenant, de sa force de travail. Du coup, toutes les atteintes à sa santé sont euphémisées tant qu'elles n'affaiblissent pas sa valeur sur le marché du travail, tant qu'elles peuvent être domestiquées en ce sens. C'est le cas de sa « maladie du carreleur », dans la mesure où il peut refuser d'exécuter certaines tâches.

Dit autrement, d'une certaine manière lucide sur certains des effets potentiels du travail sur la santé - et cela est nourri par les savoirs qui circulent dans son milieu social, d'une génération familiale à l'autre comme dans les milieux de travail -, sa façon de raconter sa trajectoire est aussi une longue suite de naturalisations (les problèmes de sommeil ; « c'est depuis tout petit »), de minorations (l'infection pulmonaire, « ça a passé »), de banalisations (les coups d'arc et les pailles dans les yeux, « ça fait partie du métier ») et de dénégations (la fatigue, « pour moi, c'est pas un travail fatigant »). Seuls deux problèmes de santé échappent à cet argumentaire : la « maladie du carreleur », dont il reconnaît l'origine professionnelle, mais qu'il parvient à négocier ; et l'allergie, très inquiétante sur le plan de sa valeur à venir sur le marché du travail, mais imputée unilatéralement à la génétique.

Si on ajoute le rôle de son surinvestissement professionnel lors de ses déplacements géographiques lointains, comme « garde fou » afin de ne pas se « laisser aller »⁹⁷, on peut

⁹⁷En quelque sorte, en libérant le salarié des contraintes de la vie familiale, le déplacement rend non seulement possible le sur-travail, mais le rend d'une certaine façon, nécessaire : ainsi dégagé

penser qu'on a affaire à un bon exemple de virilisme.. De là à dire que la place démesurée du travail vient combler une fragilité subjective majeure – « j'ai toujours été nerveux » -, il n'y a qu'un pas. D'une certaine manière, ce qui permettrait à Gérard de « tenir », c'est d'avoir une importante pension alimentaire à payer pour ses trois enfants. On note enfin que cette vigoureuse morale du travail et de l'effort est explicitement inscrite par le sujet dans la filiation paternelle, du grand-père mineur au père chaudronnier.

René Oudo est un autre soudeur que notre AFC a classé dans le type « B ». Plus âgé que Gérard (53 ans), il s'en rapproche sur plusieurs points : son parcours professionnel n'est pas ascendant, le travail n'est pas perçu comme influençant la santé, et ses troubles de santé sont à la fois minimisés et déconnectés de la sphère professionnelle sous des modalités qui s'en rapprochent. René note sa santé en-dessous de la moyenne (6/10), très au-dessus le caractère fatiguant de son travail (10/10), et dans la moyenne son caractère stressant (5/10). Il se juge mal payé, met en avant le revenu comme aspect le plus important du travail, aurait aimé faire un autre métier (« marine militaire »). Le soutien social dont il bénéficie est moyen (24/32), plutôt négatif ou ambivalent sur les supérieurs (9/16, soit un des indices les plus médiocres des 19 interviewés), mais positif sur les collègues (15/16, soit un des meilleurs scores). Son indice « Karasynt » est plutôt bon (11/24). Cinq ennuis de santé sont signalés, mais un seul d'entre eux est relié au travail, une hernie discale.

René est le seul des salariés rencontrés qui est en situation de déclassement professionnel, relativement à une période où, bien que sans diplôme, il était devenu, à la force du poignet et au prix d'une hernie discale, contremaître et « pilier de la boîte » dans une petite fromagerie. C'est d'ailleurs son expérience professionnelle la plus valorisante à ses yeux, celle par rapport à laquelle est évaluée l'actuelle. Mais cette entreprise a fermé. Depuis, mettant à profit une période de chômage, René a tenté, sans succès, l'aventure d'un petit commerce. Il a été ensuite « chef de quai » dans les transports, avant de connaître un nouveau licenciement. Finalement, il a trouvé un emploi d'ouvrier dans une petite unité de traitement des déchets pétroliers. Il y est classé OHQ mais ne touche que 1600 à 1700 Euros. Reste qu'il n'apparaît pas aigri : il a réussi à retrouver un niveau de salaire, certes insuffisant, mais « bien par rapport à ce qui se fait » dans le monde des PME de la sous-traitance. Et si sa femme ne touche elle-même qu'un salaire à mi-temps, le ménage n'apparaît pas déclassé socialement eu égard au milieu d'où vient René, une famille ouvrière et nombreuse, dans laquelle aucun des enfants n'a fait d'études. Il est assez confiant dans l'avenir de son entreprise. Il a manifestement abandonné toute ambition professionnelle et dit n'avoir que peu de besoins. A une année de la retraite, il dit se satisfaire de son sort : « j'ai un petit loyer. Ma foi, je lis pas mal et j'attends la retraite ».

Quant René évalue ses conditions actuelles de travail, c'est toujours en référence à des expériences passées, où elles ont été souvent bien plus pénibles. Commentant sa note de 10/10 pour l'aspect « fatigant » de son travail actuel, il dit qu'il aurait mis « 15 » à son travail à la fromagerie et « 25-30 » quand il était manoeuvre dans la construction. Malgré la fatigue, de multiples expositions et sa hernie discale, il nie donc tout effet néfaste du travail sur sa santé. De son propre point de vue, son évaluation de sa santé est moyenne, et la raison qu'il en donne est, au premier abord, très claire, par la référence directe qu'il fait à la hernie discale qu'il a contractée à la fromagerie et dont il a essayé, sans succès,

des contraintes et normes de la vie familiale, le salarié risque de « se laisser aller » et de perdre les avantages du déplacement. De là à penser que le sur-travail fonctionne ici comme auto-contrôle de soi pour le salarié déplacé, qu'il s'agit d'un facteur d'équilibre personnel, voire de thérapie, il n'y a qu'un pas... Cette remarque vaut pour tous les « travailleurs célibataires », vivant loin de leur famille, en particulier les travailleurs migrants.

de faire reconnaître le caractère professionnel : « Je crois que les trois points que j'ai perdus, c'est à la fromagerie. Sans la fromagerie, ça aurait été 10 ». « Je me, lève le matin, j'ai mal au dos, je me couche le soir, j'ai mal au dos, la nuit je me réveille parce que j'ai mal au dos ». « La hernie discale, c'est pas reconnu comme maladie professionnelle dans le secteur de l'alimentation. Ils jugent pas sur le travail que vous faites. Dans le transport, vous y avez droit, mais pas dans l'alimentation. C'est illogique. Ils seraient venus voir ce que je faisais comme travail, ils m'auraient dit : mais Monsieur vous êtes fou, il faut arrêter ! Mais personne n'est jamais venu voir ». De même, il dit dans le questionnaire avoir connu « souvent » des situations professionnelles néfastes pour sa santé et cite « l'insuffisance de revenus », « le travail physiquement ou mentalement éprouvant », et « l'exposition à des produits ou environnements dangereux ou malsains ». On aurait donc pu s'attendre à une évaluation négative des effets du travail sur sa santé. Mais quand on lui pose la question dans ces termes : « Sur la santé ? Non, je suis pas mieux quand je travaille pas. Sur la fatigue oui ». Et quand on passe en revue les différents problèmes de santé rencontrés : la difficulté à récupérer, c'est l'âge et surtout la cigarette. Les insomnies, c'est depuis qu'il s'est marié et sans rapport avec le travail, puisqu'il s'endormait « comme un bébé » quand il travaillait aux fromages. Les problèmes de vue, c'est l'âge. L'irritabilité, « ça a toujours été comme ça »

Au-delà, René généralise les atteintes de la vie quotidienne à la santé (nourriture, hormones, pollutions, OGM, ...), et relativise d'autant celles causées par le travail. Quant aux exemples nombreux de collègues de travail manifestement usés : « Je sais pas si c'est par le boulot, ou si c'est eux qui sont fragiles ». « Je connais un soudeur qui est presque aveugle après ses 40 ans de soudure : mais est-ce que c'est la soudure, ou est-ce que c'était déjà dans ses gènes qu'il allait plus voir à 50 ans ? »

Devant une dénégation aussi systématique, on en vient à se demander pourquoi seule sa hernie discale y échappe... Serait-ce lié à son dépit d'avoir été licencié après 23 ans de boulot épuisant dans une entreprise dont il a été le « pilier » ? Cette dénégation concerne également les gênes que ces problèmes pourraient représenter dans le travail. Y compris pour la hernie discale qui, malgré les positions souvent douloureuses imposées par la soudure, ne le gêne pas « pas plus que quand je vais faire mon jardin. J'ai mal, mais je me suis habitué à cette douleur. Ça me gêne pas dans mon travail » « Ça me fait mal, c'est douloureux. Je fais les mêmes mouvements, je me baisse. La différence, c'est qu'avant je me baissais, j'avais pas mal, et maintenant quand je me baisse, j'ai mal ».

Au fond, et comme il le dit concernant les éventuelles atteintes du travail à sa santé psychique, professionnelles ou pas, gênantes ou pas, ses atteintes ne pouvaient de toute façon pas mettre en cause une sorte de « destin de travailleur » scellé à 14 ans : « depuis tout jeune je me suis fais à l'idée qu'il fallait que je travaille jusqu'à la retraite. Je pense pas que ça ait eu des conséquences sur ma santé (psychique) ».

Et comme - sauf exceptions, comme sa hernie discale, ou encore le métier de mineur - on n'accuse pas le destin, il veut bien considérer qu'un renforcement des règles et une meilleure formation des salariés pourraient être utiles à une meilleure sécurité dans le travail. Mais de là à améliorer concrètement les conditions de travail, il y a un pas à franchir dont il ne voit pas bien l'intérêt : pire, « si vous les transformez encore, vous faites plus que des fainéants ».

Si, pour les ouvriers peu ou pas qualifiés, la possibilité d'un déclassement et d'une précarisation professionnelles en cours de carrière est inscrite dans les modes de fonctionnement des entreprises et du marché du travail, d'autres facteurs peuvent jouer. L'alcoolisme et la vie solitaire – le célibat – viennent en bonne place, aux côtés d'une

santé fragile ou comme composante de cette dernière.⁹⁸ On a approché ces dimensions avec les exemples de Jean Oudard et de Gérard Ouda. Le premier laissait percer une certaine fierté, en fin d'entretien, en évoquant la solidité et la solidarité que son couple avait démontrées au travers des épreuves de la précarisation matérielle et de la vulnérabilité psychologique de l'épouse. Le second a connu un divorce, mais il a une nouvelle compagne et il met un point d'honneur à verser une pension alimentaire élevée. Eddy Almas, « chef de chantier », a failli connaître une seconde rupture conjugale suite à son penchant pour la boisson. C'est sous l'effet de cette menace qu'il a décidé de se soigner. Du coup, en quelques mois, grâce à une cure, il a mis fin à son obésité. Mais pour lui cet épisode n'a rien à voir avec son travail, lequel n'influence ni sa santé physique, ni sa santé psychique.

Eddy fait partie du type « C », celui du « salarié autonome, bien reconnu et soutenu », dégagé par notre AFC. Il note favorablement son état de santé (8/10), mais précise qu'il mettrait 9/10 aujourd'hui, car sa cure de désintoxication a eu des effets très positifs. Il juge assez peu fatigant et stressant (6) son travail. Il déclare que son activité professionnelle n'influence pas les deux volets de la santé. C'est un des rares à mettre en avant « avoir des horaires qui laissent du temps » comme aspect le plus important du travail. Sa profession n'a pas été choisie – il aurait voulu être pilote d'avion –, son salaire est jugé normal, ce qu'il nuancera sensiblement dans l'entretien. Le soutien social dont il fait état est maximal, et son indice « Karasynt » est le minimum des dix-neuf interviewés. Seulement quatre ennuis de santé sont signalés, dont un seul en lien avec le travail (difficultés de récupération). Il signale une « une maladie, un accident, une malformation grave », « non gênant pour le travail », et un arrêt maladie de deux mois au cours des deux dernières années pour cause de « hernie hiatale ». Il mentionne « faire attention à sa santé » depuis deux mois, en lien avec un problème d'alcoolisme.

Le parcours professionnel d'Eddy traduit un phénomène de re-classement social, celui d'un fils d'ingénieur qui, après quatre ans d'armée, connaît une promotion progressive. Débutant comme ouvrier de base - balayeur - au prix de beaucoup d'heures supplémentaires il devient « chef de ligne », puis « chef de chantier ». Ce parcours se traduit par une « remise à flot », matérielle et psychologique, suite à un premier divorce, qui l'avait laissé sans logement et endetté. La menace d'une rechute a pris la forme de l'alcoolisme. L'investissement au travail est sans doute une composante de ce qui lui a donné la force de s'en sortir pour, comme il le dit, « ne pas divorcer une seconde fois », au prix de beaucoup de volonté, d'efforts et de détermination... Des traits d'une idéologie virile défensive, probablement développée lors de son passage à l'armée, on en trouve dans certaines de ses expressions : « J'ai une mentalité militaire, très carrée »... Mais, en même temps, il mentionne sans trop de réserve les épisodes difficiles de sa vie à un enquêteur qu'il ne connaît pas, et il essaie de protéger sa vie privée des intrusions patronales. Il nuance également, en cours d'entretien, ses réponses sur le lien travail/santé. Il reconnaît que sur le plan de sa santé physique, son travail avait une influence négative il y a dix ans ; et que sa santé psychique est affectée par les conditions de travail « sur certains chantiers oui ». En tout état de cause, il n'est pas question pour lui d'aller jusqu'à parler d'influence positive du travail sur sa santé psychique. Il évoque longuement son stress lié à sa grande disponibilité temporelle, y compris à la maison, où il ne quitte pas le téléphone portable, et tient à préciser qu'il s'en passerait volontiers. Affirmant « Moi je suis bien à la maison », il cherche sans doute ainsi à se démarquer de ceux qui fuient la vie familiale dans une sur-valorisation du travail.

Eddy connaît surtout le stress des responsabilités qui sont celles des agents de maîtrise des entreprises sous-traitantes, situés en première ligne des demandes du donneur d'ordre

⁹⁸ Sur l'ambivalence du rapport à l'alcool chez les ouvriers lire J.P. Terrail, 1990 (chapitre 2 « boire et déboire »).

et des pressions sur les délais de réalisation des chantiers de réparation ou de maintenance. On verra avec d'autres exemples combien ces difficultés professionnelles – et, du même coup, leurs incidences virtuelles sur la santé –, sont toujours relativisées eu égard au passé d'ouvrier qui est le leur.

Aldo Apias, 43 ans, est un autre agent de maîtrise pour qui les problèmes de stress ont pris le pas sur la pénibilité physique. D'ailleurs, il a donné au caractère stressant du travail une note nettement plus sévère qu'à son caractère « fatigant » (8/10 contre 3/10), et c'est le seul des agents de maîtrise interviewés qui est classé dans le type « A » par l'AFC, à proximité des infirmières de ce type. Il faut dire qu'il a exercé le métier de « tireur de câbles » en tant qu'intérimaire, ce qui signifie « ramper, être à quatre pattes », avec des câbles pouvant peser jusqu'à 43 kg au mètre : « Le travail sur ma santé, non, pas mon travail actuel... quand je suis tireur de câbles, que je suis en train de tirer les câbles, franchement, le travail actuel que fait un tireur de câbles en train de tirer les câbles, sur le physique, il vieillit beaucoup plus rapidement ». Aujourd'hui, ses préoccupations sont d'abord de résister aux pressions de son employeur sur les prix de revient des travaux, pressions qui peuvent sur-exposer aux risques professionnels et qui l'incitent à faire des heures supplémentaires non rémunérées. Sévère sur son état de santé (5/10), il souffre d'hypertension, de migraines et de coliques néphrétiques, et se reproche d'être fumeur, autant de choses qui ne sont pas que « par rapport au professionnel », ou même n'ont « rien à voir avec le travail » : « Moi je dirais, il est moyen, hein... parce que moi, du 10/10 je ne peux plus l'avoir, attend, attend, à 40 ans... moi les arrêts maladie que voit mon employeur à l'heure actuelle, depuis, allez, 4 ou 5 ans, c'est que pour les coliques néphrétiques... quand je suis malade, je suis au travail, quand j'ai la fièvre, je suis au travail, je suis présent... ». « *Qu'est-ce que c'est qui vous fait dire que votre santé est moyenne ?* » « Ben, parce que je me fatigue vite, tout ça, il y a la cigarette qui joue avec, aussi... je pense de plus en plus à arrêter de fumer... la cigarette, qui va avec, quoi... c'est ça hein, bon moi quand je parle de la santé, c'est pas l'état de santé que par rapport au professionnel, il y a aussi l'âge, il y a la quarantaine que je prends en compte, la cigarette, les coliques néphrétiques ça n'a rien à voir avec le travail, c'est ça, bon, je prends tout en compte. Moi je pense qu'une fois que j'aurai arrêté de fumer et me remettre une bonne condition physique, j'arriverai à pas plus de 8/10, pour moi... les 2 que j'ai perdu, c'est l'âge aussi ». En même temps, au plan de l'exposition aux produits chimiques, Aldo sait... qu'il ne sait pas tout : « on a la connaissance qu'on nous donne, on n'a pas la connaissance qu'il faudrait avoir ». Deux anecdotes illustrent son propos : il a découvert après coup qu'il avait été personnellement contaminé au mercure, mais son employeur lui a dissimulé ; un « préventeur sécurité » du donneur d'ordre s'est permis de lui déclarer, alors que les détecteurs d'H2S sonnaient l'alerte : « si tu veux que ça sente la rose, va travailler dans une usine de parfums »...

A l'inverse d'Aldo, Daniel Tiot, jeune technicien posté âgé de 33 ans, juge sa santé excellente (10/10). Il note son travail aussi « stressant » (8/10) qu'Aldo, et plus « fatigant » (6/10) que ce dernier. Pourtant, pour lui non plus le travail n'influence pas la santé. On est dans le cas de figure où le sentiment d'être en excellente santé exclut, comme une évidence, la perception d'une influence négative du travail : « Je suis en bonne santé, donc le travail a pas d'influence. Je dis pas qu'on respire pas des m..., parce que j'en respire comme tout le monde. Mais pour le moment je ressens rien. Donc, actuellement le travail n'a pas de mauvaise influence ». Mais cela ne l'empêche pas de signaler des expositions à des produits dangereux dont il sait les effets délétères à long terme : « On est en situations de travail qui ont des effets néfastes sur notre santé. Il aura une influence à long terme. Il a une influence, mais pour le moment il a pas encore eu d'influence sur moi. C'est sûr que dans quelques années je vais avoir peut-être quelque chose par rapport à ça. On a des chaudières qui sont pas étanches, donc on respire du souffre et c'est pas bon. » Cette vision assez rassurante des enjeux immédiats de santé s'appuie par ailleurs sur des normes et des comportements de sécurité jugés globalement

efficaces et systématiquement respectés mais également, sur une globalisation-banalisation du risque : « de toute façon, dans toute la région, c'est malsain ». Elle s'appuie sans doute aussi, la jeunesse aidant, sur la conviction qu'il ne finira pas sa carrière dans ce type de métier et/ou dans des fonctions l'exposant directement aux produits. Au fond, on a ici affaire à une représentation des relations travail/santé dans laquelle l'effet d'âge frappe pour ainsi dire 3 fois : 1- Je suis (biologiquement) jeune, donc en bonne santé ; 2- je suis (professionnellement) jeune ; si le travail m'atteint, ça ne sera donc que plus tard ; 3- je suis (professionnellement) jeune ; il n'est donc pas écrit que je resterai dans ce type de boulot ... De même, les horaires postés, lui sont pratiques et ne lui posent pas de problème de santé : « pour le moment » en tout cas. S'il ressent un stress assez fort, il s'agit pour lui, en tout état de cause, plus d'un « stress de planter l'usine » que d'un « stress de sécurité », et cela le concerne moins que le chef de poste et ne constitue pas pour lui, contrairement à d'autres, une atteinte à sa santé psychologique : « le stress n'est pas toujours néfaste, enfin pas pour moi. Pour certains collègues, ils sont atteints par ça, ils font des petites dépressions, ... j'en connais trois, le stress leur donne des plaques toutes rouges ».

Les deux derniers salariés qui nient, dans leurs réponses au questionnaire, l'influence du travail sur la santé, sont deux ouvriers du type « C » (« salarié autonome bien soutenu et reconnu ») : un soudeur intérimaire de 35 ans, Ahmed Orama, se jugeant en très bonne santé (9/10), et un monteur-levageur âgé de 43 ans, Joël Oric, plus critique sur son état de santé (7/10). On peut rapprocher ces ouvriers sur d'autres plans : ils n'ont pas, pour l'heure, de parcours professionnel promotionnel, et leurs discours nuance fortement leur réponse au questionnaire : les atteintes à la santé, surtout potentielles et différées, affleurent à leur conscience, mais elles sont en partie refoulées. Elles sont naturalisées, fatalisées, sur le mode du « il faut bien travailler », ou « ça fait partie du métier »..

Chez Ahmed, toute l'expérience personnelle et partagée du travail l'amène, en fait, à un jugement globalement très négatif quant aux effets du travail sur la santé. Il dit d'ailleurs dans le questionnaire « avoir une bonne connaissance des risques professionnels ». Dans sa propre famille, parmi ses trois oncles peintres l'un est déjà mort d'un cancer du poumon « à cause des produits », et les deux autres « savent qu'ils vont avoir la même chose » ; un quatrième oncle, après quarante ans de soudure, est atteint par l'amiante. Pour ce qui le concerne, il est convaincu d'avoir été et d'être encore régulièrement soumis à des produits dangereux. C'est le cas de la colle et des produits qu'il manipulait dans son travail de décorateur et qui sont, à son avis, à l'origine de son allergie aux poussières, allergie entretenue et aggravée par son métier actuel. C'est le cas de l'amiante qu'il est certain d'avoir inhalée lors d'une mission en pétrochimie. C'est le cas des gaz et résidus chimiques qu'il côtoie en permanence dans les bacs d'hydrocarbure qu'il répare. C'est le cas enfin des émanations chimiques et des poussières associées à la soudure et au meulage. Pour autant, on est frappé par le fatalisme avec lequel il envisage ces nuisances. Il cite bien quelques cas de résistance où il a exercé son droit de retrait. Mais ce ne peut être pour lui que marginal et ponctuel, ne serait-ce que parce que « si moi je travaille pas, le collègue va travailler lui, ou c'est un autre » Au-delà, tout son discours est traversé par les thèmes suivants :

- obligation de travailler malgré tout : « dans les bacs, on sait qu'il y a des produits chimiques, mais je sais pas, on travaille, ... On essaie d'éviter le danger, mais il y en a quand même. On est obligé d'avancer le travail. Pour eux, on est des pions » ;
- inefficacité de certaines protections (auditives, par exemple) ou de leur inadéquation aux contraintes du travail de soudure (le masque anti-poussières inadapté à la cagoule du soudeur) ;
- impossibilité ou inefficacité des éventuels recours : le chef qui renvoie au donneur d'ordre, le responsable sécurité qui incitera à manipuler de l'amiante et qui jettera de toute façon toute réclamation au panier, les syndicats auxquels on ne pense même pas

s'adresser, par ce que ceux des donneurs d'ordre ne sont pas faits pour les sous-traitants et parce que ceux du sous-traitant, quand il y en a, ne sont pas faits pour les intérimaires ;

- ignorance et omerta: « on pose toujours les questions, mais on n'a pas toujours les réponses » ;
- et, finalement, accoutumance aux risques et banalisation des atteintes comme parties intégrantes du métier et de son « mouvement »⁹⁹ : « Je sais pas, on s'habitue, ça devient normal, tout à fait normal. C'est un danger, ça reste un danger, mais c'est normal, c'est dans le mouvement du travail, c'est le métier .. »

Si bien qu'en définitive, l'acceptation des risques connus ou inconnus fait en quelque sorte partie de la qualification du salarié : « Si on voit tous les risques qu'il y a autour de nous, on va quitter le travail. Si tu n'es pas habitué à voir du benzène ou du soufre à côté de toi, tu vas stresser ». Or, « si tu es stressé, si tu penses à trop de choses, tu vas faire des conneries ».

A quoi s'ajoute enfin, un « rapport d'autruche » à une atteinte à l'amiante dont on est quasi-certain, mais que l'on évite soigneuse de vérifier, de crainte de la voir confirmée. Si bien qu'Ahmed ne trouve pas le temps d'aller faire la radio dont il a d'ailleurs perdu l'ordonnance : « j'ai peur du résultat ».

Quant à Joël Oric, à l'inverse d'Ahmed, il dit mal connaître les risques professionnels. En entretien, il nuance : « On nous met pas le fusil sous la gorge quand même » ; il précise, exactement comme Ahmed, qu'à trop y penser « on n'irait plus travailler ». On a donc là une forme de semi-dénégation lucide : « On nous dit « fais gaffe, il y a ci, il y a ça, il faut faire gaffe à ça, il ne faut pas faire ça » ...moi je parle des risques de ma vie d'usine...voilà, quand on travaille...la plupart du temps on est au courant de la moitié des choses, des produits qui circulent ou quoi, voilà, c'est à ce niveau là....nous, notre boulot, non, là-dessus, on sait ce qu'il y a, quoi.... ». « *Et vous pensez à quoi ? Vous pensez aux produits, aux risques d'explosion...* » : « Voilà, oui, on ne sait pas, on ne sait jamais...on vous dit « ouais, c'est bon, tu peux aller là, tu risques rien » , et puis finalement..... mais bon, il faut pas en faire cas, parce que sinon on n'irait plus travailler, hein.....On sait qu'il y a le danger, il est là, mais bon, à un moment donné....on ne nous met pas le fusil sous la gorge quand même.....il y a beaucoup de choses qui est caché quand même, ouais ». Un peu plus loin il revient sur cette méconnaissance inquiète des risques, connaissant ces « collègues qui sont à l'amiante »... Mais, cherchant à se rassurer, « il y en a de moins en moins » ; et les effets potentiels pathogènes viendront peut-être « plus tard » : « *Il n'y a pas eu un moment où vous avez fait un boulot qui vous a ruiné la santé ?* » : « Sur le coup, non...peut-être que ça va venir plus tard, j'en sais rien...de respirer toutes ces m.....ouais, au boulot..... mais ça, qui va me le dire ? Parce que moi réellement ça ne fait que 6 ans que j'y vais...mais là il y a des collègues qui sont à l'amiante hein quand même.....de notre boîte.....ils ont gagné 5 ans, sur la retraite, mais ça leur donne quoi....c'est ça non... ». « *Pour vous, vous ne pensez pas ?* » : « Ben, il y en a de moins en moins.....mais bon, après, les produits qu'on respire, ça...ça arrive aussi.....quand on sort un échangeur ou quoi, il suffit qu'il soit mal lavé et pffuit...il y a des odeurs, mais bon, va savoir ce qu'il y a dedans.... On dit : non, c'est que de l'eau, mais... ».

⁹⁹ Cette idée de travail comme « mouvement » dans lequel on est « pris », qu'on ne peut pas interrompre simplement (notamment parce qu'il est le plus souvent collectif) est fort intéressante. Il y a quelque chose d'abstrait à penser les rapports travail/santé « du dehors », c'est-à-dire en dehors et compte non tenu du « mouvement du travail ».

2-3 Reconnaître les risques du travail.

Six des salariés de la sous-traitance interviewés ont déclaré que leur travail exerçait une influence négative sur leur santé physique. Deux d'entre eux accentuent ce jugement en mentionnant une influence négative sur leur santé psychique (Antoine Ouca et Pascal Ochan) ; les quatre autres se partagent sur ce dernier point entre « influence positive » (Cyril Offin), et « pas d'influence » (Sherif Oudien, Christophe Tamez et Robert Ausin).

Nous nous appuyerons ici sur les trois entretiens que nous avons pu étudier de la manière la plus complète (Cyril Offin, Christophe Tamez et Sherif Oudien), les deux premiers donnant lieu à des portraits détaillés. Notons qu'ils relèvent des trois types distincts dégagés par l'AFC. Cyril Offin est un jeune de 25 ans, opérateur en CDD sur installations chimiques, qui se trouve par ailleurs en très bonne santé (10/10). Il nous aidera à explorer les raisons pour lesquelles, « toutes choses égales par ailleurs », les jeunes semblent avoir un jugement plus négatif sur la relation travail/santé. Christophe Tamez, un peu plus âgé (43 ans) est un technicien instrumentiste en CDI. Il se juge en moins bonne santé (6/10), mais sa conviction que les conditions de travail sont pathogènes repose moins sur son expérience personnelle et immédiate que sur ses savoirs techniques – c'est un technicien – et sociaux – c'est un élu CHSCT. Sherif Oudien, enfin, est un soudeur intérimaire qui a une relation instrumentale et détachée au travail. En tout état de cause, le rapport au travail de ces trois salariés est nettement plus distant et moins sacralisé – pour ne pas dire héroïsé – que celui de Jean Oudard ou de Gérard Ouda.

Cyril Offin fait partie du type « A », mais sa position au centre du premier plan factoriel indique des appréciations hétérogènes de sa situation de travail. Il juge son travail actuel moyennement fatigant (7/6) et stressant (6/10). Il met en avant le revenu comme premier aspect important du travail, dit ne pas avoir choisi cette profession – il aimerait être artisan taxi – , et se juge normalement payé. Avec 32/32, il évalue le plus positivement possible son soutien social, évaluation qu'il nuancera en entretien concernant son supérieur hiérarchique. Son indice « karasynt » n'est pas aussi bon (12/24), du fait d'une latitude décisionnelle jugée faible – c'est même celui qui l'évalue la plus médiocre de tous les salariés de la sous-traitance interviewés. Seulement deux ennuis de santé sont signalés, tous deux assignés au travail et gênants dans le travail : des troubles du sommeil et des difficultés de récupération. Il y revient en entretien, selon lui ils sont tous deux directement dûs à ses horaires de travail postés, et aucunement à la précarité de l'emploi, catégorie dans laquelle il ne se reconnaît d'ailleurs pas du tout au cours de l'entretien, même s'il a précisé dans le questionnaire « craindre pour son emploi », sous la forme de la possibilité de « licenciement économique ». Il mentionne n'avoir pas eu de formation concernant les risques professionnels, et ne pas avoir une bonne connaissance de ces derniers. Il déclare ne jamais consulter de médecin, mais faire attention à sa santé depuis un certain temps, « en rapport avec les horaires alternants », et avoir « parfois » connu des situations professionnelles ayant eu des effets néfastes sur sa santé, sous forme de « exposition à des produits ou environnements dangereux ou malsains ».

Le parcours de Cyril est typique de la galère d'insertion – peu d'autres salariés de la sous-traitance, il est vrai plus âgés, en ont connu un de ce type – et du déclassement. Pour l'heure, ses atouts sociaux relatifs – son père est cadre autodidacte, et il vit encore chez ses parents – ne suffisent pas à lui permettre un reclassement en tant que technicien. En huit ans ce jeune bachelier du technique n'a connu que des petits boulots d'ouvrier et d'employé peu qualifiés, dont un seul en CDI. Son emploi actuel a comme principale vertu à ses yeux de lui reconnaître formellement – sur la fiche de paie – la qualification d'opérateur, à faire valoir sur son CV, même si le contenu de l'activité est loin de s'y limiter. Et c'est au prix des trois/huit et des effets perturbants associés qu'il touche un salaire décent. Mais il pense qu'il n'a pas d'avenir dans cette entreprise, vétuste et instable, qui a déjà procédé à un licenciement collectif. Il espère accéder à un emploi

d'opérateur dans une grande firme de la pétrochimie, et rêve de s'installer à son compte. Mais galère d'insertion ne veut pas dire sentiment de précarité. Sa réaction à l'annonce de son licenciement – c'était pourtant son premier CDI – est « ça me faisait des vacances »... Et puis, il est confiant : « on sait très bien que c'est pas tout le monde qui veut travailler dans la m... ».

Ce qui caractérise Cyril, c'est un rapport désimpliqué au travail, dont on peut penser qu'il fonde sa perception, plus lucide que d'autres, des relations travail/santé. A la question, reformulée en entretien, de l'influence du travail sur sa santé physique, il répond précisément, non sans un certain humour : « Ce que je respire je suis pas convaincu que ce soit vraiment bon ». Par contre concernant l'influence de ses horaires postés en trois huit, il a plus de mal à la reconnaître. Comme il se définit comme volontaire pour ces horaires de travail - afin d'améliorer sa paie -, il refuse de les rendre responsables de ses difficultés de sommeil et de récupération. On tient là un mécanisme récurrent de l'occultation-dénégation. Dès lors qu'une forme de pénibilité est perçue comme librement choisie, on a du mal à la rendre responsable d'atteintes à la santé. Le responsable n'est-il pas soi-même ? On note par ailleurs que, dans son cas, la pratique du sport – devenue difficile et aléatoire avec ses horaires postés – n'est pas associée à une valorisation des vertus viriles, telles l'endurance à la souffrance, l'effort, le courage.

Portrait 13 : « Je travaille que pour de l'argent »

Cyril est l'un des deux salariés de la sous-traitance qui a été interviewé dans les locaux du LEST : habitant toujours chez ses parents, travaillant en horaires postés, nous sommes convenus que c'était le lieu le plus approprié.* Un peu intimidé et un peu nerveux – il rit beaucoup, a du mal à me regarder en face - et assez peu loquace dans l'ensemble, il prend confiance au fil de l'entretien, pour conclure « c'était intéressant ».

Cyril est titulaire d'un baccalauréat en conduite d'installation chimique. Son père est cadre autodidacte, sa mère est au foyer. Il a un frère, titulaire, lui, d'un bac pro en électricité, ouvrier qualifié en intérim chez un sous-traitant de la construction aéronautique, dont la situation ne lui semble pas pour l'instant nettement plus enviable que la sienne, sauf au plan des conditions matérielles de travail

Cyril connaît une insertion professionnelle déjà ancienne, puisqu'il travaille depuis 8 ans. Mais c'est une insertion précaire et laborieuse, sans être vraiment vécue comme telle. C'est qu'il vit chez ses parents et n'est pas mécontent d'avoir trouvé finalement une entreprise qui le paie convenablement – 1 500 Euros, primes comprises -, et plus que tout, qui l'étiquette comme « opérateur » sur sa fiche de paie. Peu lui importe alors s'il fait aussi des travaux de maintenance peu gratifiants et que les installations lui paraissent très désuètes : grâce à cette classification, il espère pouvoir faire valoir ailleurs ses compétences de technicien. Il n'apparaît d'ailleurs pas démoralisé.

Cyril avait commencé un BTS dans la même filière, mais un accident de moto l'a conduit à interrompre ses études. Il est vrai, également, qu'il est pressé de travailler. D'ailleurs, pour lui, « l'école n'est pas un bon souvenir ». Il va d'abord connaître près de six ans d'emplois précaires, principalement en intérim, avec deux périodes de chômage, dont l'une sera mise à profit pour tenter, en vain, des concours de la fonction publique. Il occupe une série d'emplois de courte durée : dans la logistique, à la manutention, comme opérateur, « contrôleur de publicité ». Il passe un permis de conduite d'engins. Il trouve enfin un emploi en CDI, comme opérateur en trois huit dans l'unité de sous-traitance de produits pétrochimiques où il travaille aujourd'hui. L'établissement compte une trentaine de salariés, dont la moitié en production, le reste en maintenance, labo et administration... La société a une autre unité sur un autre site. Un an plus tard il est licencié économique, avec trois collègues, sous prétexte de diminution des activités, prétexte qu'il met en doute. Il passe 6 mois au chômage, période pendant laquelle il bénéficie, en tant que licencié économique, d'un « accompagnement renforcé ». Encouragé par le plus combatif de ses trois collègues licenciés, il utilise les services d'un avocat « travailliste » qui se fait fort

d'obtenir aux Prud'hommes la condamnation de l'employeur, et lui fait espérer une indemnité substantielle. Le procès est en cours. Depuis quelques semaines Cyril a été ré-embauché sur le même poste par la même société, cette fois sur CDD, mais espère bien repasser en CDI dans les semaines à venir : « c'est pratiquement sûr ». Entre temps, une grève est intervenue et un syndicat CGT s'est monté, il va peut-être se syndiquer. Il note quelques progrès sur les conditions matérielles de travail... Mais il est clair que cet emploi demeure pour lui un emploi d'attente. Il rêve de devenir artisan taxi, comme un oncle et un cousin, grâce à l'argent qu'il a pu mettre de côté en vivant chez ses parents. Sinon, il s'achètera un studio, quittera le foyer parental assez vite, et cherchera à intégrer une grande firme de la pétrochimie en tant qu'opérateur. En attendant, il se définit comme bien incapable de se projeter à « plus de cinq ans », et précise même, à propos de l'âge idéal de la retraite, que « le plus tôt sera le mieux »...

Pour l'instant, ce qui préoccupe le plus Cyril ce sont les horaires en « trois huit » qu'il ne supporte guère : « *Cette fatigue, on la ressent quand principalement ?* » : « Le matin... Parce que souvent quand je travaille le matin un jour sur deux c'est... un jour sur deux je dors pas plus d'une heure ou deux avant d'aller travailler, donc après vers onze heures-midi... Je trouve pas le sommeil.. » « *Pourquoi, vous pensez au boulot ?* » : « Non, c'est un truc de moi ça, je dors mal... » « *Et vous avez jamais essayé de prendre des calmants, des tranquillisants ?* » : « Non, je veux pas me droguer non plus ! Je me suis posé la question... Mais pas encore... Oui, c'est quand il faut se lever pour commencer à 5 heures. Parce que parfois je dors l'après-midi... Des, fois je me réveille l'après-midi, je sais plus si c'est le matin, l'après-midi ».

Ces horaires le fatiguent d'autant plus qu'il essaie de faire du sport - la boxe et la musculation - et qu'il lui arrive de sortir le soir tard. Du coup, il a plus de mal à imputer ses ennuis de santé à ses horaires décalés. Il insiste sur le fait que c'est lui qui les a choisis, pour gagner plus, et il pense qu'il gère mal son temps de repos. C'est donc plutôt aux produits chimiques qu'il respire qu'il attribue ses troubles de santé : « On sort, on va en boîte, ça m'est arrivé des fois de commencer le matin à 5 heures et le soir à 5 heures du matin je me couche, bon je dors un peu au milieu mais c'est une longue journée. Mais ça, je peux pas me plaindre, c'est moi... » « *Vous mentionnez « mon travail influence négativement ma santé physique »* » : « Parce que, en fait, ce que je respire je suis pas convaincu que ce soit vraiment bon... ». « *Vous pensez plus aux conditions de travail, à ce que vous respirez, qu'aux horaires...* » : « Mais les horaires c'est depuis le début, depuis que j'ai fini mon contrat, je sais que c'est comme ça... Je vais pas me plaindre de travailler en trois huit alors qu'on m'a demandé « vous voulez travailler en trois huit ? », j'ai dit « oui », j'ai signé... il est trop tard maintenant. Oui, ça fait partie du salaire, et comme je suis motivé par ça... C'est pour ça que je vous disais, dans tout travail il y a du bon et du mauvais... Maintenant quitte à aller travailler, autant le faire pour gagner de l'argent... C'est un choix ».

Ce qui retient Cyril dans cet emploi – il insiste sur ce point – c'est sa classification officielle comme opérateur et le salaire de 1500 Euros : « demain, si je trouve ailleurs avec 1500 Euros, je le fais ». C'est qu'il décrit des installations vétustes, des appareils automatiques qui fonctionnent mal, ce qui l'amène à faire de nombreuses opérations manuelles sur les procédés chimiques. Ce qui est source de stress : « *Alors le stress c'est quoi pour vous ? quand on parle de stress ça vous fait penser à quoi ?* » : « Quand on envoie de l'eau à [Donneur d'ordre], il faut pas que l'eau... dans les tanks y'a de l'eau et de l'huile, ça se décante, il faut vérifier pratiquement constamment ce qu'on envoie, et si on envoie de l'huile [Donneur d'ordre] peut fermer la vanne . Alors ou c'est amende, grosse amende, ou carrément une menace de plus travailler avec nous... Parce que si on envoie de l'huile ça tue leurs petites bestioles qui dépolluent l'eau...Y'a des stress comme ça... Tout ce qui est censé être automatisé c'est nous qu'on le fait alors... C'est ça le stress... On oublie d'arrêter la chauffe au bout d'une heure, c'est à 150 alors que ça devrait être à 100 parce qu'entre temps on est allé régler autre chose... Plein de trucs comme ça... Parce que rien n'est automatisé. Enfin ça détraque rien parce que y'a rien de dangereux mais... Oui ça c'est déjà produit que des gens de [Donneur d'ordre] viennent vérifier, pendant un ou deux jours...Et que l'unité s'arrête pour cette raison (de l'huile dans l'eau) ».

L'application « systématique » des « règles de sécurité », qu'il mentionne dans le questionnaire, est sensiblement nuancée en cours d'entretien. Il cite l'exemple de la conduite d'engins pour laquelle il n'a pas d'autorisation écrite de la hiérarchie, mais qu'il accepte de faire : « Moi ils m'ont repris parce que je faisais partie de ceux qui faisaient tout ». On voit donc que sa précarité d'emploi n'est pas sans effets sur son acceptation de conditions de travail et de sécurité médiocres.

Et il insiste sur le décalage entre les bribes d'initiation à la sécurité apprises à l'école, très théoriques, et ce qu'il vit au travail, confirmant ainsi sa réponse négative à la question relative à la « bonne connaissance des risques liés au travail ».

On retiendra de l'exemple de Cyril les points suivants : galère d'insertion ne signifie pas précarité subjective, dès lors que l'on bénéficie de la solidarité d'une famille populaire stabilisée, ici sous forme d'hébergement et de prise en charge au moins partielle des dépenses ; « travailler pour de l'argent » n'a ici que peu à voir avec le rapport à la fois « mercenaire » et « héroïque » au travail d'un ouvrier comme Gérard Ouda ; cette relation détachée et instrumentale au travail favorise, sans la permettre entièrement, une relation plus lucide à certains des effets pathogènes du travail.

* Ce qui est significatif des difficultés que nous avons eu à réaliser des entretiens auprès des ouvriers.

Christophe Tamez, 43 ans, technicien instrumentiste, fait partie des salariés classés dans le type « C » (« salarié autonome bien reconnu et soutenu ») par notre A.F.C. Il est sans doute de nos dix-neuf salariés de la sous-traitance celui chez lequel on trouve le moins de résistances à la reconnaissance des risques du travail. On peut en trouver trois sources dans son profil. C'est un technicien, dont le rapport au travail est animé par un rapport au savoir assez distinct du rapport au savoir de la plupart des ouvriers et agents de maîtrise : il est moins fondé sur l'expérience sensible et corporelle et davantage sur des savoirs abstraits. C'est un élu au CHSCT (sans étiquette syndicale), fonction dans laquelle il développe sa connaissance des risques professionnels. Il est inscrit dans un mode de vie dans lequel « la vie extérieure au boulot est plus importante que le boulot ». C'est d'ailleurs l'un des trois qui ont déclaré dans le questionnaire que des « horaires laissant du temps » étaient l'aspect le plus important du travail.

Christophe attribue une note assez faible à sa santé (6). Mais il juge également faiblement fatigant son travail (5/10), et le trouve encore plus faiblement stressant (2/10). Il déclare avoir choisi sa profession et se dit plutôt mal payé. Son indice de soutien social est l'un des meilleurs, de même que son indicateur « Karasynt ». Il ne signale que deux problèmes de santé (vision et obésité), non associés au travail. Il mentionne consulter régulièrement un médecin et se soucier depuis un certain temps de sa santé en lien avec son obésité. Il ne signale aucun accident du travail, maladie professionnelle, ni arrêt maladie au cours des deux dernières années.

On a vu qu'au plan statistique, déclarer un lien négatif entre travail et santé était nettement associé à un point de vue critique sur son propre état de santé. Ce n'est pas vraiment le cas de Christophe, qui précise « pour moi 6 c'est une bonne moyenne ». S'il ne s'attribue pas une note plus élevée c'est à cause de son obésité, qu'il a d'ailleurs décidé de combattre il y a peu. « Avant, je courais avec ma fille, maintenant elle court plus vite que moi... c'est une obésité qui est venue par négligence personnelle. On mangeait trop, on mangeait n'importe comment ...Et puis un jour, j'ai dit stop ». Si on ajoute que Christophe ne signale ni événements de santé antérieurs, ni d'autres atteintes à sa santé que des troubles de la vision, d'ailleurs ni gênants, ni provoqués ou accentués par le travail, on peut se demander quelles sont les raisons de sa perception d'une influence négative du travail sur sa santé physique. Son rapport à la santé au travail est bien distinct de celui de la plupart des ouvriers et agents de maîtrise rencontrés. Alors même qu'il ne souffre d'aucun symptôme « ici et maintenant », il est dans une attitude générale de soupçon par rapport aux risques professionnels : « Ça fait réfléchir. Est-ce que dans le temps les diverses doses qu'on prend à droite et à gauche ne vont pas ressortir un de ces jours. Je sais pas ». Même si « Ça tient pas au travail en lui-même mais au milieu où on travaille ».

Christophe n'est pas un déclassé social, au contraire : issu d'une famille ouvrière et nombreuse, des sept enfants c'est celui qui est le plus diplômé. Mais c'est un technicien

assez peu diplômé, qui se sent stagner techniquement, et qui, sans être vraiment inquiet à court terme, est préoccupé par cette situation, d'autant plus qu'il est captif géographiquement. En effet, le ménage est propriétaire de son logement et sa femme a un emploi auquel elle tient. Pour éviter les risques de précarité, de déclassement, ou de mobilité géographique, Christophe doit absolument entretenir et développer ses compétences techniques dans un métier en évolution permanente. Là où un ouvrier doit d'abord préserver ses capacités physiques pour maintenir sa valeur d'échange sur le marché du travail, un technicien ne doit-il pas d'abord soigner ses capacités cognitives pour ne pas être démonétisé ? Christophe est donc un technicien dont l'approche des atteintes potentielles à la santé renvoie à des savoirs plus abstraits que ceux qui sont issus de l'expérience ouvrière. Sans être franchement instrumentale – ce qui est cohérent avec le fait qu'il relève du type « C » et non du type « B » - sa relation au travail est plus détachée que celle de nombreux salariés de la sous-traitance. Une de ses expressions la résume bien : « La vie extérieure au boulot est plus importante que le boulot ». Enfin, intéressé de longue date par les problèmes de santé-sécurité au travail, c'est un élu au CHSCT, un expert en quelque sorte de la question.

Portrait 14 : « La vie extérieure au boulot est plus importante que le boulot »

Le paradoxe à partir duquel on cherche à comprendre le cas de Christophe est le suivant : comment peut-on à la fois déclarer que le travail joue négativement sur sa santé, et ne signaler aucune atteinte à sa santé liée au travail ou aux conditions de travail ?

Voilà les mots qu'il utilise pour étayer son inquiétude sur les effets différés de son exposition aux produits chimiques : « On est toute la journée au milieu des produits et des dangers, que ce soit du chlore, du brome,... qu'il y a dans une unité et on sait pas exactement quand on en prend, quand on n'en prend pas, il faut pas se leurrer. On n'est pas à l'abri d'une vanne qui casse et qui envoie du chlore dans l'atmosphère...ça fait quand même réfléchir. Est-ce que dans le temps, les diverses doses qu'on prend à droite ou à gauche, ne vont pas ressortir un de ces jours ? Je sais pas. » Contrairement à d'autres, il refuse absolument d'imputer ces risques aux risques du métier. Il n'avance que deux modes de relativisation du danger. La distinction, qui nous est désormais familière, entre « travail » et « conditions de travail » : « Ça tient pas au travail en lui-même, mais au milieu où on travaille. Le fait de passer la porte d'une industrie chimique, c'est pas forcément bon pour le corps ». Et le fait qu'il est finalement moins exposé que les habitants des localités les plus proches du site : « Moi, j'aimerais pas habiter là, en tout cas. Regardez à [localité proche de l'usine où il travaille], le nombre d'habitations qu'il y a autour de l'usine, qui traite du chlore : moi j'aurais plus peur d'aller acheter un appart' là que d'y travailler. Moi j'y passe que 7 heures »

La piste de la trajectoire sociale et du parcours professionnel ne mène pas très loin. Christophe est plutôt en promotion sociale par rapport à ses parents et il est dans un statut professionnel en rapport avec son diplôme. Son père était menuisier-ébéniste salarié, sa mère était tantôt au foyer, tantôt femme de ménage. Des sept enfants, c'est lui qui a été le plus loin dans ses études : titulaire d'un BT instrumentation, il aurait pu même faire un BTS si les parents avaient eu davantage de moyens. Il débute sa carrière à l'âge de 20 ans et, malgré une période d'instabilité professionnelle – trois années en intérim, deux années de chômage – non vécue comme précarité, travaillera toujours dans son domaine technique. Deux séquences d'emploi se détachent. La première est celle des quatre années passées en Guyane sur Ariane Espace en « contrat famille » : « J'avais pas envie de me retrouver avec ma femme d'un côté et moi de l'autre ». On voit au passage combien Christophe se différencie ici de certains travailleurs de chantiers. La seconde est l'emploi qu'il occupe depuis maintenant dix ans, chez un sous-traitant de premier rang de la pétrochimie. Il est stable sur le même site depuis quatre ans. Il touche un salaire de 2 200 Euros par mois, qu'il juge insuffisant mais « dans la tranche normale ». Christophe est marié avec une employée de commerce, par ailleurs attachée à son emploi.

Pour autant, Christophe est loin d'être pleinement satisfait professionnellement, et l'on sait le lien statistique entre insatisfaction professionnelle et perception négative de la santé et de la relation travail santé. S'il ne craint pas pour son emploi, il craint que son employeur perde les « gros contrats » avec les donneurs d'ordre, ces contrats de maintenance à moyen-long terme qui permettent de « lisser » les effectifs nécessaires entre les « gros » et les « petits » chantiers : « C'est pas une crainte dans le sens de perdre l'emploi. C'est une crainte parce qu'on va perdre des contrats, et on risque d'être encore plus dépendants de petits chantiers, bien que je sois demandeur de petits chantiers ». Mais, surtout, il souffre d'un travail devenu routinier à ses yeux : « J'en ai marre de faire toujours pareil. C'est pour ça que je vais sur les arrêts à droite et à gauche. En fait, en instrumentation tu t'aperçois que le métier avance, le matériel avance, et que, si on reste trop sur un secteur, on va se retrouver très vite dépassé par le matériel. Donc, c'est important de naviguer, de voir d'autres façons de faire ». Et il est conscient que dans le monde de la sous-traitance les conditions ont tendance à se dégrader : « déjà, on est beaucoup moins nombreux. Les contrats sont pris à très bas prix, vu la concurrence. Pour faire le même boulot, on aurait été 3-4, maintenant on va être 2. C'est la course au moins-disant et le client aurait tendance à prendre le moins cher ». Il aimerait progresser vers une fonction de chef de chantier, mais cette perspective lui semble peu crédible dans son entreprise. Du coup, il commence à envisager une embauche chez l'un des grands donneurs d'ordre de la région : déjà, au niveau salaire ça n'a rien à voir avec nous, ils ont beaucoup plus d'avantages que nous. Et puis ils ont beaucoup plus d'autonomie au niveau boulot, ils voient plus les clients, les divers fabricants ». Mais résider à proximité immédiate en cas d'astreinte semble être devenu une condition d'embauche, ce qui n'est pas son cas : il est captif de son logement et de l'emploi de son épouse, situés dans une localité assez éloignée. C'est pourquoi il affirme « je me sens un peu prisonnier, là, bloqué, oui ».

Son insatisfaction professionnelle reste cependant relative. C'est ce que confirment ses commentaires des réponses qu'il a faites au questionnaire de Karasek. Son travail est peu « stressant » (il a mis 2/10) : « C'est pas stressant. Faut pas charrier quand même. Il y a toujours moyen de discuter, faut pas avoir peur d'aller au dialogue ». « Pour moi, « stressant » ça veut dire qu'on nous met la pression pour que le boulot soit vite fini. C'est pas le cas ». « On arrive toujours à discuter. En fait, le chef de chantier sait très bien qu'il y a toujours une marge d'erreur. Et il sait que s'il tire trop sur les marges, il aura des problèmes. Il y a quelques années, on a été sur une plate-forme à terre. Le chef de chantier sur place a fait venir des intérimaires de toute la région en essayant de l'avoir au prix le plus bas. Donc il a eu beaucoup de gars qui n'étaient pas trop du métier. Ça s'est ressenti, il y a des tas de trucs qui ont dû être refaits, c'était pas fait dans les règles de l'art ». « On met en évidence le problème, tout simplement. Si pour faire un boulot il faut 3 techniciens et qu'on en met que 2, il sait très bien qu'à un certain moment on va se retrouver coincés ». De même, il confirme son évaluation positive de ses supérieurs, avec une réserve à propos de la substitution en cours de professionnels par des gestionnaires : « Ça sert à rien de se fâcher. Et puis, on est quand même des personnes d'expérience, et on essaie de faire avancer les choses ... Mais on se retrouve de plus en plus avec des responsables qui gèrent du personnel, mais qui sont pas du métier. Moi, je suis de l'ancienne génération. Mon chef est un gars qui avait progressé et qui était capable de prendre les outils et de faire le boulot lui-même. Je m'aperçois que c'est de moins en moins comme ça. Ils ne sont pas issus du métier. Et ça c'est très néfaste, pour moi. Quand tu es embêté sur quelque chose, tu es seul. Disons que je préférerais avoir un responsable avec qui je peux parler du boulot. Plutôt que quelqu'un qui me dit t'as fait combien d'heures, demain t'as à faire ça, ça et ça. Ce serait plus logique d'avoir des techniciens qui ont évolué dans le temps, plutôt que des personnes un peu plus jeunes qui ont pour ainsi dire jamais pratiqué. »

C'est donc, plus fondamentalement, dans son savoir d'instrumentiste et son niveau d'exigence par rapport aux « règles de l'art », qui plus est prolongés dans son activité d'élu au CHSCT, que l'on trouve une des raisons de l'attitude vigilante et lucide de Christophe sur sa santé au travail. « J'irai jamais faire une opération si je sens qu'il y a un danger. Style, je dois intervenir sur un produit assez dangereux et si je me sens fatigué ou quoi, je dis « non, je le fais pas ». Si je dois changer un appareil et je vois que la vanne d'isolement est pas normale, je le fais pas. On attendra qu'il y ait un arrêt technique pour le faire, on attendra que la machine soit arrêtée. Et je mets en évidence le danger qu'il peut y avoir ». « La première chose que je fais c'est de demander qu'est-ce qu'il y a dans la canalisation, la pression, la température, le débit... « *Et vous avez confiance dans les informations qu'on vous donne ?* » : « Comment faire autrement ? C'est le Chef de quart ou Chef d'équipe de fabrication qui, normalement, a l'expérience qu'il faut ... ». « Je serais capable de me

fâcher pour empêcher qu'on le fasse... Parce que c'est quand même plus important la vie que le boulot. Parce que c'est plus important de faire les choses dans les règles de l'art, plutôt que de dire ça y est on a démarré, on est content ». « Je le fais d'abord à titre personnel. Et à titre d'élu, je fais passer cette façon de voir ».

Si « la vie est plus importante que le boulot » sur le lieu de travail, la « vie extérieure au boulot est [aussi] plus importante que le boulot ». On en a déjà eu des indices à propos de son travail à l'étranger, pour lequel il excluait de partir sans sa compagne, ou encore de sa captivité spatiale, compte tenu de l'activité professionnelle de cette dernière. C'est ce que confirme Christophe à propos de l'âge de sa retraite, qu'il n'hésitera pas à anticiper s'il en a la possibilité. « Si à 50 ans j'avais la possibilité de faire autre chose... Je dis pas arrêter de travailler : je dis d'autres activités. A 50 ans on a toujours la santé, alors qu'on sait très bien qu'à 60 ans on pourra plus faire ce qu'on veut. 50 ans pour moi, on est encore à la force de l'âge ».

On ne peut dire dans quelle mesure le détachement relatif qui singularise la relation au travail de Christophe, et son engagement dans une fonction électorale, résultent de cette « impasse » professionnelle dont il parle, ou s'ils en participent, et comment.

Dernier exemple de salarié n'hésitant pas à parler d'influence négative du travail sur la santé physique : Sherif Oudien, soudeur intérimaire âgé de 47 ans, qui fait partie du type « B », celui des « exécutants peu sollicités et en retrait »

Les notes qu'il attribue à sa santé (7/10), à l'aspect fatiguant (7/10) et stressant (5) du travail le situent dans la moyenne. Il dit avoir choisi sa profession, ne mentionne pas de dégradation de ses conditions de travail, se considère normalement payé, ne souhaite pas changer de poste, et met en avant « se sentir utile » comme aspect le plus important du travail. Son soutien social se situe en-dessous de la moyenne sur le plan des collègues de travail. Son indice « Karasynth » est élevé. C'est un des deux seuls salariés de la sous-traitance interviewés à être dans le quadrant nord-est croisant charge (assez élevée) et latitude (assez faible). Il signale huit ennuis de santé, presque tous à la fois gênants et provoqués ou aggravés par le travail. Il a connu un accident du travail (« chute d'échafaudage ») ayant laissé des séquelles (« douleurs aux jambes et au poignet ») et ayant eu des conséquences sur son parcours professionnel (« perte d'emploi », « formation permanente en soudure-tuyauterie »). Il mentionne avoir connu des situations professionnelles néfastes pour sa santé. Il ne consulte pas régulièrement de médecin et ne prend pas régulièrement de médicaments. L'examen attentif de son questionnaire fait donc apparaître :

- un décalage entre certains éléments de situation de travail plutôt négatifs, et une acceptation de cette dernière : rémunération jugée « normale », conditions de travail perçues comme stables, pas de souhait exprimé de changer de poste. Un accident du travail semble avoir joué un rôle important dans son parcours ;
- une certaine cohérence des réponses tenant à la perception de la relation travail/santé, l'accident du travail semblant jouer un rôle pivot sur ce plan.

Sentiment d'infériorité culturelle et soumission au destin, tels sont les principaux traits que traduisent l'entretien que nous avons réalisé, non sans difficultés, avec Sherif.¹⁰⁰ Il appartient à la seconde génération issue de l'immigration maghrébine, son père était

¹⁰⁰ Sherif avait oublié notre rendez-vous et son téléphone ne fonctionnait pas. Ne disposant pas de son adresse précise, il a fallu faire le tour des appartements de la cité de logements sociaux où il habite. On finit par le trouver, seul à ce moment-là, avec un bébé aux bras. Sa femme a accompagné l'aîné chez le médecin. Après lui avoir fait baisser le son de la télé, nous commençons l'entretien, qui se réduit largement à un plagia du questionnaire. Sherif ne parvient pas – ou se refuse – à se livrer davantage.

ouvrier non qualifié dans la sidérurgie lorraine. C'est le seul de ses huit frères et sœurs à avoir quitté l'Est de la France pour le Sud, où il s'est fixé « à cause du soleil ». Cette migration régionale ne s'inscrit pas dans un parcours social ou professionnel ascendant. Il n'a qu'un CAP et c'est alors qu'il travaille comme « monteur » qu'il a un grave accident du travail. Il lui faut trois années pour guérir des principales séquelles de sa chute d'un échafaudage. Difficile de considérer que la formation-reconversion au métier de soudeur dont il bénéficie à cette occasion soit une seconde chance. Certes, il travaille depuis de manière continue, mais le plus souvent en intérim, et, contrairement à d'autres intérimaires de notre échantillon, sur des sites industriels variables. Et il est tantôt « soudeur », tantôt « monteur ». Les heures supplémentaires qu'il « vaut mieux accepter » si l'on veut continuer à travailler lui permettent de gagner jusqu'à 2 600 Euros, pour un salaire de base de l'ordre de 2 000 Euros. A 47 ans Sherif se sent usé. Père depuis assez peu d'années, les responsabilités familiales et son âge l'incitent à beaucoup plus de prudence que quand il était plus jeune. Il n'hésite pas à imputer ses migraines à toutes les « saloperies » qu'il respire sur les sites pétrochimiques. Il aimerait anticiper sa retraite, mais doute d'en avoir la possibilité. Sa femme ne travaillant pas, le ménage ne peut compter que sur ses ressources. En fait, il a du mal à se projeter dans l'avenir, qu'il s'agisse de l'avenir professionnel – il n'évoque pas la possibilité de trouver un emploi stable, ou de passer chef d'équipe -, ou du logement – l'accession à la propriété ne semble pas envisageable. Sa préoccupation première est de pouvoir enchaîner les missions d'intérim.

Dans le cas de Sherif, c'est donc un grave accident du travail, inscrit dans une relation instrumentale à un travail peu qualifié, qui semble avoir favorisé une reconnaissance sans états d'âme des effets délétères du travail sur sa santé.

2-4 Reconnaître les risques du travail... et les nier : « c'est pas seulement dû au travail »

Dernier cas de figure, celui de salariés qui refusent de trancher dans leur réponse à la question de l'influence éventuelle du travail sur la santé physique. Ils sont quatre sur dix neuf, se partageant entre les types « B » et « C » dégagés par notre A.F.C. Mais ils se différencient dans leur réponse à la question de l'influence du travail sur leur santé psychique. Sur ce point Christian Oary, technicien en intérim, 44 ans, répond « influence positive » ; Soufi Olef, mécanicien d'entretien en CDI, âgé de 58 ans, « ne se prononce pas » ; Jean-Marie Atone, chef de chantier en CDI, âgé de 47 ans, répond « pas d'influence », de même que Denis Ales, chargé d'affaires en CDI, âgé de 44 ans. Les salariés de ce profils nous aideront ainsi à explorer les manifestations et les sources de l'ambivalence des représentations des relations travail/santé.

Christian Oary attribue des notes moyennes à sa santé (7/10), à l'aspect fatigant (7/10) et stressant (5/10) de son travail. Il met en avant comme aspect le plus important du travail « rencontrer des gens », déclare qu'il n'a pas choisi sa profession - il aurait aimé être « éducateur sportif » -, et se juge normalement payé. Son soutien social se situe dans la moyenne des salariés de la sous-traitance, un peu au-dessous pour ce qui est de l'appui des supérieurs, un peu au-dessus pour ce qui est de celui des collègues. Par contre son indice Karasynth est nettement en-dessous de la moyenne des salariés de la sous-traitance. Il signale cinq problèmes de santé, mais aucun d'entre eux n'est vu comme provoqué ou aggravé par le travail. Le plus important semble être une hernie discale ayant occasionné un arrêt de travail de trois mois au cours des deux dernières années. Il ne déclare ni maladie professionnelle, ni accident du travail, dit faire attention à sa santé depuis l'âge de 35 ans. Il ne consulte pas de médecin, ni ne prend de médicaments.

L'ambivalence de Christophe dans sa perception de la santé au travail s'exprime au travers d'expressions contrastées. D'un côté, la revendication fière de celui qui dit ne pas

avoir peur d'aller travailler malade - « Il faut que je tombe pour ne pas aller au travail » - , et le refus d'imaginer que sa hernie discale récente puisse être due principalement à son travail. De l'autre, la suspicion d'atteintes différées à la santé provoquées par les émanations de produits chimiques : « Il y a des vapeurs, et quand on vous dit que c'est pas nocif... à la longue, dans l'industrie, je ne sais pas comment les gens vieillissent ».

Son entretien met en exergue une satisfaction professionnelle dont rend mal compte le questionnaire. Il traduit un intérêt et un plaisir certains au travail, typiques du technicien « content en arrivant au travail », et à qui il « arrive de cogiter le soir à la maison pour le lendemain ». Cette implication au travail entre en résonance avec d'autres attitudes, inculquées ou renforcées par un long passage dans l'armée et la pratique du sport. Mais d'autres éléments vont dans le sens d'une certaine distance à la sphère professionnelle. Il en est ainsi du fait qu'il bénéficie d'une pension de retraite militaire qui lui donne une certaine latitude sur le marché du travail. Il explique d'ailleurs qu'elle lui a permis de choisir le statut d'emploi intérimaire. Il en est de même pour le mode de vie du ménage, dans lequel compte l'activité professionnelle de la conjointe, qui plus est soumise, depuis qu'elle travaille à l'hôpital, à des horaires atypiques qui nécessitent une certaine mobilisation domestique de Christophe.

Portrait 15 : « Il y a des vapeurs, et quand on vous dit que c'est pas nocif... »

Nous avons vu plusieurs exemples dans lesquels des salariés de la sous-traitance dissimulaient - ou craignaient d'avoir à dissimuler - à la médecine du travail - une fragilité de santé, afin de ne pas être handicapés sur le marché du travail. Christophe n'est pas loin d'avoir eu cette attitude. Lorsque nous le rencontrons la première fois dans les locaux du service interprofessionnel de médecine du travail pour lui administrer le questionnaire, il était venu pour une visite de reprise du travail : en arrêt maladie depuis trois mois du fait d'une opération chirurgicale sur une hernie discale, il voulait reprendre au plus vite son activité. A cette fin il a réussi à convaincre le médecin du travail qu'il allait bénéficier, les premiers temps, d'un poste de travail aménagé : « C'est une grosse boîte, c'est toujours possible de s'arranger... ». Mais il reconnaît en entretien que ce n'était pas vraiment le cas.

Cet épisode est significatif d'une dimension importante, et probablement dominante, du rapport que Christophe entretient avec son travail et sa santé. Nous la connaissons maintenant bien pour l'avoir exposé plus haut (« Ne pas passer pour un « tire au flanc ». Sur-valorisation du travail et déni viril du risque »). Il s'agit de l'idéologie virile défensive, valorisant le sens de la dépense physique et de l'effort associés au déni de la peur et du risque, et qui tend donc à « positiver » ainsi la relation travail/santé. Dans cette logique, Christophe n'est pas peu fier de dire qu'il peut aller travailler avec 39 degrés de fièvre, comme le jour même où nous l'interviewons ; son épouse, qui assiste à l'entretien, le confirme - « il est dur à la souffrance » -, même si c'est pour le déplorer quant à elle. Et sa hernie discale n'est pas due qu'au travail. Mais une autre dimension est présente chez Christophe même si elle est dominée, c'est la conscience des risques professionnels, consolidée par les nombreuses formations à la sécurité auxquelles il participe, et ancrée dans certaines formes de distance par rapport à la sphère professionnelle. L'entretien permet de préciser les modalités et les soubassements des deux pôles entre lesquels oscille son discours.

Le sentiment de satisfaction professionnelle et de réussite sociale s'exprime clairement chez Christophe, ne serait-ce que par la manière dont il accepte bien volontiers l'entretien et dont il y participe, en bien des points opposée à celle de Sherif Oudien.* Issu d'un milieu de petits artisans, il s'est rebellé contre une éducation trop rigide et a rompu avec sa famille. Il revendique cette personnalité indépendante, qu'il peut exprimer pleinement aujourd'hui dans l'intérim.

C'est pourtant ... l'armée qui sera d'abord et pour longtemps - 17 ans en tout - son employeur. Il y trouve, non seulement une convivialité qu'il regrette aujourd'hui, mais aussi la possibilité de valoriser son bac en électrotechnique, ainsi que ses prédispositions sportives. Le sport a toujours compté beaucoup pour lui, et s'il regrette de ne pas être devenu éducateur sportif plutôt que

technicien, il peut aujourd'hui réaliser en partie ce projet en entraînant des jeunes au club local d'athlétisme en dehors de ses heures de travail. L'armée lui dispense une formation complémentaire en « réseau filaire » (radars, transmissions, réseau)...Sa jeune épouse est alors technicienne chimiste, elle continue son activité professionnelle malgré la naissance des deux enfants. Christophe progresse professionnellement et finit chef d'atelier, responsable de dix personnes.

Muté sur un autre site militaire, il redevient d'abord technicien de base, avant d'être nommé « chef de cellule », responsable de 4-5 personnes. Mais c'est une activité de bureau qui ne lui convient pas, lui qui aime « encadrer, mais sur le terrain ». Il commencera alors à songer à quitter l'armée. Trois ans plus tard il est recruté par une des entreprises sous-traitantes présentes sur la base. Pendant ces trois ans, la femme de Christophe avait cherché en vain du travail. Christophe lui avait conseillé d'entrer comme agent de service dans un hôpital militaire. Dès qu'elle obtient cet emploi il démissionne de l'armée... élément de sa décision qu'il avait occulté dans son premier récit, et que sa conjointe doit lui rappeler. Il préférerait, quant à lui, mettre en avant un autre facteur de son choix : le bénéfice d'une pension de retraite, lui permettant de se lancer dans l'aventure du secteur privé. Il connaît ensuite quatre emplois « en fixe » (en CDI), en tant que technicien de maintenance sur des chantiers de téléphonie, d'alarmes, de réseaux... Il passe enfin en intérim où il travaille pour des grands sous-traitants de premier rang sur les sites pétrochimiques. Intérimaire depuis bientôt cinq ans, il pense qu'il ne le restera pas très longtemps. Il craint qu'à partir de l'âge de 50 ans, « une entreprise ne prendrait plus le risque de prendre un intérim ». Christophe sait que c'est sa situation personnelle favorable qui lui permet de rester encore un temps intérimaire, situation qu'il ne met jamais en avant lorsqu'il négocie son salaire : « Moi, je dis pas que j'ai une pension, que la maison est payée, que ma femme est fonctionnaire, donc c'est vrai que ça aide... ». Il attend donc, sereinement, qu'on lui fasse des propositions en contrat « fixe » intéressantes. La retraite est encore loin mais il ne semble pas la craindre...

Intérêt du travail, progression des savoirs techniques, autonomie de l'intérimaire « lié à personne, presque sans patron », revenu correct – jusqu'à 2 900 Euros par mois, heures supplémentaires et pension de l'armée comprises -, les motifs de satisfaction professionnelle ne manquent pas. « J'aime bien les fils, j'aime bien la recherche, j'aime bien les schémas techniques. Je suis un peu tordu du cerveau. ». « En intérim on est obligé d'évoluer, on apprend beaucoup plus vite. Le salarié en fixe est toujours sur le même type de matériel, nous chaque fois qu'on arrive on est obligés de s'adapter ». « Ça m'arrive de prendre des schémas techniques et d'étudier à côté pour savoir comment ça marche... Les intérimaires sont plus curieux. Et même au niveau encadrement on est beaucoup mieux reconnu que certains salariés... ». Cette satisfaction professionnelle est cohérente avec la face « virile » de son rapport à la santé physique et psychique : il est fier de pouvoir aller travailler avec 39 degrés de fièvre, pense que c'est l'habitude des courses de demi-fond qui le permet, assume le fait de travailler le soir à la maison à la préparation de certaines interventions, a du mal à reconnaître que sa hernie discale puisse avoir un rapport avec son travail, associe davantage son déclin physique à la pratique du sport qu'à son travail, et a oublié dans le questionnaire des épisodes d'une maladie qui l'a fait chuter à plusieurs reprises sur le lieu de travail – une « atteinte auditive des nerfs vestibulaires ».

Mais cette face « virile » du rapport au travail et à la santé doit compter avec une autre face, celle de la distanciation par rapport au travail et à la santé, qui amène à reconnaître des fragilités physiques et leur lien avec le travail.

On a vu, avec Christophe Tamez, comment le niveau de formation pouvait contribuer à cette reconnaissance. « En tant qu'électricien elle [la présence des risques professionnels] est assez perçue, parce qu'en tant que Bac, Bac plus deux, je pense que du point de vue intellectuel il arrive. Quelqu'un qui est manoeuvre, qui fait du bâtiment, qui monte un petit mur, c'est pas forcé – parce que j'ai vu des gens ça leur passe « là » – je pense pas qu'il ait tout compris... Moi je sais que du point de vue électrique je vais pas aller mettre les mains dans des endroits que je maîtrise pas, je ferai gaffe, deux-trois fois, j'irais voir si il est consigné... Il m'arrive d'avoir des migraines, pour l'industrie il y a souvent des vapeurs, et quand on vous dit que c'est pas nocif [sur un ton non crédule]...Mais bon « on sait pas » comme à l'époque sur l'amiante... y'a des journées où vous avez mal à la tête. Beaucoup de bruit, d'odeurs, surtout des odeurs... Le H₂S on le reconnaît, c'est l'œuf pourriLe détecteur le détecte, mais quand vous avez l'odeur, ça veut dire que c'est le

début, vous n'êtes pas entrés complètement dans la zone...Par contre si vous perdez l'odorat c'est déjà trop tard... Là il faut partir, dans le bon sens... On s'en va, tout le monde fait comme ça. Faut pas trop jouer avec ça ».

Comme chez Christophe Tamez, on trouve, au sein du ménage, le rôle de contre-poids à la survalorisation masculine du travail joué par une épouse active professionnellement et attachée à son travail. Dans le cas de Christian Oary, on en sait un peu plus grâce à la participation de la conjointe à l'entretien. Cette dernière a toujours eu une activité professionnelle, et elle a tout fait pour trouver un emploi à l'hôpital afin de se rapprocher de son rêve, devenir infirmière. Pendant plusieurs années Christophe a dû prendre sa part dans le travail parental et domestique, son épouse ayant des horaires décalés et faisant des trajets plus longs que lui. On ajoutera enfin dans le cas de Christian Oary l'importance d'activités extra-professionnelles, avec sa pratique du sport et de l'encadrement sportif.

*Christophe nous attendait de pied ferme au lieu du RV pour nous conduire de manière plus sûre à son domicile. Il parle volontiers, n'hésite pas à associer sa femme aux échanges, et aurait volontiers prolongé l'exercice au-delà des deux heures qu'il a duré.

Said Olef nous permet d'évoquer un tout autre profil de salarié ambivalent quant à la relation travail/santé. Il relève du type « B » dégagé par l'A.F.C, celui de l'exécutant peu sollicité et désimpliqué. Son profil est celui du travailleur immigré peu qualifié – il n'a aucun diplôme – mais débrouillard, qui a trouvé les ressources et qui dispose d'une santé suffisante pour être encore en activité professionnelle à plus de 55 ans, malgré plusieurs atteintes à la santé, souvent liées au travail. Pourtant, lui aussi ne se prononce pas sur l'influence du travail sur sa santé physique, pas plus d'ailleurs que sur sa santé psychique. La formule que nous avons placée en exergue de son portrait développé – portrait 16 : « Je me suis partagé ma vie en trois bonnes choses - la maison, le travail et l'extérieur -, que je ne mélange jamais » - fournit une clef d'interprétation de son profil : peut-on « séparer » sa vie en domaines distincts en reconnaissant pleinement des relations entre eux ?

Soufi Olef attribue une note en-dessous de la moyenne à santé (6/10), mais qui se situe plutôt au-dessus compte tenu de son âge élevé. Il juge son travail moyennement fatigant (6/10) et moyennement stressant (5/10). Il met en avant le revenu comme première dimension importante du travail, déclare sa profession non choisie, et se trouve « plutôt mal » payé (1 500 Euros par mois). Il trouve que ses conditions de travail se sont améliorées. Son soutien social est un des trois plus faibles, de niveau moyen du côté des supérieurs, et surtout faible – le plus faible des dix-neuf interviewés - du côté des collègues de travail. « Charge psychologique » faible, mais « latitude décisionnelle » moyenne, son indice « Karasynt » le situe dans la moyenne des dix neuf salariés. Il ne souhaite pas changer de poste. Il signale une « maladie-malformation-accident » grave, mais non gênante pour le travail, et cinq autres symptômes, jugés tous par contre gênants dans le travail, et tous sauf un, perçus comme liés au travail : troubles digestifs, fatigabilité, troubles de la vision, nervosité, découragement. Il déclare ne pas consulter de médecin ni prendre de médicaments, mais faire attention à sa santé en lien avec l'âge et une opération.

Soufi est d'origine algérienne, mais le parcours migratoire de la famille n'est pas à sens unique. Si son père a travaillé en France comme opérateur en cimenterie, Soufi est né en Algérie, pays où il a commencé à travailler. Certains de ses frères semblent avoir une position sociale plus élevée au pays, Soufi a un parcours professionnel très diversifié, il a occupé au moins six emplois distincts, dont l'un comme épicier à son compte. C'est au moment où il exerce cette profession sans compter ses heures qu'il tombe malade pendant deux ans, ce qui décide de « ralentir » et de « retourner au soleil ». En fait, il

continuera pendant un certain temps à travailler beaucoup avant de vraiment « poser les valises ». Il est actuellement mécanicien d'entretien en CDI sur des installations sidérurgiques. Sa polyvalence lui permet de résister à ce qui le préoccupe le plus, la menace d'un changement de site, et le danger de « perdre l'endroit où on est habitué, où on s'entend bien avec les gens, que l'on travaille bien et que le travail est reconnu... de refaire à zéro ». Régularité des horaires, maîtrise du lieu et donc de la qualité du travail, et connaissance des responsables du donneur d'ordre, tels sont les « avantages » dont il dresse la liste pour affirmer que « les valises sont posées » et qu'il ne souhaite plus changer d'emploi ni de site. Soufi est musulman, il explique comment il peut prier sur son lieu de travail – ce qui en dit long sur les capacités de régulation autonome des rythmes de travail dans ces activités de chantier, malgré les pressions exercées par les donneurs d'ordre sur les entreprises sous-traitantes - ce qui n'est pas sans provoquer quelques tensions à connotations racistes avec certains collègues.

Commentant son évaluation de la santé, il précise « Je suis au milieu, vous mettez plus que la moyenne, 6/10. Je me considère en bonne santé ... mais bon il y a l'âge, il y a le travail, je ne suis plus rentable comme avant...faire douze heures par exemple... Aujourd'hui, je suis efficace huit heures seulement ». C'est surtout suite à une série d'opérations chirurgicales sur une main qu'il a décidé de « lever le pied », il y a cinq ans. Depuis, il pense s'économiser et mettre sa santé à l'abri des effets du travail. C'est ainsi qu'il justifie sa réponse sur l'influence du travail sur sa santé, « ni négative ni positive ». Sa philosophie de la vie et du travail, sans doute imprégnée de sa vision religieuse du monde, est la suivante « Je me suis partagé ma vie en trois bonnes choses : la maison, le travail et l'extérieur, que je ne mélange jamais ». Il paraît très lucide sur les effets délétères du travail sur la santé, mais ...s'agissant surtout d'autres travailleurs que lui. Les reconnaître pleinement pour lui-même, ne serait-ce pas admettre qu'il n'est pas vraiment parvenu à mettre l'usine à distance de sa vie ?

**Portrait 16 : « Je me suis partagé ma vie en trois bonnes choses
- la maison, le travail et l'extérieur -, que je ne mélange jamais »**

Soufi Olef, qui a été un temps syndiqué, est capable de critiquer la faiblesse de l'action collective en faveur de meilleures conditions d'hygiène et de sécurité : « Au lieu d'aller réclamer mille et une chose, personnellement, je voudrais réclamer de meilleures conditions de travail, y compris donc la santé, et un peu d'argent...tout le reste n'a pas d'importance pour moi...enfin, pour moi hein...parce que la santé n'a pas de prix, bon l'argent il en faut, d'accord, on revendique...et au lieu d'aller revendiquer un camion neuf, moi je revendiquerais ça...de meilleures conditions, pour avoir une meilleure santé, voilà, tout simplement ». Et il ajoute « On n'a pas de santé, on n'a pas de boulot, on n'a pas d'argent ». C'est peut-être dans cette dernière expression – « pas de santé = pas de travail » - qu'il faut rechercher ce qui vient chez lui contredire et limiter par là-même une reconnaissance pleine et entière des implications délétères du travail : quand, parvenu à l'âge de 58 ans, on a absolument besoin de travailler, jusqu'où peut-on aller dans la reconnaissance des fragilisations de sa santé et des responsabilités du travail à cet égard ?

Sans être en nette promotion sociale – sauf à penser que la seule migration durable de l'Algérie à la France en constitue une composante suffisante – Soufi n'apparaît pas comme un déclassé, et ne se vit en tout cas pas comme tel. Si on compare sa trajectoire sociale à celle d'un autre immigré d'origine maghrébine, Sherif Oudien évoquée plus haut, le père était aussi ouvrier, dans une grande entreprise industrielle. Soufi aborde d'ailleurs l'âge de la retraite avec une carrière professionnelle bien remplie, dans des conditions donc que n'aura peut-être pas la chance de connaître Sherif. Il est vrai que Soufi a sans doute des atouts sociaux plus solides, ce qu'indique la position sociale de certains membres de la fratrie restés au pays (« ingénieur », « technicien supérieur », « conseiller du préfet »...). Né au pays, bien que sans diplôme – « mon père gagnait pas bien sa vie, mon frère aîné avait fait des études supérieures » -, il commence par y occuper des emplois plutôt qualifiés : « technicien agricole », « agent de comptoir » puis « agent de réservation » dans une compagnie aérienne. Il ne vient s'installer en France qu'à l'âge de 28 ans,

« par accident » précise-t-il, à l'occasion d'une visite à une partie de la famille. Il continue d'abord à travailler dans le transport aérien, où ses compétences linguistiques sont appréciées. C'est le désir de progresser qui le pousse à aller tenter sa chance à Paris : « J'avais envie de voir autre chose et de voir plus grand.... Honnêtement... ici je restais, l'agence point à la ligne, je ne bougeais pas quoi, je n'avançais pas... J'étais payé, bien payé, on m'a donné un logement, tout, tout.... Aucun souci, sauf que j'étais dans un petit village... J'avais envie aussi de me dire : Paris, il y a tous les métiers ». Mettant à profit son expérience dans l'agriculture, il devient « chef de rayon en fruits et légumes », puis « épicier à son compte » - « j'avais un peu d'argent, et des amis m'ont aidé » - et en même temps « livreur de colis ». C'est là qu'il tombe malade pendant deux ans et décide de « ralentir » et de « retourner au soleil ».

Cet événement de santé provoque une bifurcation dans la vie du ménage. C'est une sérieuse alerte qui révèle qu'il n'est plus possible de continuer de travailler et de vivre à ce rythme. Il se traduit par la fin du petit commerce, le retour dans le sud de la France, et le passage au statut d'ouvrier : « Parce que je suis tombé malade, donc... j'ai dû me faire opérer, à l'estomac.... C'était une ancienne maladie, comme on dit chez nous il n'y pas d'explication...J'ai dû m'arrêter deux ans à peu près...quoique je faisais des petits boulots à côté... j'avais un peu d'argent, mais bon....je suis resté au chômage...j'ai tout arrêté....Et puis après c'était bon, je suis reparti du bon pied, mais reparti de Paris : retour à la case départ... La maladie m'avait fait resurgir parce que je savais pas...enfin, je ne savais pas, c'est pas le mot, je n'imaginais pas Paris comme ça. Au bout d'un moment je me suis rendu compte que je faisais les 14 ou 15 heures par jour, toute la semaine... la circulation... le temps... C'est une vie de fou, quoi . C'est une vie de fou, exact, vous l'avez dit...c'est la maladie qui m'a fait rendre compte de ça. Et là j'ai dit à ma femme : on ralentit, on retourne au soleil tranquilles... ».

Seconde mention du rôle du réseau familial dans l'itinéraire professionnel de Soufi – après l'épisode de l'installation comme petit commerçant – c'est un de ses frères, opérateur chez un donneur d'ordre de la sidérurgie, qui le fait embaucher comme intérimaire chez un sous-traitant. Trois ans plus tard il passe en CDI dans la même entreprise. Il travaille depuis une quinzaine d'années, malgré les restructurations dont l'entreprise, qui dépend d'un grand groupe, a fait l'objet. Il a commencé comme manœuvre, mais grâce à plusieurs stages, il peut y exercer une activité polyvalente : chef d'équipe en entretien mécanique, montage de grosse mécanique, assainissement, opérateur industriel. Les principaux changements intervenus dans son activité depuis deux ou trois ans sont : le renoncement aux heures supplémentaires, la fin des déplacements sur des chantiers dans tout le sud de la France en « petite mobilité » - devenus selon lui insuffisamment rémunérateurs – et surtout, sa stabilisation sur une seule partie du site, le « train à bandes » :

« Ma crainte la plus immédiate c'est de changer de site... moi je retrouve du boulot vite fait, il n'y a pas decomme je suis polyvalent.... donc la crainte, c'est de perdre l'endroit si on peut dire où on est habitué, où on a mis des barrières, et qu'on s'entend bien avec les gens, que l'on travaille bien, que le travail est reconnu, qu'on est satisfait d'avoir fait quelque chose de bien, voyez : donc la crainte c'est de partir d'ici pour aller travailler ailleurs, de refaire à zéro....pas peur de perdre le boulot, non....le boulot, je ne le perdrai pas....si j'avais voulu changer j'aurais déjà changé... mais moi, je ne sais pas si c'est une bonne ou mauvaise habitude, on pèse le pour et le contre... J'ai posé maintenant les valises à mon âge ».

Soufi détaille les « avantages » de sa situation présente : horaires raisonnables et réguliers ; connaissance du site et des installations et donc « un travail que je connais » ; connaissance des responsables du donneur d'ordre avec lesquels il travaille ; stabilité relative des équipes, y compris des intérimaires. Seules ombres au tableau, un salaire jugé insuffisant – 1 500 Euros, alors que, selon lui, 2 000 seraient un « minimum » -, et les attitudes xénophobes de certains collègues qui admettent mal qu'il puisse prendre un quart d'heure sur le temps de travail pour aller prier dans un bungalow. Mais sa conscience professionnelle aidant, et les valeurs morales qui vont avec – sens de la propreté, refus du gaspillage, « correction avec tout le monde » – lui permettent d'obtenir le soutien de son supérieur et le respect des autres collègues de travail. Pour le reste, il trouve que les tâches sont devenues moins pénibles grâce aux progrès des outillages, que les périodes de stress, liées aux problèmes de coordination en cas de « co-activité » - intervention simultanée de plusieurs sous-traitants dans un même espace – restent rares, et qu'il parvient généralement à respecter les règles de sécurité.

Soufi a connu trois « gros » accidents du travail. Une intoxication suite à une exposition au gaz, qui lui a laissé surtout des séquelles « morales », une attitude faite d'appréhension et de prudence - « à chaque fois que je vais dans une zone gaz, je sais à quoi m'en tenir. » Une blessure à la main. Et la coupure d'un doigt. Mais pour lui, le principal événement de santé reste de loin sa maladie stomacale, celle qui a provoqué un tournant de sa vie, et qui relativise ces accidents du travail. Intarissable sur les atteintes professionnelles à la santé chez ses collègues ou ses voisins, il est bien plus mesuré pour ce qui le concerne. Il a mis l'usine à distance de sa vie.

« *L'influence du travail sur votre santé ?* » : « Ni positif, ni négatif ». « *Est-ce que vous pensez qu'il a une influence sur votre santé psychique ? Sur votre moral...tout ça, en bien ou en mal ?* » : « Non, non, même pas ;...je fais juste mon travail, sans plus... ». « *Ca ne vous poursuit pas ?* » : « Non, mais en fait parce que, comme on s'est dit, depuis cinq ans j'ai levé le pied...en fait je me suis fait, comment on appelle ça.....une philosophie.....une philosophie de la vie et du travail en lui-même...ça veut dire quoi ? Je me suis partagé ma vie en trois, en trois bonnes choses : la maison, le travail et l'extérieur, que je ne mélange jamais. Quand je suis à la maison, comme maintenant, c'est la maison, je n'y pense pas au travail....C'est à dire que quand je suis sur quelque chose, je ne pense plus à l'autre, je ne me fais plus de mourron...avant, oui : « est-ce que le travail que j'ai fait...ça va, il marche bien ? »... « *C'est parce que vous avez été déçu...ou c'est parce que vous pensez que avez progressé ? A un moment vous étiez trop dans le boulot ?* » : « Voilà, j'étais trop dedans....maintenant, dès que je franchis la porte de l'usine, l'usine est derrière moi, je l'oublie...je rattrape ma vie... « *A un moment, vous perdiez votre vie à la gagner ?* » : « ... à la gagner....oui, c'est-à-dire que le travail me poursuivait...je veux dire que j'y pense : je suis au café, je suis à la maison : ha oui, l'usine....comme elle me dit ma femme, l'usine tu ne vas pas l'emmener sur ton dos, hein... maintenant, chaque chose à sa place, et chaque place a sa chose... »

On retrouve ce souci de bien séparer le travail de la « maison » chez Jean-Marie Atone, un chef de chantier âgé de 47 ans. (il note 6/10 sa santé, et 7/10 l'aspect fatigant et stressant du travail). Ici c'est à propos de sa capacité à mettre à distance le stress professionnel et de la négation de toute influence du travail sur sa santé psychique que ce responsable s'exprime : « Non, malgré tout le stress que je peux avoir au boulot, quand j'arrive à la maison, je ferme la porte et je ferme le boulot ». Ailleurs il nuance : « Je suis irritable dans la vie courante, c'est pas que le boulot » ; ses troubles du sommeil ne sont « pas toujours » dûs aux soucis professionnels...

Quant à sa santé physique, Jean-Marie reconnaît avoir connu des situations néfastes. En particulier, parce qu'il est convaincu d'avoir été exposé à plusieurs produits nocifs, dont l'amiante : « automatiquement, j'ai été exposé ». Mais il préfère visiblement rester incertain quant aux effets de ces expositions, et refuse de se prononcer. Cela peut prendre chez lui différentes formes : celle de la « politique de l'autruche » (« on se sent en bonne santé, donc » ... « Je dis pas que j'ai raison, mais... ») ; celle du « avant c'était pire » (les situations néfastes ? c'est « de moins en moins. Mais plus on remonte dans les années en arrière, les précautions n'étaient pas prises de la même façon ») ; celle de la banalisation fataliste des nuisances professionnelles (« On respire de tout en raffinerie du moment qu'on passe le poste de garde. Si on doit faire attention à tout ... ») ; et celle de la défausse sur les professionnels de la santé (« c'est plus aux professionnels de nous avertir, que nous d'aller vers eux », et « c'est à elle (la médecin du travail) d'aller chercher plus, sinon, pour moi c'est pas une professionnelle »). Il est pourtant lucide et critique quant à la confiance, toute relative, qu'on peut accorder aux responsables (« avant, ils le savaient, mais ils n'en parlaient pas, donc, nous on étions exposés »). Mais comme il le dit, c'était « avant » ...

Jean-Marie fait donc partie de ces agents de maîtrise qui ont débuté leur carrière comme ouvriers – dans son cas, sans diplôme, il a commencé comme manœuvre -, et qui ont

donc connu une évolution progressive mais radicale de formes de pénibilités du travail. Elles étaient avant tout physiques, elles sont devenues avant tout mentales, même si dans la sous-traitance pétrochimique certaines formes d'exposition aux risques chimiques transcendent sans doute les clivages catégoriels et professionnels. Son entretien est particulièrement riche quant aux figures du stress professionnel. Il permettrait de distinguer :

Le « stress de chantier », avec deux composantes :

- le « stress de l'aléa », dans un travail qui nécessite la coordination de plusieurs facteurs (humains, matériels, naturels) dont l'action peut être aléatoire et dont on ne maîtrise pas a priori entièrement les interactions. « Notre métier c'est pas du papier à musique. C'est plein d'aléas. On le sait d'avance » ;
- le « stress des délais », qui renvoie à la dimension « respect du planning imposé par le client-roi ».

Le « stress de l'accident » : causé par l'éventualité jamais exclue d'une erreur humaine, d'une défaillance technique ou d'une conjonction imprévisible d'événements susceptible de mettre directement en cause la santé ou la vie d'un salarié.

- Le « stress d'anticipation » : le stress peut précéder la confrontation effective à la tâche dont on anticipe, par expérience, les difficultés.

- « Le stress du risque immédiat » : ici, il s'agit d'un ensemble de problèmes présents ou dont l'imminence est suffisante pour être actuels. C'est d'ailleurs parce que l'anticipation consiste à rendre actuels des problèmes à venir qu'elle peut être stressante¹⁰¹. Mais l'anticipation a néanmoins des limites, et on ne ressent pas de stress devant un risque à trop long terme et dont les conséquences, même avérées, relèvent plus de la probabilité que de la certitude.

- Le « stress du responsable » : le stress de l'accident que ressent Jean-Marie est un stress de responsabilité (« je suis responsable de la sécurité des gens qui travaillent avec moi »), qu'il faut sans doute distinguer du « stress de la victime » ressenti par un salarié menacé par une situation dont il n'est en rien responsable et sur laquelle il ne peut pas grand chose.

Denis Ales, un peu plus jeune que Jean-Marie – il n'a que 44 ans -, a connu une promotion professionnelle et sociale encore plus importante. Egalement sans diplôme, il a débuté comme manœuvre et il est devenu « chargé d'affaires ». C'est le salarié le mieux payé des dix neuf (3 200 Euros mensuels). Ses enfants font des études supérieures. Il partage la même incertitude quand il s'agit d'évaluer le sens de l'influence du travail sur sa santé physique, et pense également qu'il n'a pas d'influence sur sa santé psychologique.

La relance de l'enquêteur sur la relation entre le travail et la santé fait suite à l'évocation d'un accident du travail sérieux – chute avec fractures du péroné – intervenu il y a quelques années, mais Denis s'en sent entièrement responsable : « Je n'avais rien à faire là, j'ai glissé, je n'avais qu'à faire le tour... On ne me force pas ». Ce qui l'amène à répondre : « le boulot ça a une influence, mais... c'est normal, pour moi c'est le boulot qui est comme ça ». Côté santé psychique à la relance « *De ne pas travailler ça ne vous aiderait pas [sur ce plan] ?* » il répond : « Non, pas du tout...bon, déjà que je suis un peu nerveux, beaucoup même, donc de ne pas travailler, de rester, de tourner en rond à la maison, là ça prendrait... ».

Comme Jean-Marie, Denis a vu son activité quotidienne s'éloigner considérablement de son travail initial. Il a été « plongeur sous azote », activité particulièrement éprouvante

¹⁰¹ Jean-Marie n'en parle pas, mais on pourrait sans doute également parler de « stress de réactualisation » dans le cas où, à l'inverse de l'anticipation en quelque sorte, le salarié revit une situation stressante, notamment dans le cas où il l'a mal gérée (par exemple, l'accident qu'il n'a pas réussi à éviter)

qui consiste à changer les « catalyseurs » au sein des « réacteurs », et qui l'a amené à faire de nombreux chantiers à l'étranger : « C'est physique...on travaille sous azote, il ne faut pas se manquer au point de vue sécurité, sinon on est mort ... c'est physique, c'est dangereux et c'est éprouvant, parce que souvent on est à des températures de 40-45° pendant trois, quatre heures, cinq heures, ça dépend le gars comment il se sent... mais il y a un rythme de travail... quand on est à l'étranger, il n'y a pas de samedi, il n'y a pas de dimanche, il n'y a pas de... ». Selon lui, il est impossible de faire ce travail au-delà de 35-40 ans. Lui ne plonge plus qu'exceptionnellement, il vient de renoncer aux grands déplacements, et son premier souci est devenu celui du stress professionnel et de la disponibilité quasi-permanente à laquelle il est astreint. Finalement, il se sent davantage fatigué aujourd'hui que quand il était plongeur, mais sans la responsabilité de veiller scrupuleusement, jour et nuit, sur la sécurité des plongeurs, ceux qu'il appelle plus loin « ses petits canards » :

« Je veux dire, une fois qu'il est sorti du réacteur, après avec la condition physique, le soir il est beaucoup moins fatigué, le soir j'étais beaucoup moins fatigué... Nous, c'est tout le temps... parce que quand il y a des équipes de nuit, il faut réfléchir la nuit, les chefs de chantier, dès qu'il y a un problème, appellent la nuit...moi, mon téléphone, il n'est jamais éteint... le client, il ne se gêne pas... Il y a quelqu'un qui est de nuit, mais les clients, et bien il y en a qui appellent quand même la nuit.....voilà, dès qu'il y a un petit problème...Et il y en a même qui me demandent de me lever à deux heures du matin pour aller sur le chantier... Même de ma part, c'est trop....je reconnais que.....ma femme me le dit assez souvent : ce p... de téléphone ! Parce que j'ai des gars sur site qui bossent...à part mon patron et moi-même, on est les deux seuls à avoir commencé plongeurs...et être arrivés au niveau où on est...et je sais ce que c'est quoi, donc, je veux pas dire que j'aurais honte de laisser mes gars se dém... il faut que je sois en permanence au courant de ce qui se passe ».

Denis se donne encore huit ans – il aura alors 52 ans – pour lever un peu le pied : à ce moment-là, la maison sera payée et les enfants auront terminé leurs études. Pour plus tard, il dit « craindre un peu » l'échéance de la retraite : « il va falloir trouver des activités »... Or il est clair que le travail a occupé jusqu'à maintenant une place énorme dans son existence...

2-5 Remarques transversales

Nous avons organisé la présentation et l'analyse des entretiens réalisés avec les salariés de la sous-traitance sur le même grand modèle que celui des soignantes. D'abord en examinant ceux qui développaient le point de vue le plus positif sur la relation travail-santé ; puis, symétriquement, en analysant ceux qui avaient la vision la plus négative ou critique ; enfin en étudiant ceux qui manifestaient le plus d'ambivalences ou d'hésitations. Comme dans le cas des soignantes, ce sont en fait ces derniers les plus nombreux, puisque plusieurs classés dans le premier profil répondent « non » à la question de l'influence du travail sur la santé mais, à l'examen, paraissent proches des « ambivalents » qui déclarent « ne se prononce pas ». Ce qui confirme la nécessité d'articuler les différents modèles d'intelligibilité des relations travail/santé.

Les trois modèles d'intelligibilité des relations travail/santé se combinent

Pas plus pour ces salariés masculins que pour les soignantes, le « travail » ne se réduit aux « conditions » ou à « l'environnement » de travail. Il est toujours une composante plus ou moins centrale de leur identité. Il s'impose dans leur vie et dans leur santé comme une composante évidente.

On ne le voit jamais mieux que quand on en est privé. Chez les femmes soignantes, c'est souvent l'expérience d'une interruption de la vie professionnelle pour se consacrer au foyer qui fonctionne comme référence ; chez les hommes de la sous-traitance, c'est souvent une période de maladie. Dans les deux cas, on souffre d'isolement, de coupure par rapport à une activité, dont on réalise alors que la dimension la plus importante n'est pas nécessairement le revenu qu'elle apporte, mais les liens sociaux et le sentiment d'utilité et de reconnaissance sociale, dont elle est le lieu. On le voit également, de manière parfois caricaturale, dans les cas où le travail « colle » à une identité virile qui vacille dès lors que sa privation menace à l'horizon. Peu nombreux sont nos salariés de la sous-traitance qui échappent complètement à l'influence de ce modèle, l'identité masculine ne peut se construire et se démontrer que dans la dépense physique et/ou la recherche du dépassement de limites, physiques ou mentales : qu'il s'agisse d'ailleurs de la force physique « pure » de certains travaux ouvriers, ou des capacités de résistance physique et mentale qu'imposent les longs horaires de travail et le stress chez les agents de maîtrise. Et ce modèle est indissociable du rôle social paternel, celui du pourvoyeur de ressources. On y reviendra, nous n'avons pas rencontré d'homme sans enfant parmi les salariés de plus de quarante ans, et on peut penser qu'une responsabilité paternelle conditionne largement la capacité à tenir dans ce monde ouvrier de la sous-traitance industrielle. Toujours est-il que nous avons rencontré plusieurs cas – mais aucun chez les soignantes – où des salariés nous confient qu'ils ont dissimulé ou minoré certaines de leurs atteintes à la santé en situation de consultation médicale. Dans leurs motivations, se mêlent des dimensions économiques – préserver coûte que coûte sa valeur sur le marché du travail –, et identitaires – éviter le stigmate de l'ouvrier en invalidité.

Mais pénibilités et dangers sont rarement unilatéralement et durablement valorisés. L'expérience sociale de ces salariés les informe de la faible distance qui sépare, dans la manière d'affronter le danger et le risque, apprivoisement nécessaire de la peur pour pouvoir travailler, et mise en danger de soi et des autres par imprudence. Et il faut d'autres ressorts pour le développement d'une implication positive au travail – intérêt et variété des tâches, développement des savoirs, qualité des relations, reconnaissance –, et par-dessus tout peut-être, une progression professionnelle et/ou l'espoir d'une évolution permettant de s'éloigner des postes les plus pénibles et/ou risqués. Ce qui peut alors prendre le relais, c'est leur valorisation rétrospective, quant on les a quittés : l'usure du corps est alors plus facilement admise, elle signifie qu'on a beaucoup donné et que l'on est digne d'une situation de travail moins pénible, ou d'une retraite proche et méritée...

Reconnaître que travailler n'est pas - ou pas que - favorable à la santé physique et mentale est sans doute moins difficile qu'ailleurs dans le contexte professionnel des sites industriels de Fos-Berre. Car la pénibilité physique des postes de travail est redoublée par l'exposition aux risques chimiques, que peu de travailleurs peuvent aujourd'hui ignorer. A cet égard le classement des sites en « Seveso » et les dispositifs de prévention des risques professionnels qui l'ont accompagné ces dernières années, avec force règles nouvelles et mesures d'information et de formation, n'a sans doute pas des effets unilatéraux. S'ils se traduisent souvent par la perception d'une amélioration des conditions de travail et de sécurité, ils élèvent en même temps le niveau d'information, de suspicion et d'exigences. C'est ce qu'illustre le cas de l'amiante, souvent cité dans les entretiens à titre d'exemple de « ce qu'on ne sait pas mais que les experts savent peut-être ». Les nouvelles générations ouvrières, davantage formées et informées, sont sans doute spontanément plus suspicieuses de certains risques du travail. Elles sont sans doute également moins sujettes aux attitudes d'héroïsation du travail, dans une relation plus distante voire instrumentale au travail, facteur favorisant la vigilance. Si peu de salariés rencontrés vont jusqu'à déclarer une influence à dominante négative du travail sur leur santé, la plupart expriment des formes de reconnaissance d'atteintes à leur santé, actuelles ou différées, d'origine professionnelle.

Séparer travail et maison ?

La figure du clivage travail/hors travail est, comme chez les soignantes mais sous des formes distinctes, très souvent mobilisée par les salariés de la sous-traitance. Il s'agit parfois de ne pas amener au travail les soucis personnels ou privés, figure que nous n'avons pas rencontrée chez les soignantes, on y reviendra. On la rencontre à la fois chez des ouvriers cherchant d'abord à protéger ainsi leur santé physique, comme chez les agents de maîtrise ou des techniciens préoccupés d'abord de lutter contre le stress professionnel et une disponibilité temporelle professionnelle extensive. Il semble que le type de mode de vie familial dans lequel est inscrit le travailleur joue un rôle actif dans la capacité de séparation, qu'il s'agisse de l'importance de l'activité professionnelle de la conjointe, ou des activités personnelles – loisirs, sports -, du salarié. On note que la pratique de loisirs sportifs semble nettement moins répandue chez ces salariés que chez les soignantes, ce qui s'explique sans doute au moins en partie comme un effet d'appartenance sociale : les salariés de la sous-traitance relèvent principalement des milieux populaires, les infirmières des milieux intermédiaires.

Rôle des parcours sociaux et professionnels

Le sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction professionnelle, dont on a vu à de multiples moments combien il avait partie liée avec le rapport à la santé, se construit toujours en rapport avec un parcours social et professionnel. C'est très net chez les agents de maîtrise, ayant tous débuté comme ouvrier, voire ouvrier non qualifié. Dans ces cas, on trouve donc au moins deux sources à la relativisation des atteintes du travail sur la santé physique : le fait d'être désormais abrité d'une série d'atteintes anciennes – remplacées par d'autres, résumées sous la catégorie du « stress » - et le sentiment de satisfaction et de réussite lui-même. On a vu le cas de parcours professionnels moins ascendants, plus horizontaux dans l'ensemble, dans lesquels c'est le fait d'avoir évité le déclassement et la précarisation - ou d'avoir sauvé son couple ? - qui pouvait nourrir un sentiment de réussite relative à l'orée de la retraite.

Nécessité faite vertu ? Toujours est-il que la perspective d'une embauche chez un des donneurs d'ordre est très rarement évoquée, qu'il s'agisse du passé pour les salariés en fin de carrière, ou de l'avenir pour les moins âgés.

Précarité de l'emploi ?

Si les parcours professionnels, et dans une mesure moindre, les statuts actuels d'emploi, sont marqués par l'instabilité, la précarité subjective de l'emploi apparaît nettement moindre que ce que nous anticipions. Par construction de notre échantillon, tous les travailleurs interrogés sont en activité professionnelle au moment où nous les rencontrons. Tous ont, à ce moment là, triomphé des épisodes précaires antérieurs, par ailleurs nombreux et systématiques : fermetures d'entreprise, licenciements économiques, disparition de l'employeur, restructurations, non paiement des cotisations sociales... Si ils sont nombreux à craindre pour leur emploi à court terme, plus rares sont ceux qui pensent qu'ils auraient du mal à retrouver un emploi équivalent. Mais au-delà de la construction de notre échantillon, on peut penser que dans le monde de la sous-traitance se produit au fil de la vie active une sélection des plus employables et de ceux qui sont en meilleure santé.

Tous les salariés actuellement en intérim le présentent comme « choisi », sans tous le valoriser aussi clairement que Gérard Ouda ou Christian Oary. Pour ces derniers, c'est à la fois un moyen de mieux se vendre sur le marché du travail et d'être plus indépendant dans le travail. Aucun ne le présente comme un facteur de surexposition aux risques professionnels. C'est plus la précarité du travail – au sens de l'instabilité subie des

conditions et des collectifs de travail, d'un site à un autre notamment – que craignent et que combattent certains salariés.

Modalités de la dénégation-relativisation

On peut maintenant rassembler les modalités de la dénégation ou de la relativisation des atteintes à la santé par le travail rencontrées chez ces travailleurs de la sous-traitance.

Deux mécanismes sont directement inscrits dans l'objectivité du contexte professionnel qui est celui du monde de la sous-traitance :

- L'amélioration de certaines conditions de travail et de sécurité sur les sites industriels de Fos-Berre, classés « Seveso » au cours de la dernière période. Dans une certaine mesure, cette amélioration peut s'exprimer sous forme de confiance mise dans les experts de la santé au travail. On leur délègue alors le soin de savoir ce qui est bon ou pas pour la santé, ce qui est risqué ou non risqué.

- La nécessité d'être en bonne santé et d'afficher une bonne santé sur un marché du travail concurrentiel et sélectif. Ce point est tout à fait essentiel, à la fois du point de vue de notre questionnement initial sur le lien entre précarité professionnelle et santé et dans la comparaison avec les soignantes, largement inscrites sur un « marché interne ». Il rejoint ce que l'on sait par ailleurs, y compris à partir de nos exploitations de l'enquête SUMER, sur le lien précarité de l'emploi/santé déclarée. Ce mécanisme peut être conscient – comme on l'a vu, on peut cacher alors délibérément certaines atteintes à sa santé au médecin du travail, à l'employeur...-, ou plus ou moins inconscient – on ne s'écoute pas, on sur-évalue aussi longtemps qu'il est possible son état de santé.

Huit modalités, plus subjectives, sont apparues dans les entretiens :

- La valorisation « virile-défensive » de l'affrontement au risque, de l'effort, du courage, de l'endurance, la souffrance.

- Le refoulement - plus ou moins conscient – avoué , donc non total en tant que refoulement – de la peur, comme condition de la possibilité d'aller au travail tous les matins, et de travailler.

- L'imputation des atteintes à la santé à des expériences professionnelles passées : la personne n'entend – ou ne veut entendre – la question de l'influence du travail sur sa santé que par rapport à son travail « ici et maintenant ».

- La naturalisation des « risques du métier », toujours plus ou moins teintée de fatalisme.

- L'imputation des atteintes à la santé à d'autres sources que le travail : l'âge, les gènes, le mode et l'hygiène de vie personnels, l'environnement collectif – alimentation, pollution, pandémies ..

- L'individualisation et la psychologisation des choix professionnels d'ego, dont les implications pathogènes sont alors intériorisées comme choisies.

- La disjonction subjective entre le « travail » - non pathogène – et les « conditions » ou le « milieu » de travail, pathogènes.

- Le clivage entre travail et hors travail, avancé sous des modalités un peu différentes selon le type de travail, manuel ou à responsabilité. Ne plus penser au travail une fois à la maison est une manière de borner subjectivement la subordination salariale, alors que laisser entendre que le travail « a le bras long » au point de contaminer la santé serait reconnaître une emprise excessive ou insupportable, du travail professionnel sur la vie. Chez les ouvriers, c'est ne plus penser au travail une fois la porte de l'usine franchie. Chez les agents de maîtrise, c'est aussi ne pas être esclave du téléphone.

Conclusion de la quatrième partie

Insistons sur la nature qualitative de l'enquête dont on vient de mettre en forme les matériaux. Le corpus des quarante et un entretiens présente de fortes spécificités par rapport aux populations de référence, dont on a pu approcher les caractéristiques à l'aide de 239 questionnaires. Certaines sont délibérées, d'autres non.

Ces 239 salariés dont nous avons collecté le questionnaire représentent déjà, par définition, une population en activité professionnelle. On a donc d'emblée exclu, par construction, ceux qui se sont trouvés écartés de ces milieux professionnels ou de ces établissements, éventuellement pour raisons de santé.

Concernant les 41 personnes interviewées, la prédominance des salariés relativement âgés a été un choix de notre part. Les plus de 40 ans forment ainsi dix-sept des vingt-deux soignantes et seize des dix-neuf salariés de la sous-traitance. A l'hôpital Montaigne, certains services ont été choisis plutôt que d'autres, parce qu'ils étaient réputés particulièrement pénibles ou « lourds ». Plusieurs d'entre eux comptent beaucoup plus d'infirmières que d'AS, et davantage d'infirmières spécialisées et/ou en promotion professionnelle forte (IBODE, IADE, Infirmières puéricultrices) qu'ailleurs.

Par contre, n'est pas délibérée la faible présence des aides-soignantes chez les soignantes et des ouvriers non qualifiés chez les salariés de la sous-traitance. Ce dernier phénomène explique sans doute que nous ayons peu de travailleurs immigrés, et que les rares immigrés interviewés relèvent de la « seconde génération » et ont certains atouts sociaux. Nous l'avons dit, pour ces salariés de la sous-traitance la population de référence nous est largement inconnue – et elle l'est aussi dans la plupart des grandes enquêtes statistiques –, mais ceux que nous avons pu enquêter sont probablement prélevés dans la frange la moins précaire – de fait, sinon de droit – de ces précaires. Ainsi ils sont par définition, puisque c'est ainsi que nous les avons rencontrés, suivis par la médecine interprofessionnelle du travail, et leur entreprise dispose souvent un CHSCT. Certes nous avons tenté de bien y représenter les intérimaires. Mais compte tenu du critère d'âge, il s'agit d'intérimaires au profil bien particulier : trois des quatre ont plus de quarante ans, alors qu'on sait que la population des ouvriers en intérim est composée au plan national d'une majorité de moins de trente ans ; ceux de l'enquête ont une longue expérience de l'intérim, et de la stabilité professionnelle dans l'intérim.

Des traits communs

On commencera par souligner, par delà des contrastes, l'existence de traits communs aux deux groupes dans la problématique de la santé au travail.

On observe des différences réelles entre eux, mais finalement faibles, dans la manière dont se distribue le bilan global des perceptions positives, négatives et neutres des relations travail/santé. Ce phénomène n'est pas sans rapport avec le fait que dans les représentations des rapports santé/travail dans les deux groupes, on retrouve les trois grands types de causalité imbriqués : « le travail comme champ de développement de la santé », « le travail comme champ d'atteintes à la santé plus ou moins reconnu ou dénié », « le travail comme champ de révélation de la santé ».

La première représentation du lien travail/santé est vécue par les salariés notamment quand ils sont privés de travail : interruption d'activité professionnelle due à la maternité ou à la maladie. On la mesure d'ailleurs au travers de la fréquence des distinctions entre « travail » et « conditions » ou « milieu » de travail chez les interviewé(e)s. Quand ils

sont coupés de la sphère professionnelle parce que cantonnés au « foyer » ou à la « maison », ce qui leur fait défaut c'est bien du travail comme activité socialisatrice dont elles et ils parlent. La seconde représentation semble s'observer surtout chez les travailleurs plus anciens : leur longue expérience professionnelle a plus de probabilité d'avoir laissé des traces délétères sur la santé, mais ce phénomène peut être plus ou moins masqué à leurs yeux par les idéologies de métier et les normes de genre, elles-même souvent intriquées.

Dans les deux groupes, la séparation travail/hors travail apparaît être un enjeu du rapport santé/travail, même s'il y prend des formes très différentes - on y revient plus bas.

Dans les deux configurations professionnelles, on a pu observer des effets de trajectoire sociale et professionnelle, surtout visibles dans les parcours professionnels. Au-delà de la « pente » de la carrière professionnelle au sens classique – progression dans l'échelle des qualifications et des salaires – c'est du point de vue de l'évolution des conditions de travail associée au vieillissement qu'il faut l'examiner : pour les soignantes, débiter par un service comme les « grands brûlés », et/ou selon des horaires de travail réputés très pénibles, comme les alternances nuit/jour, puis évoluer vers des services moins difficiles et des horaires plus « normaux » ; pour les ouvriers, mettre un terme au nomadisme des chantiers lointains, se stabiliser sur un site sur lequel on connaît bien les installations à entretenir et le collectif de travail qui est le sien.

La satisfaction professionnelle et le soutien social viennent, dans les deux groupes, au premier rang des facteurs de la perception de la santé et de la relation santé-travail.

Dans les deux cas il semble qu'il y ait des dimensions familiales fortes, liées à la parentalité, qui interfèrent avec le rapport au travail et à la santé. Si avoir connu cette expérience lorsqu'on a plus de quarante ans ne semble pas conditionner l'exercice du métier de soignante comme cela pourrait être le cas pour les salariés de la sous-traitance, cela pourrait, chez les premières, rendre plus difficile la construction de la bonne distance psychologique au travail et aux malades.

Enfin, même des attitudes a priori très sexuées pourraient traverser les deux groupes. On a rencontré aussi chez les soignantes une attitude consistant à être fière de pouvoir venir travailler malade et, chez des hommes de la sous-traitance, celle qui consiste à se dire, à la maison, préoccupé par la santé des collègues présents sur le chantier.

Des différences majeures

On a également repéré une série de différences importantes, qui tiennent, de manière très difficilement séparable, au type de milieu professionnel et au sexe, ces deux dimensions étant intimement liées au sein de chacune des deux configurations socioprofessionnelles.

La nature et les contenus des activités de travail sont très éloignés, avec des « objets » de travail qui sont, d'un côté des sujets humains – qui plus est souffrants –, des installations industrielles de l'autre. Certes, les deux activités peuvent être vues comme des activités de service, mais le contraste reste saisissant lorsqu'on interroge les salariés des deux groupes sur le fait de vivre ou non des « tensions avec le public ».

Le type de qualification et de marché du travail oppose les deux contextes. Les possibilités objectives et institutionnelles qu'ils offrent en matière d'allègement des pénibilités au fil de l'âge sont sans aucun doute davantage reconnues chez les soignantes. Les salariés de la sous-traitance se situent sur un marché du travail externe concurrentiel et sélectif, l'usure professionnelle et les ennuis de santé se traduisant par un risque plus grand d'éviction hors du travail - chômage, maladie, invalidité, pré-retraite.. - en cours et

en fin de carrière. Les salariés de plus de 55 ans que nous avons dans notre enquête y sont sûrement davantage sur-sélectionnés par la santé.

Les modes de la disponibilité temporelle et géographique sont très différenciés. Les soignantes sont massivement concernées par les horaires décalés, les salariés de la sous-traitance par le nomadisme de chantier et la faible prévisibilité de leur temps de travail. On a vu que les formes de pénibilité professionnelles associées étaient largement banalisées au travers des normes professionnelles. Notons que si ces dernières se combinent bien avec le genre masculin pour ce qui est de la disponibilité temporelle et spatiale des travailleurs de chantier, c'est moins le cas pour les soignantes, chez qui la norme de genre – et le rôle qu'y joue le modèle maternel de disponibilité prioritaire aux enfants – entre en contradiction avec la norme temporelle professionnelle. On a vu combien cette contradiction pouvait animer des tensions entre certaines soignantes des générations plus anciennes ayant consacré leur vie à l'hôpital, et des plus jeunes, attachées à la vie familiale et à ses rythmes.

Le type de collectif de travail et de rapport hiérarchique dans lequel s'insèrent les unes et les autres sont bien distincts. Les infirmières – moins les AS – semblent bénéficier de beaucoup moins de « soutien social » de la part de leurs supérieurs que les salariés de la sous-traitance. Ces derniers apparaissent comparativement insérés dans des collectifs plus solidaires, et l'on sait le rôle des relations d'inter-connaissance entre les agents de maîtrise et les ouvriers dans le fonctionnement du marché du travail de la sous-traitance, et dans la constitution des équipes appelées à intervenir sur les chantiers de maintenance industrielle.

Les formes de pénibilité et de risques professionnels sont fort contrastées. Marquées par la prégnance du risque chimique, elles ont un caractère sans doute plus collectif et plus vital pour les salariés de la sous-traitance. Elles sont plus individualisées et plus liées à la responsabilité sur le patient ainsi qu'aux tensions avec le public, chez les soignantes. Il en est de même pour les modalités d'expression des atteintes à la santé. Alors que la catégorie de « stress » et les problèmes de santé psychique apparaissent au premier plan chez les soignantes, ce sont les atteintes corporelles qui sont mises en avant par les salariés de la sous-traitance.

Les modalités de la séparation travail-hors travail sont très différentes. Cette séparation est un repère identitaire du genre masculin, alors qu'elle se heurte à une certaine perméabilité chez les femmes (Livia Sheller, 2008). De plus nous avons affaire à des femmes travaillant dans une activité de service, au contact direct avec un « public », qui plus est en souffrance, où la séparation totale est donc à la fois plus difficile et non souhaitable pour l'efficacité professionnelle (Molinier, 2008).

Les formes de la méconnaissance des atteintes à la santé sont différentes, elles tiennent, là encore, à la fois au sexe et au milieu professionnel. Chez les soignantes, la compassion – féminine et professionnelle – amène à relativiser ses propres difficultés de santé par rapport aux malades. S'y combine une distance à la médicalisation traditionnelle de la santé.¹⁰² Chez les salariés de la sous-traitance, l'exposition au danger et la virilité défensive se combinent pour alimenter certaines formes particulières de déni. Les modalités de « psychologisation » sont très différentes.

On l'a dit, le rôle de la parentalité, s'il semble exister dans les deux groupes, ne paraît pas y jouer le même rôle. Il y a beaucoup plus de soignantes de plus de quarante ans qui n'ont

¹⁰² Bien notée par M. Lorient (2000), qui montre que c'est une expression de la critique infirmière de leur subordination au corps médical, et qui prend la forme d'un recours fréquent aux thérapies para-médicales ou/et psychologiques.

pas eu d'enfants que de salariés de la sous-traitance de plus de quarante ans qui sont dans ce cas. Tout se passe donc comme si ne pas être parent n'était pas un handicap – voire était un atout - pour travailler durablement comme soignante, alors que ce serait le cas pour un salarié de la sous-traitance.

Au final, c'est bien le sens même des notions de « santé », de « travail » et de « risques » qui varie entre les deux groupes. Ce sont les configurations socioprofessionnelles concrètes qui les « colorent » de leurs enjeux propres, et des configurations biographiques singulières en leur sein qui leur donnent une signification toujours dynamique.

CONCLUSION GENERALE

Les notions de « santé », et de « santé au travail », s'avèrent riches et stimulantes pour le sociologue. La notion de santé est paradoxale. Elle est le lieu d'une forte tension entre deux pôles : un pôle subjectif et intime, celui de la « santé perçue », toujours relatif aux attentes existentielles qui sont celles d'un sujet concret ; un pôle objectif, socialement et institutionnellement très construit par l'appareil sanitaire et bio-médical. Pour les individus le sens de la notion de santé fluctue entre ces deux pôles.¹⁰³ Quand on les interroge à son propos, ils peuvent entendre la santé plutôt comme « capacité à » - à travailler ou à réaliser les activités qu'ils souhaitent - ou plutôt comme « état de bien être », notion influencée par la médecine. Les inégalités et différenciations sociales de santé sont aujourd'hui bien documentées par les sciences sociales, même si une « objectivation totale des phénomènes de santé est impossible » (S. Volkoff ¹⁰⁴). La recherche qu'on vient de lire montre, après bien d'autres, que l'on peut aller loin dans la mise à jour des dimensions sociales qui sont au principe des évaluations que les individus font de leur état de santé et du rapport entre leur travail et leur santé. Ces dimensions sociales s'expriment autant dans les régularités sociales attestées par l'approche statistique, dans les deux configurations sociales concrètes qui sont celles des milieux professionnels étudiés, que dans les ressources sociales actualisées dans les parcours biographiques singuliers que nous avons présentés. En combinant démarche explicative et démarche compréhensive le sociologue peut donc relever le défi de l'analyse d'un « objet » a priori fuyant.

De l'enquête SUMER 2002-2003....

La perception de son état de santé, du caractère « fatigant » et « stressant » de son travail, de l'influence du travail sur sa santé est fortement corrélée statistiquement avec les caractéristiques démographiques et socioprofessionnelles des individus ainsi qu'à leur situation de travail et à leur rapport au travail. Le sexe, l'âge, la csp, la profession, les conditions de travail, le vécu du travail : autant de facteurs objectivement associés à la manière de percevoir sa santé et son lien avec son travail. Notre enquête y ajoute, sous forme d'hypothèses à étayer sur de plus vastes échantillons, le rôle du parcours professionnel et familial : avoir évolué ou progressé dans sa carrière professionnelle, être en état de développer des projets d'évolution professionnelle, avoir des enfants, autant d'éléments qui pourraient favoriser la santé au travail.¹⁰⁵ Cela serait cohérent avec l'idée de la santé comme processus, comme notion dynamique : capacité d'anticipation et d'action, puissance d'agir, de peser sur son destin, de transmettre une histoire.

Qu'un salarié sur deux déclare que le travail influence sa santé, et un sur quatre dans un sens négatif, peut sembler peu ou beaucoup.¹⁰⁶ Peu, si l'on part du principe que le travail influence nécessairement la santé, tout particulièrement en la dégradant. Beaucoup si l'on accepte l'idée que se nouent dans les représentations des rapports entre travail et santé des connexions complexes et ambivalentes, qui renvoient à la combinaison de trois modèles d'intelligibilité. Le premier combine dégradation - « le travail dégrade la santé » - et dénégation - « dénégation des atteintes à la santé ».¹⁰⁷ Le second éclaire la

¹⁰³ Illustration saisissante de cette double face de la notion de santé, la formule de politesse rituelle et quasi universelle, « bonjour, comment ça va ? » : à la fois sollicitation formelle d'une information sur l'état *intime* de l'interlocuteur, et puissante convention *sociale*.

¹⁰⁴ Intervention au séminaire LEST-CREAPT, le 19.03.2007.

¹⁰⁵ Et qui pourraient sans doute être explorés à partir de l'enquête « Santé et Itinéraire Professionnel ».

¹⁰⁶ D'autres enquêtes que SUMER donnent des résultats du même ordre. Par exemple, parmi les personnes en âge de travailler et déclarant un problème chronique de santé, une atteinte à la santé sur cinq est imputée au travail (Waltisperger, 2004)

¹⁰⁷ C'est celui de « l'altération de la santé », des « risques professionnels », qui... risque de dominer dans le champ scientifique faute de « pouvoir penser comment et à quelles conditions le travail peut être véritablement opérateur de santé » (Lhuillier, 2008, p. 204)

construction et le développement de la santé par le travail : « le travail c'est la santé ». Le troisième élucide la manière dont le travail révèle des dynamiques de la santé étrangères à la sphère professionnelle : « le travail révèle une santé qui se construit ailleurs ». Si les deux premiers types de relations ont été largement explorés par les chercheurs en sciences sociales, ce n'est pas le cas du dernier. On peut illustrer le dernier – « le travail révèle une santé qui se construit, aussi, ailleurs » - en rappelant que si un lien statistique fort a été mis en évidence entre l'évaluation négative de sa santé et la perception d'un lien négatif travail-santé, il est loin d'être absolu : y compris parmi les salariés se jugeant en mauvais état de santé, la proportion de ceux qui n'y voient aucune responsabilité de leur activité professionnelle reste importante. La multiplicité, l'interdépendance, voire la circularité des relations entre le domaine professionnel et celui de la santé interdisent bien souvent « d'attribuer un effet à une cause », imposant alors plutôt de « décrire des configurations » (Volkoff, 2008, p. 111). Cela a été l'objet de notre enquête, explorant deux configurations socioprofessionnelles localisées et, en leur sein, des configurations biographiques.

Nos exploitations secondaires de l'enquête SUMER 2002-2003 montrent comment ces diverses causalités se combinent, de manière non aléatoire, selon les attributs sociaux et professionnels des agents. Le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, l'âge, le statut précaire ou stable de l'emploi, l'ancienneté dans l'entreprise, la taille de l'établissement, la branche d'activité économique sont autant de facteurs jouant « toutes choses égales par ailleurs » sur le sens de la perception de l'influence, positive ou négative, de la santé au travail.

Les femmes se distinguent moins des hommes par une moindre fréquence de la perception d'une influence du travail sur leur santé que par le sens de cette perception, nettement plus positive. Cette différence entre les sexes tend à s'accroître avec la qualification de l'emploi : nulle chez les ouvriers, elle apparaît chez les employés et elle est maximale chez les professions intermédiaires. L'ensemble de notre recherche étaye les hypothèses explicatives suivantes de cette différence de sexe : les femmes apprécient d'autant plus d'avoir un emploi et d'exercer une activité qu'il s'agit pour elles d'une conquête historique émancipatrice ; l'activité de la « seconde journée », celle du travail parental et/ou domestique, continue d'être principalement de leur ressort, et concurrence ainsi le travail professionnel comme scène où se joue aussi – positivement comme négativement – leur santé ; enfin, elles sont exposées à des facteurs de risques professionnels, socialement moins « visibles », c'est-à-dire qui n'ont pas, ou pas encore, fait l'objet d'un travail social de reconnaissance comme tels (Guignon, 2008). Ajoutons, en lien avec cette dernière hypothèse, qu'elles entendraient plus volontiers que les hommes le travail comme « activité » que du point de vue de ses « conditions », quand on les interroge au sujet de la relation santé-travail. C'est en tout cas ce que nous suggère notre enquête qualitative, qui a attiré notre attention sur les variations sociales et inter-individuelles du sens du mot « travail ». On peut ajouter une quatrième piste d'interprétation, fidèle au troisième modèle d'intelligibilité que nous avons retenu, « la santé révélée par le travail » : les femmes qui occupent un emploi ne sont-elles pas dans l'ensemble en meilleure santé que celles des mêmes classes d'âge qui en sont écartées, davantage que les hommes, sous forme d'inactivité professionnelle ou de chômage ?

Les professions ouvrières sont celles où la perception d'un lien travail-santé, et d'abord d'un lien négatif, est la plus fréquente. Elles s'opposent aux professions intermédiaires et de cadres, dans lesquelles prédomine la perception d'un lien positif. C'est vrai des femmes comme des hommes, mais on a vu que les cadres masculins étaient plus mitigés dans leur jugement que les cadres féminins. La force de la thématique du « stress des cadres », qui fait régulièrement la une des magazines, traduirait donc bien une réalité vécue par ces catégories sociales. Un « zoom » sur les familles professionnelles détaillées s'est révélé fort intéressant. A un pôle, des professions a priori assez disparates, dans

lesquelles domine l'idée que « leur travail est leur santé » : « maraîchers-jardiniers-viticulteurs » y côtoient les « professionnels de l'action sociale, culturelle et sportive », les « cadres administratifs, comptables et financiers », les « professionnels des arts et de spectacles », les « professions para-médicales », les « aides-soignantes » et les « infirmières ». A l'autre, les professions ouvrières de la construction, des industries de process, de la mécanique et de la métallurgie. Les premières exercent en plein air ou, plus souvent, sont des professions à forte idéologie de la vocation et de la réalisation personnelle par le travail. Les secondes sont des professions manuelles exposées aux formes « traditionnelles » de pénibilité, davantage socialement construites comme pathogènes. Quant aux infirmières, elles se détachent de l'ensemble du salariat féminin par une perception à la fois plus fréquente et plus tranchée des relations travail/santé : les deux tiers d'entre elles pensent que leur travail influence leur santé, 31% négativement, 35% positivement. Cette différenciation des professions au regard du sens perçu des effets du travail sur la santé se superpose largement à leur répartition du point de vue de leur mobilisation des catégories, en partie alternatives, de « fatigue » et de « stress » pour décrire les effets de leur travail : les ouvriers se reconnaissent davantage dans la première, les employés, professions intermédiaires et cadres dans la seconde.

Les jeunes de moins de trente ans, dont on sait pourtant qu'ils se jugent en meilleure santé que leurs aînés, déclarent plus fréquemment « toutes choses égales par ailleurs », un rôle néfaste du travail sur leur santé, ce phénomène se vérifiant plus nettement chez les salariés masculins et épargnant les cadres des deux sexes. Elévation du niveau de formation, d'information et d'attente en matière de risques professionnels, et recul des idéologies de métier sont les deux facteurs couramment avancés pour l'expliquer. On a trouvé quelques cas exemplaires dans notre enquête qualitative, mais nécessairement trop peu nombreux pour que cette piste de réflexion soit développée, puisque nous avons décidé de privilégier les salariés de plus de quarante ans.

Avoir un statut d'emploi instable, peu d'ancienneté dans l'entreprise, et travailler dans une entreprise de grande taille (plus de 500 salariés) sont des éléments associés à une perception négative du lien travail/santé. Les interprétations ne sauraient être les mêmes pour les trois facteurs. Les deux premiers renvoient très probablement au double effet « du travailleur sain » - parmi les précaires, ceux qui sont en emploi à un moment donné sont sur-sélectionnés par leur santé – et de l'attachement au travail, d'autant plus grand qu'on en a été privé. Le troisième renvoie sans doute à un contexte collectif et institutionnel plus favorable à la visibilité de la santé au travail que dans les PME. Ce dernier phénomène se vérifie d'ailleurs lorsque l'on teste l'effet, a priori paradoxal car lui aussi négatif, de l'effet, « toutes choses égales par ailleurs », de la présence d'un CHSCT dans l'entreprise.

La capacité d'un questionnaire comme celui de l'enquête SUMER à objectiver le lien travail/santé se vérifie dans un second domaine, celui de la forte cohérence des réponses des enquêtés à une constellation de questions diverses touchant d'une part à l'évaluation de la situation de travail, d'autre part à la perception du lien travail-santé et de l'état de santé : un rapport négatif au travail est fortement associé à une perception négative de sa santé et de la relation entre son travail et sa santé. Et si le questionnaire SUMER ne renseigne pratiquement pas les troubles « objectifs » de santé – en dehors des insomnies liées au travail, ou des arrêts de travail de l'année passée pour cause de maladie ou d'accident du travail – d'autres enquêtes, comme « SVP 50 » et notre propre enquête par questionnaire, plus riches sur ce plan, montrent que l'insatisfaction professionnelle est également corrélée avec le nombre de troubles de santé déclarés. Toute une série d'indicateurs de cette insatisfaction professionnelle – des « risques psychosociaux » identifiés par le questionnaire de Karasek, au « vécu de situations difficiles », en passant par d'autres risques professionnels plus classiques – sont à la fois liés entre eux et influents sur la perception de la santé et du lien travail/santé.

Mais il faut garder à l'esprit qu'une corrélation (statistique) n'est pas la traduction simple d'une causalité (sociologique). Ici, le repérage d'un lien statistique entre perception négative de sa santé et perception négative du lien travail/santé, ou encore entre satisfaction professionnelle et perception de sa propre santé, bref l'« association » statistique entre ces phénomènes, ne fait que mettre sur la piste de la recherche des causalités sociales sous-jacentes. Or ces dernières sont probablement le plus souvent de type circulaire, ou interactif.

Les liens entre travail en horaires atypiques, santé perçue, et perception de la relation travail/santé ne sont pas unilatéraux. L'effet net des contraintes temporelles sur l'état de santé perçue est beaucoup moins important que l'effet net sur la perception de la relation travail-santé. Ce résultat est tout à fait cohérent avec l'existence de deux phénomènes cumulés : l'effet du travailleur sain – les salariés surexposés à des contraintes de temps de travail sont en meilleure santé que d'autres car, de fait, sélectionnés comme tels – et la conscience chez les mêmes, des effets délétères, au moins à terme, de ces contraintes de temps de travail. Nous avons retrouvé des traces de ces deux phénomènes chez les soignantes, comme chez des professions masculines où le travail de nuit est fréquent. Les premières semblent se distinguer des seconds surtout par un attachement supérieur à ce type d'horaire, si on interprète ainsi le fait qu'elles déclarent moins souvent désirer « changer de poste de travail ».

Le dernier volet des exploitations secondaires de l'enquête SUMER a porté sur les catégories de soignantes et sur des salariés de l'industrie – ouvriers et professions intermédiaires -, apparentés – avec difficulté¹⁰⁸ - à nos salariés de la sous-traitance. Nous avons pu aller plus loin sur les premières, nettement plus proches des soignantes enquêtées par nous-mêmes, que sur les secondes. Ces traitements statistiques ont d'abord mis en évidence la singularité des soignantes de l'hôpital public, en ce qu'elles sont surexposées à un ensemble de contraintes temporelles. Par ailleurs, les infirmières, comparées à l'ensemble des femmes salariées, évaluent bien plus négativement les effets du travail sur leur santé, jugent leur travail plus souvent fatigant et stressant, se disent plus fréquemment sujettes à insomnies. Sur ces items les aides-soignantes sont plus positives, mais plus sévères quant leur état de santé. Les techniciens et agents de maîtrise de l'industrie se distinguent nettement des ouvriers – catégorie dont ils sont en partie issus par promotion –, jugent nettement plus positivement leur situation de travail, leur état de santé et la relation travail/santé, même si ces avantages se « paient » d'un travail plus stressant et plus préoccupant, élément qui rapproche ces hommes des infirmières. Enfin, si les jugements négatifs sur le lien travail/santé des soignantes et salariés masculins de l'industrie semblent dans l'ensemble associés aux mêmes variables que celles qui jouent à l'échelon de l'ensemble du salariat, les deux groupes se distinguent selon le rôle du niveau de qualification. Chez les salariés de l'industrie, la relation attendue entre niveau de qualification et appréciation moins souvent négative du lien travail santé se vérifie. C'est l'inverse chez les soignantes, où les aides-soignantes déclarent moins souvent que les infirmières un lien négatif, « toutes choses égales par ailleurs ».

¹⁰⁸ Sans revenir sur l'impossibilité de caler nos salariés de la sous-traitance pétrochimique sur quelque catégorie statistique classique, nous avons retenu des salariés de l'*industrie* (ouvriers, techniciens et agents de maîtrise) : c'est une population plus ouvrière (à 65%) que celle que nous avons pu approcher avec notre propre questionnaire (ouvrière à 55% seulement) ; et nous aurions pu également comparer aux salariés de la *construction*, une grande partie des caractéristiques professionnelles des salariés de la sous-traitance tenant à la forme *chantier* de leur activité.

... à deux configurations socioprofessionnelles contrastées

Les deux configurations professionnelles étudiées sont, d'une part les soignantes d'un site hospitalier CHU d'une grande ville du sud de la France, l'hôpital Montaigne, d'autre part les salariés masculins de la sous-traitance pétrochimique de Fos-Berre. Elles ont été choisies parce qu'elles sont très typées et contrastées, à la fois du point de vue du genre, et du type de risques professionnels dominant, dans lequel jouent *a priori* un rôle important les contraintes temporelles pour les premières, la précarité de l'emploi pour les seconds.

La collecte en leur sein de plus de deux cents questionnaires originaux a permis d'abord de vérifier la pertinence de cette dernière dimension : ces pénibilités professionnelles spécifiques distinguent clairement les deux groupes. Elle a permis ensuite de situer les enquêté(e)s au regard des données issues de l'enquête SUMER 2002-2003. Par exemple c'est une population sensiblement plus jeune dans les deux groupes que les deux catégories apparentées de l'enquête SUMER, mais c'est surtout vrai des salariés de la sous-traitance comparés aux salariés de l'industrie.¹⁰⁹ Les indices issus des 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, du fait du cumul d'une forte « charge psychologique » compensée par un « soutien social » très élevé, supérieur même à celui déclaré par les travailleurs de la construction. La perception du travail comme « fatigant » et comme « stressant » qui est celle des deux groupes étudiés apparaît proche de celle des populations apparentées. Par contre, ils sont plus sévères sur leur état de santé, et semblent¹¹⁰ 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 Montaigne, plusieurs explications étant possibles.¹¹¹ Finalement, si on compare les enquêté(e)s des deux groupes, ce sont les soignantes qui sont les plus critiques sur le lien santé/travail, ainsi que sur toute une série d'aspects de leurs conditions de travail. Dit autrement, dans nos deux configurations socioprofessionnelles, les « effets » sexe et les « effets » milieu de travail s'interpénètrent de manière si intime qu'ils rendent illisible le rôle propre de nombreux « effets » repérés statistiquement au plan national par la base SUMER.

Une série d'analyses statistiques descriptives de notre échantillon, simples et multivariées a permis de mettre en évidence à la fois de forts contrastes entre les deux contextes socioprofessionnels de mise en jeu de la santé, et des rapprochements entre les profils « travail et santé » de certaines soignantes et de certains salariés de la sous-traitance.

Nos deux groupes s'opposent sur un grand nombre de dimensions classiques de l'analyse sociologique du travail et de l'emploi et sur le type de risques professionnels auxquels ils sont exposés. Avec les soignantes de l'hôpital public, il s'agit d'un salariat diplômé, protégé, inscrit sur un vaste marché interne du travail où domine l'employeur public local. Chacun des établissements entre lesquels il peut circuler au sein de la vaste agglomération urbaine considérée concentre de mille à trois mille agents, et offre,

¹⁰⁹ Nos salariés de la sous-traitance sont, de ce point de vue comme sur d'autres aspects, bien plus proches des salariés de la construction. Leur jeunesse est celle d'une population à dominante ouvrière, et, très probablement, sur-sélectionnée par la santé.

¹¹⁰ La prudence de l'expression ne renvoie pas seulement à la faiblesse des effectifs dans notre enquête, mais à la formulation de la question, distinguant « santé physique » et « santé psychique », et autorisant les réponses « ne se prononce pas ».

¹¹¹ Le choix des services, ciblant des services aux conditions de travail jugées a priori plus pénibles que la moyenne ; le mode de passation des questionnaire, par auto-administration, qui s'est traduit par un taux de réponse à la fois faible (30%) et inégal selon les services, avec un biais probable de sur-représentation des soignantes les plus critiques sur le lien santé-travail ; le fait que les conditions de travail dans un CHU sont peut-être plus difficiles que dans un hôpital local...

potentiellement, la possibilité de travailler au sein d'un grand nombre 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 rémunéré. Avec les salariées de la sous-traitance, nous avons affaire à un salariat nettement moins qualifié scolairement, circulant principalement sur un marché externe du travail, éclaté en de multiples établissements, soumis au nomadisme des chantiers de sous-traitance. 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. Mais cette forte spécificité des conditions d'emploi et de travail de chaque groupe y apparaît en partie banalisée. C'est ce dont atteste un écart, moindre que celui auquel on pouvait s'attendre, dans les réponses à des questions clés touchant aux contraintes temporelles ou à la précarité d'emploi : un grand nombre de soignantes jugent leurs horaires de travail relativement « pratiques », et une majorité de salariés de la sous-traitance déclare ne pas craindre pour son emploi.

Ils s'opposent tout autant du point de vue de la problématique des risques professionnels. Chez les soignantes, en premier lieu chez les infirmières, comme en témoigne le succès que rencontre auprès d'elles la catégorie de « stress », dominant les risques psychosociaux de type « burn-out » - elles sont très nettement sur-représentées dans la catégorie des « stressés » du « job strain » -, volontiers renvoyés aux capacités psychologiques individuelles à construire la « bonne distance » au travail et au public. Chez les salariés de la sous-traitance pétrochimique domine la tension entre des rapports économiques et sociaux animés par les logiques marchandes et concurrentielles – s'incarnant dans la figure limite du travailleur mercenaire de sa santé au travail – et celle du développement d'une forte action publique de prévention associée au classement des sites industriels en catégorie « Seveso ». Ces salariés déclarent davantage de pénibilités et d'expositions, passées et présentes, à des risques professionnels et des problèmes de santé plus nombreux, 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 facilement s'absenter ou adapter leur activité avec 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 plutôt davantage les médecins.

Mais cette opposition gagne à être nuancée, comme le montre une analyse factorielle de correspondance organisant la mise à jour de trois profils, à partir de variables « actives » centrées sur le vécu professionnel – variables construites à partir du questionnaire de Karasek, de contraintes temporelles, et de perception de la situation de travail. En effet, si deux profils distincts apparaissent bien typés du point de vue de la composition professionnelle des individus, ce n'est pas le cas du troisième. S'opposent ainsi un type « A » - « le ou la responsable à forte sollicitation faiblement soutenue et reconnue » - et un profil « C » - « le ou la salarié autonome bien soutenu(e) et reconnu(e) ». Le premier est à dominante d'infirmières de l'hôpital Montaigne. Le second est marqué par la sur-représentation d'agents de maîtrise et de techniciens de la sous-traitance pétrochimique. La plupart des indicateurs définissant dans l'enquête la situation de travail et son vécu sont négatifs pour le premier, positifs pour le second. Les types « stressés » et « actifs » définis par Karasek y sont majoritaires, de même que les salarié(e)s qui cumulent un jugement sévère sur le caractère à la fois fatigant et stressant de leur travail, ce qui permet de les définir, ainsi que nous l'avons proposé, comme trouvant leur travail « épuisant ». Les variables « illustratives », liées à la perception de l'état de santé et du lien travail santé, sont associées de manière statistiquement significative au premier profil lorsqu'elles sont négatives, au second lorsqu'elles sont positives. Le troisième profil,

« B » - « Exécutant(e) peu sollicité(e) et désimpliqué(e) » - est composé très majoritairement, d'aides-soignantes et d'ouvriers, il comprend presque tous les « passifs » au sens de Karasek. Il se singularise par la fréquence des expériences de précarité d'emploi, de faibles contraintes temporelles, un travail jugé peu fatigant et peu stressant, et la fréquence des réponses « non » aux deux questions sur l'influence de leur travail sur leur santé, physique et psychique.

... et aux configurations biographiques

Troisième et dernier moment de cette recherche, l'enquête par entretien nous a d'abord permis de retrouver, par-delà la densité des contrastes dans la mise en forme sociale, à la fois sexuée et professionnelle, de la « santé au travail » dans les deux contextes, la fécondité des trois modèles d'intelligibilité des relations santé-travail, modèles qu'il convient de mobiliser simultanément aux divers échelons : biographique et individuel, profils types au sein ou au-delà des deux groupes, groupe socioprofessionnel. Si l'on arrive finalement à des proportions assez proches, au sein des perceptions des rapports travail-santé, entre influence négative et influence positive, c'est que certaines des logiques qui se cumulent souvent au plan macro-sociologique tendent ici à se contredire. Il en est ainsi pour les logiques de genre et de profession, s'agissant des infirmières. Voici une profession intermédiaire féminine dont on pourrait penser qu'y prédominent largement les perceptions positives du lien travail/santé. Il n'en est rien au plan national, et cette tendance semble accentuée parmi les infirmières que nous avons enquêtées à l'hôpital Montaigne. Cela nous amène à discuter la thèse de M. Lorient (2000), quelque peu unilatérale à nos yeux, selon lequel les catégories dans lesquelles s'exprime la « fatigue » des infirmières sont psychologisantes et tendent à dé-responsabiliser les conditions collectives du travail comme délétères.¹¹² Ce dont notre enquête fait état, c'est plutôt de la combinaison fréquente, chez une même soignante, de lectures psychologisantes des sources de stress et de burn-out, et de lectures mettant en question le rôle du contexte hospitalier, et en premier lieu le sous-effectif, dans la genèse des atteintes à la santé.

Dans les deux groupes, « le travail c'est la santé », d'autant plus probablement :

- que l'accent est mis sur l'activité professionnelle elle-même – plus que sur ses conditions – , activité dont la valeur est mesurée dans des expériences de privation, même peu ou prou « choisie » (inactivité professionnelle, maladie) ;
- qu'on est inscrit sur un parcours professionnel et parental valorisant ; qu'on bénéficie d'une bonne reconnaissance sociale au travail ;
- qu'on minore ou que l'on banalise les incidences délétères, surtout à terme, de conditions de travail jugées inévitables ou vécues comme contre-parties nécessaires d'un travail ou d'un métier intéressant.

Dans les deux groupes « le travail est mauvais pour la santé » d'autant plus probablement que l'on s'écarte de ce profil type. Et « le travail révèle la santé » notamment chez celles et ceux qui disent parvenir à séparer travail et vie hors travail tout en développant dans cette dernière des activités valorisantes, sportives en particulier.

« Compassion féminine » des soignantes, « virilité défensive » des salariés de la sous-traitance : on a pris la mesure de la fonctionnalité de ces normes sociales de genre dans l'exercice d'activités que tout ou presque oppose. Elles exposent à des risques professionnels dont la sexuation interdit souvent aux intéressé(e)s de penser la nature

¹¹² Il est vrai qu'il précise que dans 26 des 29 entretiens qu'il a réalisés auprès d'infirmières, « le travail c'est la santé ». On a vu que concernant notre propre enquête, parmi les 137 questionnaires recueillis et les 22 entretiens collectés, les représentations des liens santé/travail étaient à la fois bien plus diverses, et bien plus négatives dans l'ensemble.

sociale : savoir « compatir sans compatir », cette compétence de la soignante est doublement construite socialement, dans le genre féminin et dans l'exercice des métiers du *care* ; savoir « affronter les dangers et dominer sa peur », cette compétence du salarié est doublement construite socialement, dans le genre masculin et dans l'exercice des métiers en milieu hostile. Ces normes tendent à *masquer* les incidences délétères du travail sans y parvenir totalement, comme on le voit dans nos deux configurations. A l'hôpital en général et à l'hôpital Montaigne en particulier, les conflits sociaux et la mise en débat public de la santé au travail contredisent cette tendance. Sur les sites industriels de Fos-Berre, le classement « sites Seveso » et les dispositifs de prévention et de contrôle qui l'accompagnent, ainsi qu'une certaine activité syndicale sur les questions de santé et de sécurité au travail, semblent avoir des effets ambivalents : sentiment de sécurité accrue, sentiment que l'expérience passée montre qu' « on ne nous dit pas tout » et que le milieu de travail demeure pathogène.

Banalisation-naturalisation des horaires décalés chez les soignantes, banalisation-naturalisation de l'instabilité de l'emploi chez les travailleurs de la sous-traitance, sont d'autres normes sociales tendant à la méconnaissance de leurs dimensions pathogènes. Là encore, on a vu que cette tendance affrontait d'autres, contraires. Les implications délétères à terme des horaires atypiques ne sont pas toujours ignorées des soignantes, même parmi celles qui optent « volontairement » pour l'horaire de nuit. Il en est de même chez les salariés de la sous-traitance, à condition d'élargir avec eux le sens de la précarité de l'emploi au travail, puisque plusieurs mettent d'abord en cause l'instabilité des sites et situations de travail qui est la leur dans leur critique de la santé au travail.

« Travail » et « santé » n'ont donc pas tout à fait la même signification dans les deux configurations socioprofessionnelles, ces deux catégories prenant d'ailleurs sens l'une par rapport à l'autre. La santé, pour les soignantes est sans doute d'abord la santé mentale requise pour « compatir sans compatir », en construisant cette fameuse bonne distance aux malades ; et la régulation institutionnelle de la santé sur un marché du travail protégé dé-dramatise sans doute quelque peu l'anticipation éventuelle de la fragilisation ou du handicap. La santé pour les travailleurs de la sous-traitance est d'abord une ressource vitale à protéger contre les atteintes physiques et le risque de démonétisation sur un marché du travail externe, quitte à tenter de maquiller aux yeux des médecins ou des employeurs – voire de l'enquêteur - la réalité de ces atteintes.

Les trois moments méthodologiques de notre recherche se sont développés de manière relativement autonomes, et pourraient être approfondis de la sorte. Cette donnée est pour une part le fruit de l'impossibilité dans laquelle nous nous sommes trouvés de réaliser une « post-enquête » auprès des enquêtés SUMER. Pour autant, on s'est efforcé de montrer les liens qui les unissaient.

Ainsi les tendances dégagées par l'enquête originale par questionnaire que nous avons dû conduire auprès de soignantes hospitalières et de salariés de la sous-traitance, nonobstant la difficulté de caler nos résultats sur des sous-populations apparentées -, convergent sur de nombreux points. On retiendra d'abord la capacité prédictive du questionnaire de Karasek et d'indices de satisfaction/insatisfaction au travail en matière d'auto-évaluation de la santé et de perception du lien travail/santé. On soulignera ensuite la spécificité des soignantes – en particulier des infirmières - au sein de la population active féminine, exprimant une grande densité de contraintes professionnelles médiocrement « compensées » sur les plans du « soutien social » comme de la « latitude décisionnelle ».

Le troisième et dernier moment, qualitatif, de la recherche n'est pas non plus dé-connecté des deux premiers. Il a permis de retrouver et d'approfondir les liens mis à jour dans les

deux premiers moments entre rapport à la situation de travail, rapport à la santé, et perception des liens travail/santé. On y a retrouvé la spécificité des infirmières en tant que profession féminine percevant de manière plus aiguë que la plupart des autres à la fois un travail dégradé et des liens délétères entre travail et santé. On y a également trouvé la pertinence des profils types dégagées par l'A.F.C. conduite à partir des résultats de notre enquête par questionnaire, même si cette pertinence se nuance. Les tendances statistiques n'y donnent en effet qu'une vision partielle des processus de construction de la perception du travail, de la santé et de leurs relations. Les entretiens approfondis entrent en même temps en résonance avec une causalité probabiliste, et non déterministe, causalité que traduisait le constat que les « profils-types » ne sont pas purs – en particulier du point de vue de la composition socioprofessionnelle –, et que les corrélations associant perceptions des conditions de travail et perceptions du lien travail/santé devaient compter avec des processus que ne pouvait approcher le questionnaire, notamment le type de parcours professionnel et social et le rapport subjectif entretenu avec ce dernier.

On terminera par quelques pistes de réflexions et quelques suggestions.

La première concerne le questionnaire Karasek (1979) et la vision du travail et du travailleur dont il est porteur. Non seulement la pertinence de ce questionnaire comme élément prédictif de la perception de sa santé est confirmée, mais elle peut être désormais étendue à la perception de la relation travail/santé. Par contre en confrontant assez systématiquement les réponses formulées par les salarié(e)s à ce questionnaire au sens de leurs réponses, approfondi en situation d'entretien, on a pris conscience des limites de l'approche qui le sous-tend. Non seulement, comme M. Lacomblez (2006, p. 94) l'avait déjà mentionné, « Dans ce modèle, le salarié est un « objet » de gestion des ressources humaines : il n'est pas « sujet », protagoniste d'un débat ». Mais on a vu combien l'expérience du travail dont font état certains salariés, à la fois particulièrement « autonomes », et particulièrement « intégrés » aux normes dominantes qu'ils avaient fait leurs, permettait de pousser cette critique plus loin, au-delà des seuls débats d'orientation et de finalité des stratégies d'entreprises. C'est la conception même de l'activité de travail qui est en cause. Dans le modèle Karasek, cette dernière apparaît en effet comme entièrement pilotée de l'extérieur par des « exigences-attentes » dont le salarié n'est que l'« objet » et jamais le « sujet ». Ce modèle est donc incapable de prendre en compte le fait qu'un salarié puisse agir selon un système d'exigences et d'attentes « personnelles », « intérieures » et que c'est dans la confrontation de ces systèmes que se réalise l'activité de travail et que s'y noue ce qui rend le travail efficace ou non, satisfaisant ou non, pathologique ou non. Dit autrement, « l'essentiel n'est pas de s'adapter au milieu de travail, mais de produire du milieu de travail pour travailler » (Lhuillier, 2008).

La seconde concerne le questionnaire de l'enquête SUMER. Nous ne saurions trop insister pour y intégrer un minimum d'informations sur la situation familiale et parentale des salariés, dont il semble que le rôle puisse être important dans la perception de la santé et de la relation santé-travail. Il y aurait également à réfléchir sur la pertinence de l'introduction :

- d'une distinction entre « santé physique » et « santé psychique » dont on a vu combien elle différenciait la perception des liens santé-travail parmi les salariés ;
- de quelques éléments de questionnement sur le parcours professionnel antérieur (expériences de chômage, de précarité, de situations professionnelles néfastes pour la santé).

La troisième concerne la possibilité de mettre au point des indicateurs synthétiques à partir de l'enquête SUMER. Nous en avons proposé deux. L'un (baptisé « Karasynt », ou « charge psychologique compensée ») permet de combiner les trois dimensions du

questionnaire de Karasek. L'autre combine les deux dimensions de « fatigue » et de « stress » associées au travail.

Enfin, et sans que cela nous amène à faire des propositions précises, on a observé la difficulté qu'avaient les salariés à répondre à certaines questions sur leur travail, objectant « ça dépend » (de la tâche, de l'horaire, du supérieur). Le développement de la polyvalence et de la multi-activité, la banalisation du « travail sans qualité » mériteraient d'être pleinement pris en compte dans les enquêtes statistiques.

Bibliographie

- Baudelot C., Gollac (1997), « Faut-il travailler pour être heureux ? », *Insee-Première*, n° 560, décembre.
- Baudelot C., Gollac M. Eds (2003), *Travailler pour être heureux ? Le bonheur en France*, Fayard.
- Boitel L., Castel M.-J., Delgoulet C., Jabot F., Juilliard G., Presseq P. (2006), « Reconnaissance du travail et santé après 50 ans : une approche épidémiologique », *XVIIe congrès de l'AGRH*, IAE de Lille et Reims Management School, Reims, 16 et 17 novembre.
- Bué J., Sandret N. (2008), « Un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail », *Premières Synthèses*, DARES, n°22.2, mai.
- Buscatto M., Lorient M., Weller J.M. Eds. (2008) , *Au-delà du stress au travail. Une sociologie des agents publics en contact des usagers*, Eres.
- Canguilhem G. (1985), *Le normal et le pathologique. La connaissance de la vie*, PUF.
- Canguilhem G. (2002), « La santé : concept vulgaire et question philosophique », in G. Canguilhem, *Ecrits sur la science*, Seuil.
- Clot Y., (1999), *La fonction psychologique du travail*, PUF.
- Clot Y. (2008), *Travail et puissance d'agir*, PUF.
- Coutrot T. (2008), « Se sentir capable de faire le même travail jusqu'à soixante ans : le poids des facteurs psycho-sociaux », *Premières Synthèses*, n° 29.2, DARES, juillet.
- CREAPT (2007), *Age, santé, travail : quelles évolutions ? Quinze ans de travaux du CREAPT*, Actes du séminaire Vieillesse et Travail, année 2006, Rapport de recherche n° 37, novembre.
- Curie J.(1993), « Présentation du dossier : faire face au chômage », *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, n° 22.
- Daune-Richard A-M, Marry C. (1990) , “Autres histoires de transfuges. Le cas de jeunes filles inscrites dans des formations masculines de BTS et DUT industriels”, *Formation-Emploi*, 29.
- Davezies P. (2001), « Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social », *Performances. Stratégies et facteur humain*, n° 1.
- Davezies P. (2005) , « La santé au travail, une construction collective », *Santé et Travail*, n° 52, juillet.
- Davezies P. (2006), “ Activité, subjectivité, santé », in L. Théry (eds), *Le travail intenable*, La Découverte.
- Dejours C. (2000), *Travail, usure mentale* (3 ème ed. augm.), Bayard.
- Diricq N. (2008), *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale*, Juillet.
- Gollac M. (2008), « Le bonheur au travail : une question de statut ? », in G. de Terssac, G. C. Saint Martin et C. Thébaut, *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé* , Octarès.
- Gollac M., Castel M.-J., Jabot F., Presseq P. (2006), “Note de recherche : sur la souffrance mentale au travail. Du déni à la banalisation”, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 163, juin.
- 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
- Halprenu C. (2005), « La santé. A la poursuite d'une utopie », *Sciences Humaines*, N° 48, Hors série, Mars-avril-juin.
- Hélarlot 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.
- Hélarlot V. (2006), « Parcours professionnels et histoires de santé : une analyse sous l'angle des bifurcations », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 2006/1, n° 120.

- Joulin N., (2006), « La sécurité au travail accaparée par les directions. Quand les ouvriers du bâtiment affrontent clandestinement le danger », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 165, décembre.
- Karasek, R. (1979), « Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-208.
- Lhuillier D. (2008), « Clinique du travail et santé mentale », Santé au travail. Quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales, *Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise*, MSH-Alpes, n° 9, juin
- Loriol, M. (2000), *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Anthropos.
- Loriol M., Boussard V., Caroly S. (2006), « La résistance à la psychologisation des difficultés au travail. Le cas des policiers de la voie publique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 165.
- Molinié A.F., Volkoff S. (2003) , « Départs en retraite : les deux faces de la « pénibilité » du travail », *Quatre pages*, Centre d'Etudes de l'Emploi, n° 60, novembre.
- Molinier P. (1999), « Travail et compassion dans le monde hospitalier », *Cahiers du Genre*, n° 28.
- Molinier P. (2000), « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Travail, Genre et Sociétés*, n°3.
- 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.
- Neboit M. et Vézina M. Eds (2002), *Stress au travail et santé psychique*, Octarès.
- Odonne Y. (1981), *Redécouvrir l'expérience ouvrière*. Préface d'Y. Clot, Ed. sociales.
- Roche P., (1987), *Une santé d'acier*, CNRS ed.
- Roche P. (2005), « Santé malmenée, usure prématurée. Des jeunes salariés entre résignation et résistance », *Revue Internationale de Psychosociologie*, Volume XI – n°24.
- Schwartz O. (1990), *Le monde privé des ouvriers, Hommes et femmes du Nord*, PUF.
- Salman S. (2008), « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du Travail*, Vol. 50, n° 1.
- Scheller L. (2008), « Le temps des conductrices de bus, ou l'espace de pensée entre activités », A paraître dans *Temporalités*, n° 10.
- Terrail Jean-Pierre (1990) , *Destins ouvriers. La fin d'une classe ?* PUF
- Thébaud-Mony A. (2006), « Histoires professionnelles et cancer » , *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 63., juin.
- Thébaud-Mony A. (2007), *Travailler peut nuire gravement à la santé*, La Découverte.
- Toupin C. (2008), *Expérience et redéfinition de la tâche dans le travail des infirmières de nuit : une recherche menée dans des unités de pneumologie*, Thèse de doctorat, CNAM.
- Volkoff S., Molinier A.F. (2008), « Les études statistiques sur la santé au travail : ressources et pièges », in Santé au travail. Quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales, *Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise*, MSH-Alpes, n° 9, juin
- Waltisberger D. (2008), « Pénibilité du travail et sortie précoce de l'emploi », *Premières Synthèses*, DARES, n° 03.1, janvier.
- Wissner A. (1995), *Réflexions sur l'ergonomie*, Octarès.

ANNEXE

Questionnaire

RELATIONS entre TRAVAIL & SANTE Post-enquête SUMER

- LEST -

Madame, Monsieur,

Notre Laboratoire CNRS, spécialisé dans la recherche sur le travail et l'emploi, s'est vu confié, par le Ministère du Travail et de l'Emploi une étude sur un aspect encore largement sous-estimé et pourtant essentiel de la vie sociale et professionnelle dans nos sociétés : celui des relations entre le travail et la santé.

Cette étude, conduite dans le département des Bouches-du-Rhône, porte sur deux groupes professionnels, l'un essentiellement féminin, l'autre très masculin, et très différents de multiples points de vue (contenu du travail, horaires, statuts d'emploi, risques professionnels, ...):

- Les infirmières, aides-soignantes et sages-femmes d'un hôpital de l'Assistance Publique de la région
- Les ouvriers, agents de maîtrise et techniciens sous-traitants ou intérimaires dans la pétrochimie de l'Etang de Berre

Elle comporte deux phases :

1. la première consiste en la passation du questionnaire ci-joint auquel nous vous demandons de bien vouloir répondre, ce qui ne vous demandera tout au plus qu'une petite demi-heure d'attention
2. la seconde phase consistera en des entretiens individuels auprès d'un échantillon de personnes qui nous auront donné leur accord (cf. la dernière page du questionnaire)

Dans tous les cas, les objectifs de cette étude sont purement scientifiques et l'utilisation de ses résultats sera évidemment strictement anonyme.

Les conclusions de cette étude seront disponibles en juillet 2008 et vous pourrez en être informé(e), si vous nous en faites la demande (cf. la dernière page du questionnaire).

Dans l'immédiat, nous comptons vivement sur votre contribution à une étude dont les résultats dépendront du nombre et de la qualité de vos réponses. Et si l'occasion s'en présentait, n'hésitez pas à proposer ce questionnaire à vos collègues de travail.

Nous vous en remercions à l'avance et vous prions de recevoir l'expression de nos salutations les meilleures.

Paul BOUFFARTIGUE
Responsable scientifique

Si vous souhaitez plus d'informations sur cette étude ou si vous aimeriez avoir des conseils ou une aide pour répondre à ce questionnaire, n'hésitez pas à nous joindre :

*Paul BOUFFARTIGUE : 04.42.37.85.17 / 06.22.80.09.79 / paul.bouffartigue@univmed.fr
Jean-René PENDARIES : 04.42.37.85.57 / 06.73.39.00.87 / jean-rene.pendaries@univmed.fr*

I – INFORMATIONS SOCIO-PROFESSIONNELLES

3. Sexe

- Homme
 Femme

4. Quelle est votre année de naissance ? (entrer les 2 derniers chiffres seulement) : |_|_|

5. Quelle est votre situation familiale ?

- vous vivez seul(e)
 vous vivez en couple

6. Combien avez-vous d'enfants ? : |_|

7. Combien avez-vous d'enfants à charge ? : |_|

8. Quel est votre diplôme le plus élevé ? (Ex. : IDE = Bac+2)

- Aucun diplôme
 BEPC seul
 CAP, BP, ou équivalent
 1° ou Terminale, sans diplôme
 Bac général ou Bac Pro
 Bac +2, BTS, DUT, DEUG
 Bac +3 et au-delà

9. A quel âge avez-vous eu votre 1° emploi (en dehors des petits boulots de vacances) ? |_|_|

10. Depuis que vous êtes entré(e) dans la vie active, avez-vous connu des périodes de chômage ?

- Oui → Si OUI
 Non 11. combien de temps en tout ?

12. Depuis que vous êtes entré(e) dans la vie active, avez-vous occupé des emplois précaires (CDD, Intérim, ...) ?

- Non
 Oui, CDD
 Oui, Intérim
 Oui, Autres } → Si OUI
13. combien de temps en tout ?

14. Statut d'emploi ACTUEL

- 1 Interim → Si INTERIM
15. combien de MISSIONS ces 12 derniers mois ?
.....
16. combien d'ENTREPRISES UTILISATRICES
DIFFERENTES ces 12 derniers mois ?
- 2 CDD → Si CDD
17. combien de CONTRATS ces 12 derniers mois ?
.....
18. combien d'EMPLOYEURS DIFFERENTS ces 12
derniers mois ?
- 3 CDI
- 5 Autre → Si AUTRE
19. précisez :

ATTENTION :
l' « Entreprise utilisatrice » n'est pas
l'Agence d'Interim : c'est l'entreprise
au sein de laquelle vous avez travaillé

EXEMPLE :
Si vous avez effectué 2 Missions dans
la même Entreprise utilisatrice vous
devez répondre : 2 Missions et 1
Entreprise.
Même chose pour les CDD

20. Quel est votre employeur ACTUEL ? (pour les intérimaires, indiquez l'ENTREPRISE UTILISATRICE)

.....

21. Quelle est votre ancienneté chez votre employeur actuel ?

- Moins d'1 an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 3 et 10 ans
- Plus de 10 ans

22. Quelle est votre profession actuelle ?

- 1 Manoeuvre ou Ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, ...)
- 2 Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ)
- 3 Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale
- 4 Agent de maîtrise dirigeant des techniciens ou d'autres agents de maîtrise
- 5 Technicien, dessinateur
- 6 Aide-soignante
- 7 Sage-femme
- 8 Infirmier(e)
- 9 Cadre infirmier
- 10 Autre

→ Si AUTRE
23. précisez :

24. Actuellement, sur quel(s) Site(s) travaillez-vous ?

-
-
-

25. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous travaillé dans des Sites différents ?

- Oui
- Non

→ Si OUI
26. combien ? [][]

27. Occupez-vous différents postes ou fonctions (polyvalence) ?

- Non
- Oui, je fais une rotation régulière entre ces postes
- Oui, je change de poste en cas d'urgence ou d'absence d'un collègue

28. Quel est votre poste de travail principal actuel ?

29. Quelle est votre ancienneté dans ce poste ?

- Moins d'1 an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 3 et 10 ans
- Plus de 10 ans

30. Avez-vous des craintes pour votre emploi actuel ?

- Non
- Oui, à court terme
- Oui, à moyen terme

} → Si OUI
31. pour quel(s) motif(s) :

32. Votre contrat de travail actuel comporte-t-il des clauses de mobilité géographique contraignantes ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

→ Si OUI
33. s'agit-il de clauses de mobilité
 1 départementale
 2 régionale
 3 nationale

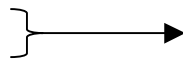
34. Si vous quittez ou si vous perdiez votre emploi actuel, retrouver un emploi au moins équivalent et à une distance acceptable de votre domicile serait -il pour vous :

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Quasi-impossible

II – HORAIRES, TEMPS ET RYTHMES DE TRAVAIL

35. Quel est votre temps de travail ?

- Temps plein
- Temps Partiel choisi par vous
- Temps Partiel imposé par l'employeur

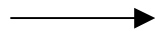


Si TEMPS PARTIEL
36. précisez la durée (en %) :

37. Quel nombre d'heures de travail avez-vous effectué la dernière semaine travaillée ? |_|_|

38. Etes-vous amené(e) à faire des heures supplémentaires ?

- Oui
- Non



Si OUI,
39. combien en moyenne par mois ? |_|_|

40. ces heures vous sont-elles imposées par votre employeur ?
 Jamais Parfois Toujours

41. Vos horaires de travail sont-ils :

- Les mêmes tous les jours
- Alternants (2x8, 3x8, 2x12, ...)
- Variables d'un jour ou d'une semaine à l'autre, déterminés par l'employeur
- Variables d'un jour ou d'une semaine à l'autre, déterminés par vous

	Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps
42. Travaillez-vous la nuit ?				
43. Travaillez-vous le Samedi ?				
44. Travaillez-vous le Dimanche ?				
45. Travaillez-vous les jours fériés ?				
46. Disposez-vous de 48h consécutives de repos au cours d'une semaine ?				

Connaissez-vous l'horaire de travail que vous aurez à effectuer ...	Oui	Non
47. demain ?		
48. la semaine prochaine ?		
49. le mois prochain ?		
50. dans les 3 mois à venir ?		

51. Devez-vous effectuer des astreintes dans le cadre de votre travail ?

- Oui
- Non

52. Le rythme de votre travail est-il soumis à une contrainte extérieure forte ? (ex. : cadence d'une machine, contrôle d'un supérieur, mesure de rendement, rythme de travail des collègues, demandes pressantes des clients, ...)

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps

53. En général, pouvez-vous interrompre votre travail comme vous le voulez pour vous détendre ? (ex. : boire un café, fumer une cigarette, donner un coup de fil, discuter avec des collègues, etc.)

- Oui
- Non

54. Combien de temps mettez-vous pour ALLER ET REVENIR de votre travail (y compris le temps d'attente des transports ou les trajets pour accompagner les enfants à l'école ou sur leur lieu de garde) ? (en minutes)

Entrer la valeur : |_|_|_|

55. Globalement, diriez-vous que vos horaires de travail sont :

- Très pratiques
- Assez pratiques
- Assez contraignants
- Très contraignants

III – DESCRIPTION ET APPRECIATION DU TRAVAIL

56. Pour effectuer votre travail, devez-vous vous coordonner avec d'autres personnes ?

- Très peu
- Souvent
- Constamment

57. Avez-vous des personnes sous vos ordres ou votre responsabilité ?

- Oui
- Non

58. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

59. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

60. Mon travail me demande d'être créatif

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

61. Mon travail me permet de prendre des décisions moi-même

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

62. Mon travail demande un haut niveau de compétence

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

63. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

64. Dans mon travail, j'ai des activités variées

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

65. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

66. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

67. Mon travail demande de travailler vite

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

68. Mon travail demande de travailler intensément

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

69. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

70. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord



Si vous manquez de temps

71. que faites vous ?

- Je m'en tiens à mes horaires
- Je dépasse mes horaires AVEC des heures supplémentaires payées ou récupérées
- Je dépasse mes horaires SANS heures supplémentaires payées ou récupérées

72. Je reçois des ordres contradictoires de la part de différentes personnes

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

73. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

74. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

75. Mon travail est très "bousculé"

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

76. Attendre le travail de mes collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

77. Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonné(e)s

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

78. Mon supérieur prête attention à ce que je dis

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

79. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

80. Mon supérieur arrive facilement à faire collaborer ses subordonnés

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

81. Les collègues avec lesquels je travaille sont des gens compétents

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

82. Les collègues avec lesquels je travaille me manifestent de l'intérêt

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

83. Les collègues avec lesquels je travaille sont amicaux

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord



84. Les collègues avec lesquels je travaille m'aident à mener les tâches à bien

- Pas d'accord du tout
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

85. Une erreur dans votre travail peut-elle, ou pourrait-elle, entraîner ...



- des conséquences graves pour la qualité du produit ou du service
- des coûts financiers pour l'entreprise
- des conséquences dangereuses pour votre sécurité ou celle d'autres personnes
- des sanctions à votre égard (rémunération, changement de poste, emploi, ...)

86. Dans l'ensemble, diriez-vous que votre travail est fatigant ?

- 1- Pas du tout fatigant
- 2-
- 3-
- 4- 
- 5- Moyennement fatigant
- 6-
- 7- 
- 8-
- 9-
- 10- Extrêmement fatigant

Cochez sur cette échelle du « moins fatigant » au « plus fatigant » la case qui correspond le mieux à votre opinion

87. Dans l'ensemble, diriez-vous que votre travail est stressant ?

- 1- Pas du tout stressant
- 2-
- 3-
- 4- 
- 5- Moyennement stressant
- 6-
- 7- 
- 8-
- 9-
- 10- Extrêmement stressant

Cochez sur cette échelle du « moins stressant » au « plus stressant » la case qui correspond le mieux à votre opinion

88. Quel est votre salaire mensuel net moyen (primes comprises) ? (en euros)

Entrer la valeur : |_|_|_|_|_|

89. Compte tenu du travail que vous fournissez, diriez-vous que vous êtes :

- Très bien payé(e)
- Plutôt bien payé(e)
- Normalement payé(e)
- Plutôt mal payé(e)
- Très mal payé(e)

90. Ces dernières années, diriez-vous que vos conditions de travail :

- se sont dégradées
- sont restées identiques
- se sont améliorées
- je n'ai pas assez d'ancienneté pour juger

Ne donnez qu'une seule réponse

91. Vous arrive-t-il d'éprouver dans votre travail

- la fierté du travail bien fait
- le sentiment d'être reconnu(e)
- le sentiment de faire des choses inutiles
- le sentiment de faire quelque chose d'utile aux autres
- le sentiment d'être exploité(e)
- l'ennui
- l'impression que ce que vous faites, n'importe qui pourrait le faire
- le sentiment d'être parfois amené(e) à faire des choses contraires à vos valeurs

Vous pouvez donner plusieurs réponses

92. Souhaitez-vous changer de poste ?

- Oui, rapidement
- Oui, plus tard
- Non

93. Quelle que soit votre réponse, pour quelle(s) raison(s) ?

- le contenu du travail
- les risques du travail
- l'organisation du travail
- le temps de travail
- l'ambiance du travail
- le salaire
- les perspectives de carrière
- votre âge
- votre santé
- la sécurité de l'emploi
- autre

Vous pouvez donner plusieurs réponses

Si AUTRE,

94. précisez :

95. Si vous aviez (eu) le choix, exerceriez-vous aujourd'hui cette profession ?

- Oui
- Non

Si NON

96. quelle profession aimeriez-vous exercer ?

97. Quels sont les aspects du travail EN GENERAL qui vous semblent les plus importants ?

- Sortir de chez soi
- Rencontrer des gens
- Avoir un revenu
- Avoir des horaires qui laissent du temps pour soi et sa famille
- Se sentir utile
- Avoir une grande liberté dans le travail
- Se réaliser dans le travail, y prendre plaisir

Vous n'avez droit qu'à 4 réponses, et vous devez les classer de 1 (« le plus important ») à 4 (« le moins important »)

98. Savez-vous à quel âge vous aurez acquis vos droits à une retraite à taux plein

- Oui
 Non

Si OUI
99. à quel âge ? [][]

100. Selon vous, à quel âge devrait-on pouvoir bénéficier de la retraite à taux plein dans votre métier ? [][]

101. Personnellement, envisagez-vous d'anticiper votre départ à la retraite ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas encore

102. D'une manière générale, que représente la retraite pour vous ?

- Un repos bien mérité
 Une période où on risque de s'ennuyer
 La possibilité de consacrer plus de temps à des activités qu'on apprécie
 L'occasion de commencer de nouvelles activités
 Une période où on risque de souffrir de la solitude
 Une période où on se sent inutile
 Ne plus avoir de patron ou de supérieur sur le dos
 Ne plus avoir d'horaires à respecter
 Ne plus entendre parler du boulot

*Vous n'avez droit qu'à **4 réponses***

IV – RISQUES DU TRAVAIL

103. Avez-vous bénéficié de formations concernant les risques qui peuvent être liés à votre travail (produits dangereux, usure physique, fatigue psychique, accidents, agressions ..) ?

- Oui
 Non

104. Estimez-vous avoir une bonne connaissance de ces risques ?

- Oui
 Non

105. L'exécution de votre travail, vous impose-t-elle ?

- de rester longtemps debout
 de rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante
 d'effectuer des déplacements à pieds longs et fréquents
 de porter ou déplacer des charges lourdes
 d'effectuer des mouvements douloureux ou fatigants
 d'examiner des objets ou détails très petits, fins
 de porter attention à des signaux visuels ou sonores brefs, imprévisibles ou difficiles à percevoir
 d'être soumis à de fortes vibrations mécaniques

Vous pouvez donner plusieurs réponses

106. Votre travail ou le lieu où vous le réalisez vous exposent-ils à

- une tension nerveuse importante
- un bruit excessif ou assourdissant
- du froid, de la chaleur ou des intempéries
- de la saleté, des risques d'infection
- des poussières nocives, des substances chimiques dangereuses ou des radiations
- des risques d'accidents graves

Vous pouvez donner plusieurs réponses

107. Dans l'exercice de votre travail, pouvez-vous faire courir des risques à d'autres personnes que vous ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Constamment

108. Votre travail prévoit-il le respect de règles, des modes opératoires contraignants en matière de santé ou de sécurité (procédures, équipements de sécurité, ...) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si OUI

109. les respectez-vous ?

- Systématiquement
- Le plus souvent
- Rarement ou jamais

**Si vous ne les respectez PAS SYSTEMATIQUEMENT
110. pour quelle(s) raison(s) ?**

- Ces règles ou équipements vous paraissent inutiles
- Ces règles ou équipements vous paraissent inadaptés
- Personne ne les respecte
- Il vous arrive de les oublier
- Vous ne disposez pas des informations ou équipements nécessaires
- Ces règles ou équipements vous empêchent de bien travailler
- Vous manquez de temps
- Certains de vos supérieurs vous incitent à ne pas en tenir compte

Vous pouvez donner plusieurs réponses

111. Y a-t-il dans votre travail des règles, des modes opératoires contraignants qui vous paraissent dangereux pour votre santé-sécurité ou celle de vos collègues ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si OUI

112. que faites-vous ?

- je les respecte malgré tout
- je n'en tiens pas compte
- cela dépend des cas

113. Y a-t-il dans votre travail des normes de productivité ou d'évaluation de votre activité qui vous paraissent dangereuses pour votre santé-sécurité ou celle de vos collègues ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si OUI

114. que faites-vous ?

- je les respecte malgré tout
- je n'en tiens pas compte
- cela dépend des cas

115. Etes-vous régulièrement en contact avec un public (clients, patients, ...) ?

- Oui
- Non

Si OUI

116. vous arrive-t-il de vivre des situations de fortes tensions avec ce public ?

- Oui
- Non

V – SANTE

117. Dans le passé, avez-vous eu une maladie, un accident, une malformation grave ?

- Oui →
 Non

Si OUI

118. ces affections représentent-elles une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

119. Avez-vous des problèmes d'allergie (asthme, rhinite, eczéma, ...) ?

- Oui →
 Non

Si OUI

120. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

121. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

122. Avez-vous des migraines ?

- Oui →
 Non

Si OUI

123. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

124. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

125. Avez-vous la sensation de vous fatiguer vite ?

- Oui →
 Non

Si OUI

126. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

127. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

128. Avez-vous des difficultés à récupérer ?

- Oui →
 Non

Si OUI

129. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

130. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

131. Avez-vous des troubles du sommeil ?

- Oui →
 Non

Si OUI

132. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

133. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

134. Avez-vous des troubles digestifs ?

- Oui →
 Non

Si OUI

135. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

136. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

137. Avez-vous des difficultés de vision ?

- Oui →
 Non

Si OUI

138. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

139. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

140. Avez-vous des difficultés d'audition ?

- Oui
- Non

Si OUI

141. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

142. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

143. Avez-vous des troubles de mémoire, de concentration ?

- Oui
- Non

Si OUI

144. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

145. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

146. Avez-vous des difficultés à effectuer certains mouvements, certains gestes ?

- Oui
- Non

Si OUI

147. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

148. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

149. Vous sentez-vous nerveux(se), irritable ?

- Régulièrement
- Parfois
- Jamais

Si OUI

150. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

151. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

152. Vous sentez-vous découragé(e), abattu(e) ?

- Régulièrement
- Parfois
- Jamais

Si OUI

153. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

154. estimez-vous que cela a été provoqué ou aggravé par votre travail ?
 Oui Non Ne se prononce pas

155. Consultez-vous fréquemment un médecin ?

- Oui
- Non

156. Prenez-vous des médicaments de façon régulière (hors contraception, ménopause) ?

- Oui
- Non

Si OUI

157. cela représente-t-il une gêne pour votre travail ?
 Oui Non

158. Dans l'ensemble, comment estimez-vous votre état de santé ?

- 1- Très mauvais
- 2
- 3
- 4
- 5- Moyen
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-
- 10- Très Bon

Cochez sur cette échelle la case qui correspond le mieux à votre opinion

159. Diriez-vous que vous faites attention à votre santé ?

- Non, je ne m'en suis jamais vraiment soucié
- Oui, depuis toujours
- Oui, depuis un certain temps

Si DEPUIS UN CERTAIN TEMPS

160. précisez (période, motif, ...) :

.....

161. Vous est-il arrivé de ne pas vous soigner ou de reporter des soins pour des raisons financières ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent

162. Depuis que vous êtes entré(e) dans la vie active, avez-vous connu des situations professionnelles ayant eu des effets néfastes sur votre santé ?

- 1 Non, jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, souvent

Si OUI

163.pour quels motifs, à quelles occasions ?

- 1 Fin de CDD ou de mission d'Intérim
- 2 Licenciement
- 3 Réduction d'effectifs, fermeture, délocalisation de votre Service ou Entreprise
- 4 Période de chômage
- 5 Blocage de carrière, absence de perspectives professionnelles
- 6 Insuffisance de revenus
- 7 Tâches ne correspondant pas à votre qualification ou vos souhaits professionnels
- 8 Travail physiquement ou mentalement fatigant
- 9 Travail stressant
- 10 Surcharge de travail
- 11 Horaires de travail
- 12 Eloignement domicile-travail
- 13 Ambiance, relations de travail
- 14 Relations avec un public ou des clients
- 15 Exposition à des produits ou environnements dangereux ou malsains
- 16 Accidents ou risques importants d'accidents
- 17 Autre

Si AUTRE

164. précisez :

165. Au cours de ces 2 DERNIERES ANNEES, avez-vous été malade ?

- Oui
- Non

Si OUI

166. quelle(s) maladie(s) :.....

167. avez-vous pris un(des) Congé(s) maladie ? Oui Non

Si OUI

168. quelle durée totale de Congé maladie sur les 2 dernières années ?

169. Depuis que vous êtes entré(e) dans la vie active, considérez-vous avoir été victime d'une MALADIE liée à votre travail ?

- Oui
 Non

Si OUI
170. quelle(s) maladie(s) :

171. a-t-elle (ont-elles) été reconnue(s) comme maladie(s) professionnelle(s) ?
 Oui Non Dossier en cours

Si NON
172. avez-vous fait des démarches dans ce sens ?
 Oui Non

173. Depuis que vous êtes entré(e) dans la vie active, avez-vous eu un(des) ACCIDENT(S) lié(s) à votre travail ?

- Oui
 Non

Si OUI
174. quel(s) accident(s) :

175. avez-vous eu des arrêts de travail ? Oui Non

176. cet(ces) accident(s) a-t-il (ont-ils) été reconnu(s) comme accident(s) du travail ?
 Oui Non Dossier en cours

Si NON
177. avez-vous fait des démarches dans ce sens ?
 Oui Non

178. Certains de ces accidents ou maladies ont-ils laissé des séquelles sur votre santé ?

- Oui
 Non

Si OUI
179. lesquelles :

180. Certains de ces accidents ou maladies ont-ils eu un(des) impact(s) important(s) sur votre parcours professionnel ?

- Oui
 Non

Si OUI
181. quel(s) impact(s) ?
 perte d'emploi
 changement d'emploi
 changement de poste
 blocage de carrière
 autre

Si AUTRE
182. précisez :

.....
.....

183. Estimez-vous que votre travail actuel a une influence significative sur votre santé physique ?

- Non
 Oui, une influence plutôt positive
 Oui, une influence plutôt négative
 Ne se prononce pas

Vous n'avez droit qu'à 1 réponse

184. Estimez-vous que votre travail actuel a une influence significative sur votre santé psychique ?

- Non
 Oui, une influence plutôt positive
 Oui, une influence plutôt négative
 Ne se prononce pas

Vous n'avez droit qu'à 1 réponse

185. Lorsque vous vous sentez fatigué(e) ou stressé(e) par votre travail, que faites-vous de préférence ?

- Je prends des médicaments
- Je vais voir mon médecin
- Je vais voir le médecin du travail ou l'infirmière de mon entreprise
- J'en parle avec mes collègues
- J'en parle avec mon supérieur
- J'en parle à un militant syndical ou un élu du personnel
- Je me détends (lecture, musique, télévision, ...)
- Je dors davantage
- Je fais du sport
- Je consomme davantage de tabac ou d'alcool
- Je ne fais rien de spécial, j'attends que ça passe
- Autre →

*Vous n'avez droit qu'à **3 réponses** en tout*

Si AUTRE
186. précisez :

187. Quand vous avez un problème de santé, pouvez-vous adapter votre travail en accord avec vos collègues ?

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

188. Quand vous avez un problème de santé, votre supérieur accepte-t-il des absences de courte durée à condition de ne pas en abuser ?

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

189. Au cours de la dernière semaine, avez-vous parlé de votre travail avec vos proches ?

- Oui →
- Non

Si OUI
190. de quel(s) aspects de votre travail avez-vous parlé ?

- de problèmes de salaire
- de problèmes d'horaires de travail
- de l'avenir de votre emploi, de votre entreprise ou de votre service
- des rapports avec vos collègues
- des rapports avec vos supérieurs
- du contenu de votre travail (intérêt, difficultés, résultats)
- de problèmes de santé

Vous avez droit à plusieurs réponses

191. Depuis que vous êtes entré(e) dans la vie active, votre santé a-t-elle été un obstacle pour trouver un emploi, effectuer une mission ou changer de poste ?

- Oui →
- Non

Si OUI
192. précisez :

193. Vous est-il arrivé de refuser un emploi, une mission, un poste, une promotion, une responsabilité pour des raisons de santé ?

- Oui →
- Non

Si OUI
194. pour quels motifs ?

- Travail trop dangereux
- Travail physiquement ou psychologiquement trop éprouvant
- Horaires ou durée du travail trop fatigants
- Rythme, intensité du travail trop stressants
- Ambiance, relations de travail mauvaises
- Problèmes personnels de santé

Vous avez droit à plusieurs réponses

195. Existe-t-il un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) dans votre entreprise ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

196. Y a-t-il un(des) syndicat(s) dans votre entreprise ou sur votre lieu de travail

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

197. Considérez-vous que les syndicats s'occupent comme il faut des problèmes de santé au travail ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

198. Les militants syndicaux ou les représentants du personnel sont-ils pour vous des interlocuteurs importants pour les questions de santé ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

199. Au cours de votre vie active, avez-vous connu des actions collectives sur des problèmes de santé-sécurité (grèves, arrêts de travail, assemblées, délégations, pétitions, tracts, ..) ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

200. D'une manière générale, souhaiteriez-vous que les actions collectives sur les questions de santé et de risques au travail soient plus fréquentes ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

