



**HAL**  
open science

## Santé ou travail? Les expériences sociales de la précarisation du travail et de la santé

Valentine Helardot

► **To cite this version:**

Valentine Helardot. Santé ou travail? Les expériences sociales de la précarisation du travail et de la santé. Sociologie. Université Toulouse 2 Le Mirail, 2005. Français. NNT: . halshs-00471343

**HAL Id: halshs-00471343**

**<https://shs.hal.science/halshs-00471343>**

Submitted on 20 Oct 2017

**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.

**Valentine Hélaridot**

**SANTÉ OU TRAVAIL ?**

**LES EXPÉRIENCES SOCIALES DE LA SANTÉ  
ET DE LA PRÉCARISATION DU TRAVAIL**



**Thèse pour le doctorat de sociologie**

Sous la direction du professeur Marcel Drulhe

**Université de Toulouse II-Le Mirail**

CIRUS-Cers

Institut de sciences sociales Raymond Ledrut

— 2005 —

---

**Thèse soutenue le 2 décembre 2005  
à l'université de Toulouse II-Le Mirail**

**Jury de soutenance :**

- **Michel GROSSETTI (président)**  
Chargé de recherche CNRS, CIRUS-Cers (Toulouse II)
- **Danièle LINHART (pré-rapporteuse)**  
Directrice de recherche CNRS, GTM (Paris X)
- **Annie THÉBAUD-MONY (pré-rapporteuse)**  
Directrice de recherche INSERM, CRESP (Paris XIII)
- **Marcel DRULHE (directeur de thèse)**  
Professeur, CIRUS-Cers (Toulouse II)
- **Serge CLÉMENT**  
Ingénieur de recherche, CIRUS-Cieu (Toulouse II)
- **Thierry LANG**  
Professeur de Santé Publique, INSERM U558 (Toulouse III)



Doctorat de sociologie obtenu avec la mention Très Honorable  
et les félicitations du jury à l'unanimité

# Table des matières

de la version électronique

---

## INTRODUCTION

**SANTÉ ET PRÉCARISATION DU TRAVAIL : COMPRENDRE LES EXPÉRIENCES DES SALARIÉS .....1**

---

### **Genèse et histoire de la recherche, 2**

*Une enquête auprès de 50 médecins du travail, 6*

*Un questionnaire soumis à 200 salariés « précaires » et « non précaires », 6*

*30 entretiens avec des salariés, 7*

### **Interprétation et empiricité, 8**

**Les expériences sociales de la santé et de la précarisation du travail : une intelligibilité plurielle, 11**

## **- PREMIÈRE PARTIE -**

### **TRAVAIL, EMPLOI, SALARIAT :**

#### **INCERTITUDES ET INSÉCURITÉS ANCIENNES ET NOUVELLES**

---

**Introduction ..... 19**

### *Chapitre I*

**Les mutations conjuguées de l'emploi et du travail ..... 23**

#### **1. Des contrats « atypiques » à la précarisation structurelle de l'emploi, 24**

a) La croissance des emplois précaires, 26

b) Des temps et des horaires de travail de plus en plus flexibles, 38

c) Des tremplins vers l'emploi stable ?, 42

d) Vivre la précarité, 43

Précarité et pauvreté, 44

Précarité et pauvreté relationnelle vont-elles de pair ?, 47

Les temporalités du non-travail, 58

## **2. La double division du travail : fragmentation productive et dissolution des collectifs, 67**

- a) Externalisation productive et redéfinitions du rapport salarial : questions au droit du travail, 68
  - Sous-traitance et règles de l'emploi, 81
  - Sous-traitance et transfert des risques de l'emploi, 82
  - Les effets de la taille des entreprises, 83
  - Accords de branche, conventions collectives et accords d'entreprise, 84
  - Sous-traitance et conditions de travail, 84
- b) Salariés du « noyau dur » et salariés « extérieurs » : quelles formes du « travailler ensemble » ?, 86

## **3. « Citius, altius, fortius » : le travail sous le règne de l'intensité, 90**

- a) L'intensification à travers les enquêtes Conditions de travail, 90
  - Risques et pénibilités au travail de plus en plus déclarés, 92
  - Une charge mentale qui progresse et se diversifie, 93
  - D'avantage d'autonomie..., 95
  - ... mais persistance des contraintes, 97
  - Un principe transversal : la règle de l'urgence, 98
- b) De l'objectivation des risques du travail à son intensification réelle, 100
- c) « Post-taylorisme » ou « taylorisme assisté par ordinateur » ?, 107

## **4. Néomanagement et enrôlement des subjectivités, 113**

### **Les deux dimensions de l'intégration professionnelle, 127**

## *Chapitre II*

## **Effritement du modèle salarial et dynamiques de précarisation sociale ..... 137**

### **1. Les remises en question du modèle salarial, 138**

- a) Les nouveaux visages de la condition salariale, 138
- b) Une reconfiguration de la structure sociale ?, 144
  - Persistance des inégalités de classes et nouveaux clivages, 144
  - « Exclusion », « underclass » : des conceptualisations insuffisantes, 149
- c) Précarisation sociale et réindividualisation des protections, 155

### **2. Travail, emploi et « question sociale » : quelles perspectives ?, 159**

- a) Panser ou repenser le salariat, 159
- b) Dépasser l'hégémonie du travail ?, 163

**- DEUXIÈME PARTIE -**  
**DES SALARIÉS AUX MÉDECINS DU TRAVAIL :**  
**DEUX POINTS DE VUE SUR LES RELATIONS SANTÉ-TRAVAIL-PRÉCARISATION**

---

**Introduction ..... 175**

***Chapitre III***

**Santé, travail et précarisation : continuités et nouveaux enjeux..... 177**

**1. La construction historique de la santé au travail : entre réparation et prévention, 179**

**2. Enjeux sanitaires et sociaux autour des accidents du travail et des maladies professionnelles, 188**

**3. La santé au cœur des processus de précarisation du travail, 196**

a) Accidents du travail, organisation et rapports sociaux dans le travail, 196

b) Les enjeux de santé reformulés par la précarisation du travail, 207

Les pathologies de l'intensité, 211

Un renouvellement des sources d'insatisfaction et de souffrance au travail, 218

Précarisation de l'emploi et externalisation : une division sociale des risques et des atteintes, 235

Intermittence en emploi, conditions de vie et santé, 244

Emploi contre santé ?, 252

***Chapitre IV***

**Une enquête auprès de 200 salariés ..... 259**

Construction et passation du questionnaire, 259

« Précaires » et « non précaires », 261

Interroger les perceptions et les expériences, 262

**1. Caractéristiques de la population interrogée, 265**

Sexe et âge, 265

Emploi et qualification, 266

Statut de l'emploi, temps de travail et « précarité perçue », 271

Conditions de vie et relations sociales, 273

## **2. Les expériences du travail et de l'emploi, 276**

- a) Précarité et insécurité de l'emploi actuelles et dans le parcours, 277
  - Précarité professionnelle actuelle, 278
  - Précarité dans le parcours, 280
  - Le « sentiment de précarité », 285
- b) Les conditions de travail, 286
  - Conditions de travail détaillées et sexe, 292
  - Conditions de travail détaillées et âge, 293
  - Conditions de travail détaillées et type d'emploi, 295
  - Conditions de travail détaillées et statut de l'emploi, 297
- c) Satisfaction dans et par le travail, 298
  - La satisfaction dans le travail, 300
  - La satisfaction par le travail, 305
- d) Rapport projectif à l'emploi, 307
  - « Si vous étiez licencié... », 307
  - Retrouver un emploi, 308
- e) Une classification des expériences du travail et de l'emploi, 310
  - Satisfactions et sécurité dans l'intégration assurée, 313
  - L'expérience « laborieuse » du travail, 314
  - Une intégration incertaine peut en cacher une autre, 316
  - Les jeunes ouvriers de l'intégration « mixte », 319

## **3. Santé : tableau de l'état physique et moral des salariés, 323**

- a) La santé actuelle perçue, 324
- b) L'histoire de santé, 328
- c) Le rapport à la santé, 331
- d) Une dimension transversale : « souffrir de quelque chose », 337
- e) Une classification des expériences de la santé, 341
  - Une classe de très bonne santé, 343
  - La santé en difficultés, 344
  - Une classe où émerge la souffrance, 345
  - Le cumul des problèmes dans la classe de la mauvaise santé, 347

## **4. Expériences du travail et de la santé : quelles articulations ?, 347**

- a) Classes d'expériences de travail et classes d'expériences de santé : des recoupements partiels, 348
- b) Les composantes de l'expérience du travail et de l'emploi et les dimensions de la santé, 350
  - Type d'emploi et santé, 351

Précarité/Insécurité de l'emploi et santé, 353

*La mauvaise santé caractérise les salariés en CDI, 353 – Précarité dans le parcours professionnel et santé perçue, 358 – Le « sentiment de précarité » : un indicateur de santé ?, 363*

Conditions de travail et santé, 370

*En situation de travail : la santé subordonnée à l'activité professionnelle, 374*

Satisfactions liées au travail et santé, 378

*Satisfaction dans le travail et santé, 378 – Satisfaction par le travail et santé, 380*

c) Des liens désignés par les salariés, 384

Les accidents de travail, 385

*Accidents de travail et expériences du travail et de l'emploi, 386 – Accidents de travail et expériences de la santé, 388*

L'étiologie selon les salariés : les empreintes du travail sur la santé, 390

Les « effets négatifs » du travail sur la santé, 390

*Rapport au travail et perception d'effets négatifs sur la santé, 391 – Santé et perception d'effets négatifs sur la santé, 394*

Être exposé à des « choses dangereuses », 395

Attribuer sa dernière maladie à son activité professionnelle, 397

Des événements fragilisants sur le plan de la santé, 399

« Souffrir de quelque chose » : quels liens avec la vie professionnelle ?, 401

Souhaiter prendre du congé en cas de fatigue trop intense : un indicateur du rapport au travail ?, 404

Quand la santé restreint l'accès à l'emploi, 407

**Synthèse des principaux résultats, 410**

## *Chapitre V*

### **La médecine du travail : une expertise au croisement du médical**

**et du social ..... 423**

#### **1. Soigner le travail ?, 424**

a) La médecine du travail et ses dissensions : construction d'une profession, 424

b) Une pratique hybride, 435

#### **2. Les médecins du travail et les relations santé-travail-précarité, 439**

a) Les schèmes de précarité élaborés par les médecins du travail, 443

La précarité comme une production de la société, 444

La précarité comme production du monde du travail, 446



La précarité dans la rencontre entre situation sociale et conditions de travail, 449

b) Santé et précarisation : les référentiels des médecins du travail, 451

Le modèle étiologique de l'épidémiologie sociale : la précarité au travail facteur de mauvaise santé, 451

Le modèle de la sélection sociale par la santé : la mauvaise santé, facteur de précarité, 454

Le modèle d'une détérioration progressive de la santé faute de soins et de prévention, 458

L'enchaînement et le cumul de processus qui détériorent une santé déjà fragile : le modèle du « cercle vicieux », 460

c) La construction de « figures » par les médecins du travail, 462

Les facettes plurielles de l'inaptitude, 463

La pauvreté méritante face aux mutations de la condition salariale, 465

*La condition des femmes et particulièrement des femmes seules avec enfants, 465 – Les « jeunes » face à l'intégration incertaine et au déclassement, 467 – Les « harcelés », 469*

La précarisation comme processus généralisé : la peur des lendemains pour tous, 470

Penser le désengagement ou la moindre affiliation au travail, 471

**3. La production d'une double expertise confrontée aux réponses des salariés, 475**

a) « Précarité » : les jugements des médecins, les réponses des salariés, 476

Qui sont les salariés désignés comme « précaires » ?, 476

Les critères de précarité selon les médecins, 478

Médecins et salariés : regards croisés sur la précarité, 481

*Précarité et insécurité de l'emploi, 482 – Pénibilité du travail, 483 –*

*Précarité des conditions de vie, 485 – La mauvaise santé comme critère de précarité, 486 – Souffrance et mal-être, 486*

b) Santé : pronostics des médecins et perceptions des salariés, 489

L'« avenir de santé » selon les médecins du travail, 489

Perception d'effets négatifs du travail sur la santé et pronostic médical, 492

Santé perçue et pronostic médical, 495

- TROISIÈME PARTIE -  
PARCOURS PROFESSIONNELS ET HISTOIRES DE SANTÉ :  
LA CONSTRUCTION SOCIALE ET BIOGRAPHIQUE DES EXPÉRIENCES

---

**Introduction ..... 501**

*Chapitre VI*

**Les expériences sociales du travail façonnées par sa précarisation ..... 511**

**1. Les dynamiques d'intégration professionnelle à travers le rapport au travail et à l'emploi, 511**

a) Les types d'intégration professionnelle, 511

Sept cas d'intégration « assurée mais... », 512

Ouvrières et employés dans l'intégration laborieuse, 519

L'intégration incertaine entre précarité subie et choisie, 523

Les souffrances de l'intégration disqualifiante, 530

Quatre personnes « entre deux intégrations », 535

b) Des types aux dynamiques d'intégration professionnelle : la ligne des parcours, 541

**2. Les composantes du rapport au travail et leurs modalités, 556**

a) Le rapport au travail doublement défini par la satisfaction dans le travail et l'investissement identitaire, 563

Les quatre sources du plaisir au travail, 569

*Être en contact avec autrui, 570 – Servir, aider, être utile, 572 – Faire, créer, 574 – S'enrichir, apprendre, découvrir, 579*

Le travail entre activité et identité, 579

La « vocation » et ses variantes : pluralité des engagements identitaires dans le travail, 582

*La vocation, forme pure du travail-identité, 582 – L'attachement à un métier ou à un secteur d'activité, 586 – La réalisation de soi au-delà de la nature des activités, 587 – L'identité d'emploi dans le statut ou la carrière, 589*

Conceptions instrumentales du travail : le travail-activité, 601

*Le travail pour construire le hors-travail, 601 – Une lecture « rationnelle » des conditions de travail et d'emploi, 604 – « Je cherche dans tout », 606 – « Il fallait travailler », 609*

b) Six types de rapport au travail, 611

**3. La dialectique travail-emploi et les sens de la précarité, 621**

a) La précarité apprivoisée dans la cité par projets, 627

- b) La précarité sélective dans la recherche du « bon » travail, 628
  - « Trouver sa voie », 629
  - Construire son employabilité, 632
- c) La précarité défensive comme échappatoire à l'intégration laborieuse, 635
- d) L'emploi avant tout, 638

## **Chapitre VII**

### **Des événements corporels au souci de soi : la santé entre représentations et pratiques ..... 651**

#### **1. Dire le mal et lui donner un sens, 659**

- a) Qualifier son état : quatre façons de percevoir sa santé, 659
  - La pleine santé, 659
  - Des événements ou états morbides sur fond de bonne santé, 660
  - Des problèmes préoccupants qui altèrent la santé, 661
  - Des profils de mauvaise santé, 662
- b) Désigner les « problèmes », 665
- c) La cause et le sens : la question du « pourquoi », 670

#### **2. Entretenir et restaurer sa santé : ressources et supports, 678**

- a) La santé en pratiques, 678
  - La logique médico-sanitaire entre norme et écarts à la norme, 681
  - La recherche de l'agrément et de l'épanouissement dans la logique de bien-être, 686
  - Logique pragmatique : les pratiques corporelles au service de l'action, 699
  - La trace des origines dans la logique culturelle, 693
- b) Soigner, guérir, réparer... : actions pour « aller mieux », 696
  - Connaître et reconnaître des états psycho-corporels, 698
  - Faire avec « ce qu'on a » : les recours domestiques, 699
  - Les recours professionnels : prendre soins, 702
    - Du signe au symptôme, 702
    - Les relations avec les thérapeutes professionnels, 707
      - Le médecin de famille : « plus qu'un médecin », 707 – Des recours ciblés aux spécialistes, 709 – Du pluralisme des personnes au pluralisme des univers thérapeutiques, 711 – Des recours... de dernier recours, 712 – Des formes de résistance ou de mise à distance, 714*

## Chapitre VIII

### Les expériences sociales du travail et de la santé : quels entrelacements ? ... 725

#### 1. L'articulation santé-travail : quatre couples de dynamiques élémentaires, 726

#### 2. Les relations santé-travail dans l'expérience des salariés, 738

##### a) L'emploi, c'est la santé ?, 739

Lorsque l'intégration professionnelle favorise la santé et le bien-être, 739

*Forme faible : l'intégration professionnelle permet la santé, 739 - Forme*

*forte : l'intégration professionnelle thérapeutique, 742*

Les effets délétères de conditions d'emploi précarisées, 744

*La construction de la santé contrariée par les conditions et les modes de vie,*

*744 - Incertitude et angoisse pathogènes, 746 - Les préoccupations de santé*

*subordonnées aux enjeux de l'intégration professionnelle, 751*

##### b) La santé comme opérateur d'intégration professionnelle, 757

La santé au service de l'intégration professionnelle, 757

La santé facteur de sélection-exclusion dans la sphère professionnelle, 759

*L'inaptitude et ses suites, 759 - Choisir de ne pas s'exposer, 769 -*

*Incapacités perçues et limitation des perspectives professionnelles, 771 -*

*L'intégration professionnelle fragilisée par une santé précaire, 773*

##### c) La santé à l'épreuve du travail, 779

Reconnaissance, construction identitaire et plaisirs de faire : la centralité du travail pour la santé mentale, 780

Le travail pathogène : « prendre sur soi », 784

Usure et atteintes physiques : les violences faites au corps, 787

Atteintes à l'identité et à la dignité : les violences faites à la personne, 797

*« Ravaler son métier », 797 - Expériences de la domination et « harcèlement moral », 801 - « Sale boulot » et conflits de valeurs dans le travail, 807*

Les résonances psycho-corporelles du « stress » et de l'usure nerveuse, 810

##### d) La santé au cœur des activités de travail, 817

#### 3. « Tenir » au travail : des significations et des ressources diversifiées, 820

##### a) Pourquoi et pour quoi « tenir » au travail ?, 821

Les enjeux du rapport à l'emploi, 821

« Tenir » par éthique du travail, 823

« Tenir » ses engagements envers autrui, 824

« Tenir tête » et garder la face dans un rapport de domination, 827

##### b) Comment « tenir » ?, 829

Le travail sur soi, 829

- Le soutien moral dans la sphère privée, 830
- Les ressources du soutien social dans le travail, 831
- La médecine du travail, 832
- Les états chimiques, 833

#### **4. Des dynamiques élémentaires aux configurations biographiques de l'articulation santé-travail, 835**

- a) Le cercle vertueux : intégration professionnelle, travail et santé en synergie, 836
- b) La santé menacée par la situation professionnelle, 837
  - Le cercle vertueux brisé par la précarité de l'emploi, 838
  - Le cercle vertueux brisé par le travail pathogène, 838
- c) La situation professionnelle réorientée par la santé, 839
- d) La situation professionnelle suspendue à la santé, 839
- e) Le cercle vicieux, 840

#### **CONCLUSION**

**TRAVAIL, EMPLOI, SANTÉ, VIE HORS TRAVAIL : LA QUADRATURE DU CERCLE ..... 845**

---

**BIBLIOGRAPHIE ..... 861**

---

**ANNEXES ..... 889**

---

**Annexe 1** – Liste des sigles, 891

**Annexe 2** – Liste des 50 médecins du travail interrogés par téléphone, 892

**Annexe 3** – Guide d'entretien avec les médecins du travail, 894

**Annexe 4** – Questionnaire d'enquête, 895

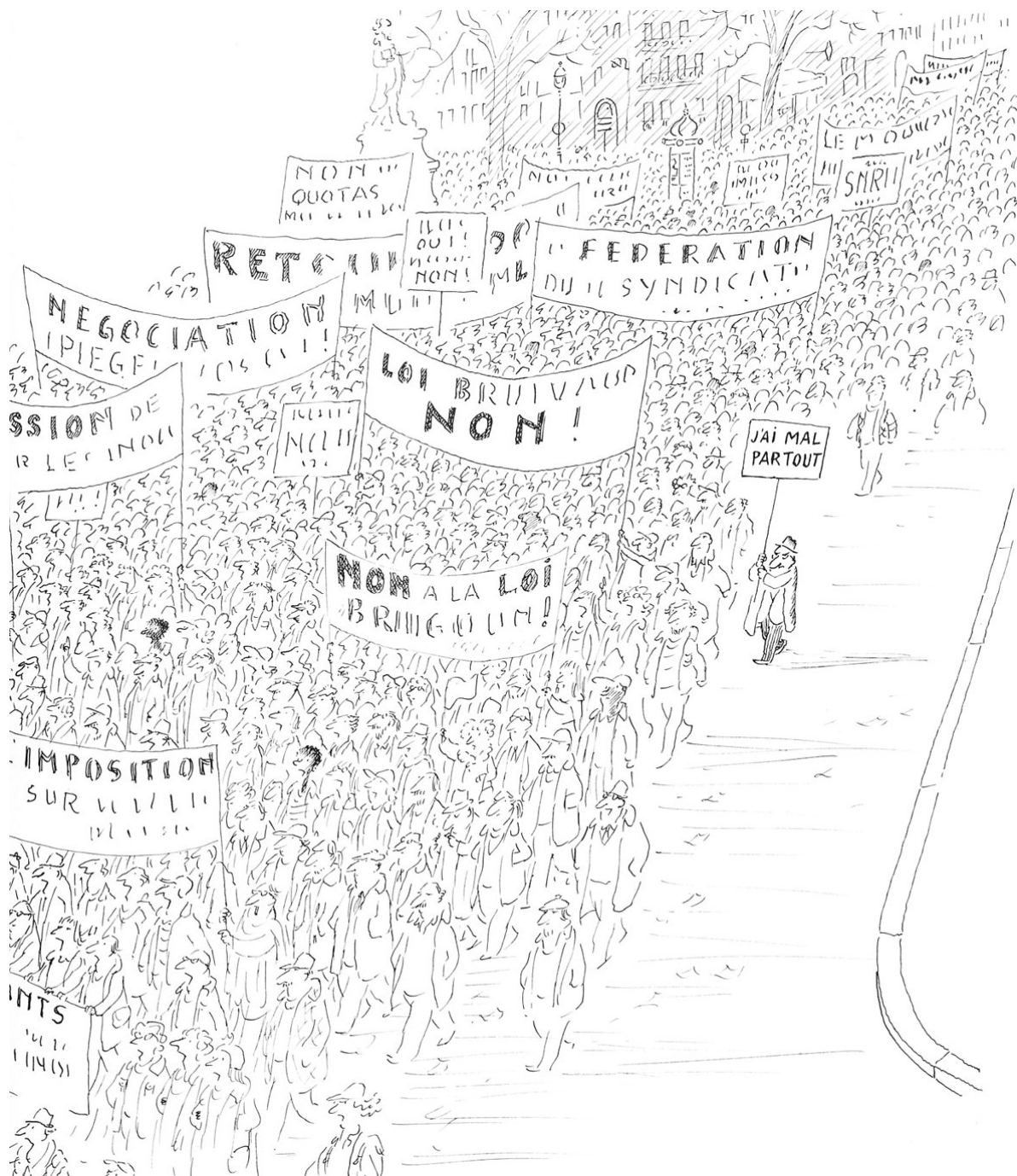
**Annexe 5** – Guide d'entretien avec les salariés, 901

**Annexe 6** – Présentation des 30 entretiens avec les salariés, 903

- Mme Alpe, 905
- Mme Anam, 907
- Mlle Arène, 909
- M. Arène, 911
- Mme Artur, 913
- Mme Beban, 915

- M. Blagnac, 917
- Mme Blondel, 919
- M. Bois, 921
- Mme Brax, 923
- Mme Chafi, 925
- Mme Damo, 927
- Mme Delache, 929
- Mme Enzo, 931
- Mme Faya, 933
- Mme Fonviel, 934
- Mme Jeco, 937
- Mme Jodu, 939
- Mme Jost, 941
- Mme Kléber, 943
- Mme Lavaur, 945
- Mlle Loci, 947
- Mme Mara, 950
- Mme Mermoz, 952
- Mme Pinson, 954
- Mlle Portet, 956
- Mlle Roque, 957
- M. Sernin, 960
- M. Terray, 962
- M. Thimas, 964





Dessin J.-J. Sempé © Éditions Denoël, 1999.





*Mes remerciements s'adressent en premier lieu à Marcel Drulhe, qui a accompagné ce travail depuis ses prémices avec une grande bienveillance, une attention constante... et beaucoup de patience ! Au-delà de ses qualités de directeur de thèse, je tiens à rendre hommage à son exigence et à sa rigueur dans le travail, à la finesse de ses analyses, et à sa curiosité intellectuelle toujours renouvelée. En cela, pour reprendre les termes de C. W. Mills, il représente pour moi un modèle d' « artisan intellectuel » préoccupé de « l'humaine diversité ».*

*En compagnie de Serge Clément, Monique Membrado et Jean Mantovani, dans le cadre de notre recherche collective et en d'autres occasions conviviales, j'ai pu profiter d'échanges fructueux et de remarques stimulantes qui ont largement nourri ma réflexion et enrichi ce travail. A tous les trois, un grand et amical merci.*

*Rien n'aurait pu remplacer l'aide inestimable que m'a apportée le docteur Pierre Jansou : sa gentillesse, sa disponibilité et son efficacité ont à plusieurs reprises considérablement facilité ma recherche. J'ai également apprécié son regard de médecin du travail humaniste. Pour tout cela, je le remercie chaleureusement.*

*Corrélations, classifications, khi<sup>2</sup>, dispersion... et tant d'autres entités statistiques n'ont pas de secrets pour Béatrice Milard et Michel Grossetti, qui m'ont aidée à en comprendre certaines subtilités. Pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour leurs explications limpides, un très « significatif » merci !*

*Il m'est impossible de citer ici tous les participants aux séminaires et aux journées des doctorants du CERS, aux rencontres du groupe « Santé » et aux mémorables « séminaires sauvages », ainsi que tous les « voisins de couloir » (ils/elles se reconnaîtront...) dont les commentaires et les critiques constructives ont contribué à l'élaboration de ce travail. Qu'ils en soient collectivement remerciés.*

*Sans oublier tous mes proches, famille, amis, ami... qui m'ont encouragée et soutenue tout au long de ce travail. Merci à vous.*



## Introduction

# Santé et précarisation du travail : comprendre les expériences des salariés

Le travail et la santé, en tant que composantes des existences individuelles comme en tant que champs sociétaux, sont l'un avec l'autre dans un rapport fondamentalement ambivalent. « Le travail, c'est la santé », dit-on, et de fait, dans la configuration historique de la société salariale<sup>1</sup>, l'intégration sociale que permet la participation au monde du travail est un support essentiel de construction de la santé. L'activité professionnelle détermine en effet en grande partie les conditions de vie ; elle participe également à la définition des identités et des statuts sociaux ; elle contribue enfin, au quotidien, à l'épanouissement personnel et à la satisfaction de l'existence. En même temps, travailler n'est pas une activité sans risque ni danger pour la santé : aujourd'hui encore chaque année, en France, près de 700 personnes trouvent la mort dans l'exercice de leur travail, et plus de 30 000 sont atteintes de maladies dont l'origine professionnelle est reconnue<sup>2</sup>. De plus, lorsque les contenus et les conditions de travail sont marqués par des pénibilités physiques ou mentales, ou lorsque le travail s'accomplit au sein de rapports sociaux violents et conflictuels, l'expérience du travail est porteuse d'insatisfactions et de souffrances qui vont à l'encontre de la santé et du bien-être des salariés. Travailler, c'est donc gagner sa vie et sa santé, mais c'est aussi, parfois, les perdre.

D'un autre côté, et simultanément, le rapport santé-travail est animé par une deuxième dynamique, correspondant à l'autre sens de lecture : si le travail, par de multiples médiations, construit la santé, la santé en regard détermine la capacité à

---

<sup>1</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.

<sup>2</sup> Source : CNAM-TS (cf. Annexe 1 : Liste des sigles).

travailler et oriente la vie professionnelle à travers des processus de sélection-exclusion dans le monde du travail.

L'ambivalence du rapport santé-travail tient donc à ces deux caractéristiques centrales : *réciprocité* de la relation, *double potentialité* positive ou négative du façonnement mutuel. Or, cette tension constitutive est depuis une trentaine d'années profondément infléchie et renouvelée par les dynamiques de précarisation et de flexibilisation des conditions d'emploi, et par les transformations à l'œuvre dans les organisations productives et les conditions de travail. Ces processus viennent reformuler et complexifier le rapport dialectique santé-travail, au niveau des expériences individuelles comme à l'échelle macro-sociale. L'idée directrice explorée et mise à l'épreuve dans cette thèse est que sous l'effet de ces dynamiques de précarisation, les enjeux de santé et les enjeux de travail et d'emploi sont de plus en plus difficiles à concilier pour les salariés (c'est ce qu'exprime schématiquement la formule du titre : « santé *ou* travail ? »).

Ces observations d'ordre général sur la nature et les enjeux du rapport santé-travail dessinent la toile de fond de la problématique explorée dans cette recherche, qui vise à *comprendre comment, dans le contexte des processus de précarisation du travail et de l'emploi, le rapport santé-travail est perçu et mis en forme par les individus au fil de leur expérience*. Cette formulation sera explicitée un peu plus loin. Mais auparavant, il me semble utile de retracer la genèse et l'historique de la recherche, non pas seulement à titre de contextualisation « documentaire » des analyses proposées, mais bien parce que cette histoire est constitutive de la construction même de l'objet d'étude et des choix méthodologiques effectués. Ainsi, la meilleure façon de faire comprendre comment et pourquoi ce travail est devenu ce qu'il est me semble être d'en exposer les moments successifs.

### *Genèse et histoire de la recherche*

Le projet de recherche dont cette thèse est l'aboutissement est né de deux constatations-interrogations, associées chacune à un moment de mon parcours de recherche.

En premier lieu, une étude ethnographique, effectuée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise<sup>1</sup>, a fait naître une interrogation fondamentale sur le *corps* comme ressource et lieu d'investissement pratique et symbolique. Le terrain d'enquête était un lieu d'accueil de jour pour personnes sans domicile, proposant une écoute, un moment de convivialité, et un ensemble de services (suivi social, aide au C.V., douches, bagagerie, etc.). L'analyse du matériau ethnographique issu de 8 mois d'observation participante m'avait amenée, entre autres choses, à remarquer que certaines personnes qui fréquentaient ce lieu faisaient preuve d'une très grande attention à l'égard de leur corps, de leur santé, de leur apparence physique, et étaient très demandeuses de soins corporels et médicaux. Ce constat allait à l'encontre de certains propos (témoignages, enquêtes journalistiques, littérature « grise » sur la « grande précarité »...) affirmant que dans ces situations de dénuement extrême, lorsque les ressources matérielles sont si drastiquement réduites, le souci du corps et de la santé passe après les exigences plus aiguës de la survie immédiate, et que cet « oubli du corps » aboutit fatalement à la « clochardisation ». S'il ne fait pas de doute que ce processus se vérifie parfois<sup>2</sup>, ce que j'ai observé était l'exact inverse : chez certaines personnes, loin d'être relégué au dernier rang des priorités, le corps (son état, son apparence, ses sensations...) semblait au contraire être devenu un lieu majeur de (re)construction de soi dans une identité positive. Tout se passait comme si le corps était l'ultime possession, la seule que l'on ne peut pas perdre, et à laquelle on se « raccroche » en la surinvestissant d'attention et de soins.

De cette enquête est donc née l'envie de mieux comprendre ces comportements, et de savoir ce que devient le souci de soi quand le corps est « tout ce qu'il reste », c'est-à-dire dans les situations de pauvreté, de précarité et de désaffiliation sociale.

Un deuxième point fondateur de ce travail a été la lecture des travaux d'Annie Thébaud-Mony, en particulier d'un article qui raconte comment certains salariés temporaires travaillant dans l'industrie nucléaire s'exposent délibérément et clandestinement à des doses de rayonnements supérieures aux normes de sécurité,

---

<sup>1</sup> HÉLARDOT V., *La rue entre parenthèses. Étude ethnographique d'un lieu d'accueil de jour pour personnes sans domicile fixe*, Mémoire de maîtrise de sociologie (sous la direction de M. Drulhe), Université de Toulouse II-Le Mirail, septembre 1996.

<sup>2</sup> DECLERCK P., *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001.

dans l'espoir de voir leur contrat renouvelé<sup>1</sup>. Avec ce qui relevait sans doute d'une forme de naïveté, j'ai été surprise et même choquée par la violence d'un tel comportement – violence envers soi-même, prise de risque physique, exposition volontaire à un danger avéré. Comment cela était-il possible ? Comment des gens pouvaient-ils en arriver à ce qui était à mes yeux une attitude extrêmement radicale ? Quels étaient les contextes sociaux permettant (nécessitant ?) de telles conduites ? Des lectures autour du thème « santé et précarisation du travail<sup>2</sup> », et notamment des témoignages de médecins du travail<sup>3</sup>, sont ensuite venus renforcer ma curiosité : ces médecins signalent en effet une mise en jeu de la santé de plus en plus forte avec les évolutions actuelles du travail et de l'emploi, et essaient d'alerter le public sur la gravité des faits dont ils sont témoins et acteurs.

Ces lectures ont fait naître la deuxième interrogation initiatrice de ce travail : comment certains salariés sont-ils amenés à faire le choix de privilégier leur emploi, au détriment de leur santé ? C'est en ces termes – bien sûr quelque peu simplistes – que s'est initialement posée la question centrale pour moi.

Le rapprochement de ces deux points de départ faisait ressortir une notion commune : la « précarité », celle des personnes vivant à la rue ou celle des salariés en contrats précaires. En commun également, l'idée d'une éventuelle hiérarchisation des enjeux existentiels, parmi lesquels les enjeux de santé pouvaient être investis d'une valeur variable. Ma sensibilité personnelle à l'égard de la sociologie « compréhensive » m'amenait à souhaiter appréhender ces réalités sous l'angle des ressorts subjectifs des comportements et des expériences, et donc à partir du sens que le travail, l'emploi, la santé prenaient pour les personnes concernées. Ma question de départ s'est donc cristallisée sous la forme suivante : « que fait-on de sa santé lorsqu'on est en situation de précarité ? ». De là sont parties en étoile une multitude de pistes de recherche et de réflexion, dont on retrouvera les aboutissements dans les pages qui suivent.

---

<sup>1</sup> THÉBAUD-MONY A., « Précarisation du travail, précarisation de la santé : quel coût social ? », *Prévenir*, n° 28, 1995, pp. 63-71. Très précisément, le « déclencheur » de mon travail de thèse a été la phrase suivante : « il revient ensuite au salarié de gérer son exposition, au besoin en laissant l'appareil d'enregistrement des doses loin derrière lui pendant une opération "coûteuse en dose", afin de ne pas voir son contrat remis en question » (p. 67).

<sup>2</sup> APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997 ; Dossier « Santé, précarisation et précarité du travail », *Archives des maladies professionnelles*, vol. 56, n° 3, 1995.

<sup>3</sup> HUEZ D. (coord.), *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris, Syros, 1994.

Un premier problème consistait à circonscrire le cadre empirique en donnant un contenu opérationnel à la notion de précarité : dans la nébuleuse de situations que ce terme recouvre, quelle(s) population(s) fallait-il approcher, quelle(s) délimitation(s) étaient pertinentes ? Très vite s'est dessiné le choix d'enquêter auprès de personnes en situation de précarité *professionnelle*, c'est-à-dire dont les liens avec le monde du travail étaient distendus, fluctuants ou problématiques – mais présents. L'enquête auprès de personnes en « grande précarité » m'avait en effet donné à voir qu'une grande partie de ces personnes étaient en emploi peu de temps auparavant (ou même l'étaient encore)<sup>1</sup>. Les ruptures, bifurcations, fragilisations... de leurs trajectoires sociales avaient donc lieu alors même qu'elles exerçaient une activité professionnelle.

Mais qu'est-ce que la « précarité » dans le registre professionnel ? Alors que je privilégiais au départ la dimension du rapport à l'emploi, mon exploration bibliographique m'a rapidement conduite à déplacer le regard vers le champ du travail dans son ensemble, car les dynamiques de flexibilisation et de précarisation sont constitutives des transformations contemporaines du monde du travail qu'elles redessinent en profondeur. C'est pourquoi d'un questionnement initialement focalisé sur la précarité de l'emploi, j'en suis venue à une problématique mobilisant de façon plus large les diverses composantes des expériences du travail, pour en analyser les résonances avec le registre de la santé<sup>2</sup>. Partie du couple « santé et précarité », la recherche s'est peu à peu pleinement inscrite dans le champ « santé et travail ».

Alors que j'étais dans la phase de préparation de mon travail de thèse, un élément est intervenu et en a orienté le déroulement, en particulier sur le plan des entrées empiriques. Il s'agit d'un contrat de recherche financé par l'INSERM, dans le cadre du programme « Santé et situation sociale ». Au sein de l'équipe de recherche, j'ai participé à l'élaboration du projet et à la réalisation de l'enquête<sup>3</sup>. A cette occasion,

---

<sup>1</sup> DE LA ROCHÈRE B., « Les sans-domicile ne sont pas coupés de l'emploi », *INSEE Première*, n° 925, 2003.

<sup>2</sup> HÉLARDOT V., *Expériences de la précarisation et rapports au corps : enjeux de santé*, Mémoire de DEA de sociologie (sous la direction de M. Drulhe), Université de Toulouse II-Le Mirail, septembre 1997.

<sup>3</sup> DRULHE M., CLÉMENT S., HÉLARDOT V., MANTOVANI J., MEMBRADO M., *Précarisation au travail et santé : l'expérience sociale des salariés et de leur famille confrontée au jugement des médecins du travail*, Rapport de recherche pour l'INSERM, avril 2002, 187 p. Il est toujours difficile, lorsqu'un travail a été non seulement effectué, mais pensé, organisé, analysé et rédigé collectivement, de retrouver a posteriori la part des contributions individuelles. Pour clarifier la répartition à un niveau général, je peux préciser que si le projet de recherche que nous avons soumis à l'INSERM était initialement une réélaboration de mon travail de DEA, la réflexion et la réalisation collectives l'ont par la suite largement nourri et transformé. Lors de ce travail collectif, j'ai réalisé la plus grande partie des traitements statistiques. Puis, dans le cadre de ma thèse, j'ai



certaines choix méthodologiques valant tant pour cette recherche collective que pour ma thèse ont été arrêtés.

### **Une enquête auprès de 50 médecins du travail**

Une première décision importante a été le choix d'observer des contextes de précarisation « ordinaire » (par opposition à la « grande précarité » ou au chômage), et pour cela d'accéder à une population de *salariés en emploi* par le biais des professionnels spécialisés que sont les médecins du travail. Ceux-ci ont été sollicités à double titre : comme intermédiaires nous permettant de recruter la population enquêtée, mais aussi en tant qu'acteurs de terrain particulièrement bien placés pour nous informer sur les processus de précarisation à l'œuvre dans les milieux de travail, et également pour rendre compte de ce qui peut se passer sur le plan de la santé. Un premier volet de l'enquête a donc consisté à mener une cinquantaine d'entretiens téléphoniques auprès de médecins du travail de la région Midi-Pyrénées, afin d'analyser leurs représentations et leurs expériences en matière de précarisation au travail et de liens avec la santé<sup>1</sup>.

### **Un questionnaire soumis à 200 salariés « précaires » et « non précaires »**

Les médecins ont ensuite été sollicités pour soumettre un questionnaire à des salariés qu'ils reçoivent en consultation (visite médicale d'embauche, visite annuelle ou consultation à la demande du salarié). La consigne était la suivante : soumettre le questionnaire à un salarié que le médecin estimait être en situation de précarité, puis au salarié vu immédiatement après, qu'il soit « précaire » ou non. La définition de la « précarité » était donc volontairement laissée aux libres jugements des médecins du travail (jugements que les entretiens téléphoniques avaient pour but d'explicitier). A la fin de chaque questionnaire, une question ouverte demandait aux médecins d'argumenter leur évaluation.

---

retravaillé (tant sur le fond que sur la forme) ces résultats, que j'ai prolongés et approfondis. Tout le volet qualitatif a été réalisé par la suite.

<sup>1</sup> Cf. Annexe 2 : Liste des médecins du travail ayant participé à l'enquête, et Annexe 3 : Guide d'entretien avec les médecins du travail.

L'échantillon de salariés interrogés par questionnaire se compose de 200 personnes, 59% d'entre elles relevant de situations précarisées aux yeux des médecins du travail.

Ce questionnaire interroge les salariés d'une part sur leur parcours professionnel, leurs conditions de travail actuelles et passées, leurs conditions de vie ; et d'autre part sur leur trajectoire de santé (événements de santé, événements de vie) et leur auto-évaluation de leur santé actuelle<sup>1</sup>.

L'objectif de ce questionnaire n'était pas de faire apparaître des « déterminants sociaux de l'état de santé » liés à l'activité professionnelle. Nous souhaitons en effet nous démarquer d'une approche épidémiologique objectiviste et causale, et privilégier une approche permettant plutôt de mettre en regard diverses composantes de l'expérience sociale de personnes en emploi. Comment les salariés perçoivent-ils les rapports entre leur expérience du travail et de la précarité, leur expérience de la santé, et leur expérience de la vie relationnelle (entourage familial et social) ? Quelles significations accordent-ils à ces divers aspects de leur existence sociale ? Telles sont les questions qui ont guidé l'enquête par questionnaire, qui visait moins à recueillir des informations quantifiables sur des faits et des pratiques qu'à saisir les rapports subjectifs à la santé et au travail, en particulier dans le contexte de sa précarisation.

### **30 entretiens avec des salariés**

Enfin, le troisième volet de la recherche (initialement prévu dans le cadre de l'enquête collective, mais que j'ai finalement réalisé ultérieurement) a consisté à effectuer des entretiens approfondis avec une trentaine de salariés<sup>2</sup>, recrutés également par le biais de médecins du travail. Ces entretiens avaient pour but de recueillir des récits biographiques permettant de mettre au jour les logiques subjectives et objectives de construction du rapport santé-travail-précarisation dans l'expérience des salariés ; de comprendre comment les enjeux de travail, d'emploi et de santé s'articulent au fil des parcours de vie ; et de décrire d'un point de vue

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe 4 : Questionnaire d'enquête.

<sup>2</sup> 6 hommes, 24 femmes, de 21 à 54 ans, ayant des statuts professionnels diversifiés, qui ont tous été désignés comme « précaires » par 9 des médecins du travail participant à la recherche. Cf. Annexe 5 : Guide d'entretien avec les salariés, et Annexe 6 : Présentation des 30 entretiens avec les salariés.

émique les différentes « mises en intrigue<sup>1</sup> » élaborées par les salariés pour rendre compte de leur « histoire croisée » de santé et de travail.

Après cette présentation des principales étapes et des questions directrices de la recherche, je propose de caractériser les principes indissociablement épistémologiques, théoriques et méthodologiques qui ont guidé ce travail, et d'en préciser la problématique d'ensemble.

### *Interprétation et empiricité*

*« Nous partirons de deux postulats, qui ne semblent plus à démontrer à force d'avoir été réaffirmés et réargumentés par les uns et les autres : a) les sciences sociales sont fondamentalement interprétatives (corrélât : le positivisme scientiste et le naturalisme ne sont pas tenables), b) les sciences sociales sont des sciences empiriques (corrélât : l'anarchisme méthodologique et le postmodernisme ne sont pas tenables) ».*

Jean-Pierre Olivier de Sardan<sup>2</sup>

Sans entrer dans de longs développements qui dépasseraient largement le cadre de cette introduction, il me semble nécessaire de spécifier brièvement les caractéristiques du positionnement épistémologique et théorique adopté ici.

Tout d'abord, concernant la question très générale du *rapport au réel*, qui travaille toute démarche scientifique en tant qu'elle vise à élaborer une connaissance de ce « réel », l'approche développée ici se situe dans une épistémologie constructiviste d'inspiration nominaliste. Cela signifie que la question de l'existence de la réalité en tant que telle, c'est-à-dire en dehors de son appréhension par des sujets (qu'ils soient des « scientifiques » ou des sujets « ordinaires ») n'a pas de pertinence : contrairement aux épistémologies positivistes ou réalistes, le constructivisme suppose que « la connaissance implique un sujet connaissant et n'a pas de sens ou de valeur en dehors de lui. Autrement dit, ce sujet n'est pas tenu de postuler (ou d'exclure) l'existence ou la non-existence d'un réel connaissable qui lui serait

---

<sup>1</sup> RICCEUR P., *Temps et récit*, 3 tomes, Paris, Seuil, 1983.

<sup>2</sup> In « La violence faite aux données. De quelques figures de la surinterprétation en anthropologie », *Enquête*, n° 3, 1996, p. 36.

étranger, et l'inconnu n'est pour lui qu'un connaissable en instance d'actualisation<sup>1</sup> ».

Dans le champ particulier des sciences humaines, cette posture a donné lieu à de multiples mises en œuvre : « la voie constructiviste n'est pas une autoroute bien tracée et rectiligne ; elle ressemble plutôt au treillis de sentiers de randonnée plus ou moins bien balisés qui couvrent nos paysages rupestres<sup>2</sup> ». Parmi ces chemins, celui que j'ai suivi emprunte à la sociologie phénoménologique d'A. Schütz, qui lui-même prolonge la sociologie compréhensive de M. Weber. J'en retiens les principes essentiels suivants :

1. le monde social est d'emblée un monde intersubjectif, « parce que nous y vivons comme hommes parmi d'autres hommes<sup>3</sup> » ;

2. il est un « univers significations », caractérisé par sa « texture signifiante<sup>4</sup> » : « les êtres humains qui y vivent, qui y pensent et qui y agissent » construisent des « objets de pensée qui déterminent leur comportement, définissent le but de leur action, les moyens utiles pour les mener à bien – en bref, qui les aident à s'y retrouver à l'intérieur de leur environnement, tant naturel que socioculturel et à s'en accommoder<sup>5</sup> » ;

3. « le but des sciences sociales est l'explication de la "réalité sociale" en tant qu'elle est appréhendée par une personne dont la vie quotidienne se déroule à l'intérieur du monde social lui-même<sup>6</sup> » ;

4. l'élaboration de la connaissance sociologique, qui consiste à « comprendre par interprétation l'activité sociale et par là [à] expliquer causalement son déroulement et ses effets<sup>7</sup> » ne diffère pas dans sa nature cognitive de la façon dont les sujets organisent et interprètent pour eux-mêmes la réalité sociale. Les objets de pensée construits par le sociologue « se fondent sur les objets de pensée construits par la pensée courante. (...) Les constructions utilisées par le chercheur en sciences

---

<sup>1</sup> LEMOIGNE J.-L., *Les épistémologies constructivistes*, Paris, PUF, 1995, p. 67.

<sup>2</sup> DRULHE M., « Comment mesurer la santé ? », *Esprit*, février 1997, p. 61.

<sup>3</sup> SCHÜTZ A., *Le chercheur et le quotidien*, trad. fr. : Paris, Méridiens Klincksieck, 1987, pp. 15-16.

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 10.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 42.

<sup>7</sup> WEBER M., *Économie et société, 1. Les catégories de la sociologie*, trad. fr. : Paris, Pocket, 1995, p. 28. Weber précise que cet objectif vaut pour la sociologie « telle que nous la concevons ici (qui se limite à la "sociologie compréhensive" que l'on ne peut ni ne doit imposer à personne » (*ibid.*, p. 40).

sociales sont, pour ainsi dire, des constructions au deuxième degré, notamment des constructions de constructions édifiées par les acteurs sur la scène sociale<sup>1</sup> ».

La compréhension sociologique<sup>2</sup> vise donc à élaborer une reconstruction interprétative de la réalité. Pour que les analyses ainsi produites puissent prétendre au statut de connaissances *scientifiques* (au sens où ce terme s'applique dans le champ des sciences humaines<sup>3</sup>), ce travail interprétatif doit être mené avec un souci constant de validité empirique, c'est-à-dire en s'assurant autant que possible que les interprétations proposées soient cohérentes avec les données analysées, et que celles-ci rendent compte au mieux des réalités que l'on cherche à décrire. Je me référerai ici aux propos de J.-P. Olivier de Sardan<sup>4</sup> qui me semblent énoncer l'essentiel de ce principe d'adéquation entre « référents empiriques » et « assertions interprétatives ». Celui-ci suppose le respect d'un double lien :

- le lien « entre le "réel de référence" et les données produites à son sujet ». Ce lien est à dominante méthodologique : il s'agit de « garantir que les données produites indiquent quelque chose du "réel" et ne sont pas sans le "représenter" d'une certaine façon ». L'attention doit donc porter ici sur le choix et l'utilisation des méthodes d'enquête, en gardant à l'esprit que : premièrement, quel que soit l'outil de recueil des données, « seul un *fragment* de la réalité peut constituer chaque fois l'objet de l'appréhension scientifique<sup>5</sup> » (chaque méthode possède son « champ de vision » et ses angles morts) ; deuxièmement, les « données » ne *sont* pas le réel, elles en sont une mise en forme fondée sur des choix de découpage, de définition, de mesure... qui ne sont pas exempts de biais dont il faut être conscient ;

- le lien « entre ces données et les énoncés interprétatifs proposés ». A dominante argumentative, ce lien suppose de la part du chercheur une « mise en scène ou une mise en récit de ces données (sous formes d'attestation, d'exemples, de tableaux, de schémas, de cartes, de cas, etc.)<sup>6</sup> ».

---

<sup>1</sup> SCHÜTZ A., *Le chercheur et le quotidien*, op. cit., p. 11.

<sup>2</sup> SCHNAPPER D., *La compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique*, Paris, PUF, 1999.

<sup>3</sup> PASSERON J.-C., *Le raisonnement sociologique. L'espace non poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan, 1991.

<sup>4</sup> OLIVIER DE SARDAN J.-P., « La violence faite aux données. De quelques figures de la surinterprétation en anthropologie », op. cit., pp. 36-41.

<sup>5</sup> WEBER M., *Essais sur la théorie de la science*, trad. fr. : Paris, Pocket, 1992, p. 149.

<sup>6</sup> Pour chaque analyse proposée, je fais apparaître autant que possible les données sur lesquelles je m'appuie, qu'il s'agisse de tableaux statistiques ou d'extraits d'entretiens, qui ne sont donc pas présentés à titre « illustratif » mais bien comme la matière première d'une analyse « enracinée » (« grounded ») sur les données empiriques (cf. : GLASER G. G., STRAUSS A. L., « La production de la théorie à partir des données », *Enquête*, n° 1, 1995, pp. 183-198).

Le travail de production de connaissances dans le domaine des sciences humaines doit donc se doter de « garde-fous contre la propension aux excès interprétatifs : le recoupement des sources, la recherche des contre-exemples, l'identification des propos, la compétence linguistique, et bien d'autres "tours de métier", aident à garder une souhaitable prudence empiriciste au sein même de la nécessaire prise de risque interprétative ».

Ces quelques principes d'ordre épistémologique, théorique et méthodologique, très brièvement énoncés ici<sup>1</sup>, sont au fondement de la démarche adoptée dans ce travail, et l'on pourra je l'espère s'en rendre compte tout au long du présent texte.

### ***Les expériences sociales de la santé et de la précarisation du travail : une intelligibilité plurielle***

Le cadre théorique qui vient d'être décrit s'opérationnalise en particulier dans le choix d'un concept essentiel : celui d'*expérience sociale*. Le terme « expérience » désigne *la succession des situations et des événements de l'existence en tant qu'ils sont perçus, interprétés, reconstruits et restitués<sup>2</sup> par des individus considérés avant tout comme des sujets*. C'est donc à une *sociologie de l'expérience* que se rattache de façon centrale ce travail, qui rejoint en cela l'invitation de F. Dubet à « suivre les postulats d'une sociologie "phénoménologique", étant donné qu'il n'est de conduite sociale qu'interprétée par les acteurs eux-mêmes<sup>3</sup> ». Cette définition du concept d'expérience appelle certaines précisions importantes, qui paraîtront peut-être relever du « sens commun sociologique », mais qui à mon sens méritent néanmoins d'être clairement formulées afin d'éviter tout malentendu.

Il faut en premier lieu souligner la portée nécessairement longitudinale de l'expérience ainsi définie : même lorsqu'elles sont appréhendées dans le présent et en référence à une situation momentanée, les expériences (de la santé, du travail, de l'emploi...) sont toujours à envisager dans une double mise en perspective

---

<sup>1</sup> En complément aux références déjà citées, cf. notamment : BENOIST J., KARSENTI B. (dir.), *Sociologie et phénoménologie*, Paris, PUF, 2001 ; BERGER P., LUCKMANN T., *La construction sociale de la réalité*, trad. fr. : Paris, Masson/Armand Colin, 1996 ; CORCUFF P., *Les nouvelles sociologies*, Paris, Nathan, 1995 ; PHARO P., *Le sens de l'action et la compréhension d'autrui*, Paris, L'Harmattan, 1993.

<sup>2</sup> En particulier sous la forme du récit dans le cadre de l'enquête par entretiens. La démarche adoptée pour la conduite et l'analyse des entretiens est présentée dans l'introduction de la troisième partie.

<sup>3</sup> DUBET F., *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil, 1994, p. 98.

rétrospective et prospective. La diachronie est une dimension constitutive de l'expérience et donc un point crucial de son analyse.

D'autre part, il est nécessaire de clarifier ce qui est entendu ici sous les catégories du « subjectif » et de la « subjectivité ». L'expérience, certes, est indissociable du sujet qui la vit, et l'objet d'une sociologie de l'expérience est donc la subjectivité des acteurs. Mais il faut immédiatement préciser que :

1. le « subjectif » ne se réduit pas au « ressenti », à l'émotionnel au sens du « vécu », des affects et des sentiments passivement éprouvés par les individus. Il englobe également toute la part cognitive et symbolique de l'activité humaine de *construction* de significations et d'articulation de ces interprétations entre elles. En ce sens, l'expérience est « une manière de construire le réel et surtout de le "vérifier", de *l'expérimenter*. (...) L'expérience sociale n'est pas une "éponge", une manière d'incorporer le monde à travers des émotions et des sensations, mais une façon de construire le monde<sup>1</sup> » ;

2. le « subjectif » n'est pas l'arbitraire ou l'irrationnel : les acteurs n'élaborent pas des significations et ne construisent pas leur rapport au monde « ex nihilo » mais bien à partir des événements, situations, circonstances concrètes, interactions avec autrui... dans lesquels ils sont engagés. Le « subjectif » consiste donc en une appropriation et une mise en forme de l'« objectif », c'est-à-dire de ce qui se présente comme tel aux yeux des individus ;

3. le « subjectif » n'est pas a-social : il est enraciné dans la vie concrète, donc sociale, des individus, et les catégories utilisées pour donner sens à ce « monde-vie<sup>2</sup> », se le représenter et en rendre compte, sont elles-mêmes socialement et historiquement construites (à commencer par le langage lui-même). C'est pourquoi il est pertinent de parler d'expériences *sociales* (même si d'un point de vue sociologique il s'agit presque d'un pléonasme) ;

4. ainsi défini, le « subjectif » intéresse la sociologie en ce qu'il oriente très concrètement les actions et les comportements. Lorsqu'on dit que l'expérience est « reconstruite » ou « mise en forme » par les sujets, la dimension symbolique n'est pas la seule en jeu : à partir du sens qu'ils donnent à leurs situations, les acteurs s'engagent dans des conduites concrètes, des choix pragmatiques, des actions

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 93.

<sup>2</sup> Husserl introduit ce concept de « monde vécu » ou « monde-vie » (« *Lebenswelt* ») dans *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, trad. fr. : Paris, Gallimard, 1976.

matérielles..., et reconfigurent ainsi leur « expérience<sup>1</sup> » dans sa dimension factuelle.

On comprend donc (et, je l'espère, on constatera) que la sociologie de l'expérience telle qu'elle est mise en œuvre dans ce travail n'a rien d'une approche qui resterait enfermée dans la seule attention à l'« intériorité » des sujets envisagés comme de « purs esprits ».

Le travail présenté ici se focalise sur deux registres particuliers des expériences sociales (sans pour autant les isoler des autres composantes de l'existence : histoire familiale, vie relationnelle, conditions de vie...) : les expériences du travail et de l'emploi et les expériences de la santé, et vise à rendre intelligibles leurs articulations en privilégiant le point de vue émiq. L'une des spécificités de la démarche est donc de s'intéresser à un objet hybride, situé à l'intersection entre plusieurs ordres de réalité et inscrit dans des champs distincts de la discipline sociologique : la sociologie de la santé, la sociologie du travail et la sociologie de l'emploi. Il s'agit donc de puiser dans chaque corpus disciplinaire les concepts et les résultats empiriques susceptibles d'éclairer l'interrelation santé-travail dans ses multiples dimensions. Il faut par ailleurs souligner la relative rareté des approches sociologiques qui tentent d'appréhender conjointement les registres du travail, de l'emploi et de la santé. La sociologie du travail n'aborde en effet que de façon très marginale la dimension de la santé ; les approches sociologiques de la précarité sociale et de la pauvreté considèrent la plupart du temps les faits de santé comme des « dommages collatéraux » parmi d'autres ; et en sociologie de la santé le travail n'est souvent qu'un élément de cadrage socioprofessionnel. De plus, lorsque la thématique des liens entre santé et travail est abordée, c'est le plus souvent sous l'angle des « effets du travail sur la santé », dans une optique inspirée des travaux d'épidémiologie sociale sur les « déterminants sociaux de la santé ». Même si ces approches apportent des résultats intéressants et importants, elles sont insuffisantes pour comprendre pleinement le rapport santé-travail, que je propose ici d'appréhender dans sa complexité grâce à un double déplacement du regard : d'une part, d'une approche causale unilatérale à une analyse prenant en compte la

---

<sup>1</sup> On reconnaît ici le fameux « théorème de Thomas » : « quand les hommes considèrent leurs situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences » (W. Thomas, cité in [DE QUEIROZ J.-M., ZIOTKOVSKI M., L'interactionnisme symbolique](#), Rennes, PUR, 1994, p. 58).



réciprocité de la relation (cf. le double sens du façonnement mutuel évoqué plus haut) ; d'autre part, d'une approche externe reposant sur des catégories préconstruites à une recherche des logiques et des interprétations émiques par lesquelles les salariés construisent leurs expériences du travail et de la santé. Plus largement, j'ai cherché à diversifier les modes d'intelligibilité du rapport santé-travail, de façon à l'étudier sous de multiples facettes<sup>1</sup> (sans bien entendu prétendre à l'exhaustivité). Cela consiste notamment à faire jouer une triple complémentarité :

- celle des échelles de contextualisation et d'analyse : les articulations santé-travail-précarisation sont ainsi analysées sous l'angle biographique des parcours, au niveau des situations et des interactions, à l'échelle macro-sociale des structures, et dans leurs modes de construction historique ;

- celle des entrées empiriques : l'objet est appréhendé au prisme de l'expérience des salariés, mais aussi du point de vue des médecins du travail, et par le recours à des sources documentaires d'horizons disciplinaires variés ;

- celle des méthodologies : données quantitatives et qualitatives sont mobilisées et s'éclairent mutuellement, leur mise en perspective permettant de faire évoluer les questions et d'affiner les analyses. J'ajoute, s'il en était besoin, qu'il n'existe aucune hiérarchie de principe quant au statut respectif et à la valeur argumentative des deux types de matériaux : les entretiens ne sont pas conçus comme une « illustration » des analyses statistiques, qui elles-mêmes ne sont pas un simple « cadrage » des données d'entretiens<sup>2</sup>.

J'ai fait le choix d'organiser la thèse en trois grandes parties, dont l'ordre correspond globalement au déroulement chronologique du travail, et surtout à la progression du cheminement analytique.

La première opération à effectuer me semblait être de caractériser précisément les « processus de précarisation du travail et de l'emploi<sup>3</sup> », afin de pouvoir ensuite comprendre de quelles façons ils modèlent l'expérience des salariés et pèsent sur la

---

<sup>1</sup> « Plutôt que de rester attaché à une échelle de contexte, à une méthode particulière et/ou à un mode d'écriture particulier, il est utile de faire soi-même varier, sur le même objet, les modes d'observation, de description et d'interprétation » (LAHIRE B., « La variation des contextes en sciences sociales. Remarques épistémologiques », *Annales Histoire et Sciences Sociales*, n° 2, 1996, p. 398).

<sup>2</sup> Un encart qui pourra servir d'aide-mémoire et/ou de marque-page présente les principales caractéristiques de la population interrogée par questionnaire et des personnes rencontrées en entretien.

<sup>3</sup> Ou, de façon plus concise, « les processus de précarisation du travail » - le « travail » étant alors entendu comme l'ensemble « activités de travail + conditions d'emploi ».

structuration du rapport santé-travail. Ces processus sont donc analysés dans le *premier chapitre*, qui décrit les transformations contemporaines à l'œuvre dans le monde du travail autour de quatre phénomènes majeurs étroitement liés entre eux : la précarisation structurelle de l'emploi (et ses conséquences sur les modes de vie des individus en situation de précarité professionnelle) ; les nouvelles divisions du travail allant dans le sens de sa fragmentation et d'un éclatement des collectifs ; l'intensification du travail ; et le renouveau des formes d'encadrement et de mobilisation des salariés (« néomanagement »). Le chapitre s'achève avec une présentation de l'approche développée par Serge Paugam<sup>1</sup> qui distingue quatre formes d'intégration professionnelle à partir du croisement des deux axes qui la construisent : celui du rapport à l'emploi et celui du rapport au travail.

Le *chapitre II* poursuit l'exploration de la notion mobilisée dans la question de départ (la « précarité »), en élargissant le regard de l'intégration professionnelle à l'intégration sociale. Il s'agit de montrer en quoi les processus décrits dans le premier chapitre sont constitutifs d'un effritement du modèle sociétal incarné par la « société salariale », et de proposer quelques pistes de réflexion sur l'actualité et l'avenir du lien entre salariat et « question sociale ».

Les deux chapitres de la première partie proposent donc un tour d'horizon conceptuel et empirique des notions de précarité et de précarisation, en examinant les réalités qu'elles recouvrent tant à l'intérieur du monde du travail que sous l'angle plus large de l'intégration sociale.

Une fois ces clarifications établies, le cœur de l'objet peut être abordé. La deuxième partie en propose une première approche organisée en trois temps. Le rapport santé-travail est d'abord caractérisé dans son histoire et ses formes contemporaines : en faisant appel à des sources théoriques et empiriques variées (sociologie, épidémiologie, psychodynamique du travail...), le *chapitre III* montre comment les processus de précarisation décrits dans le chapitre I transforment et renouvellent les enjeux de l'interrelation santé-travail, à travers un ensemble pluridimensionnel de processus qui aboutissent globalement à un durcissement de la tension constitutive du rapport santé-travail évoquée au début de cette introduction. Après cette prise de repères analytiques, deux *points de vue* sur les

---

<sup>1</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*, Paris, PUF, 2000.

relations santé-travail-précarisation sont examinés et mis en regard. Celui, tout d'abord, des salariés interrogés par questionnaire : le *chapitre IV* expose les résultats de l'enquête quantitative en mettant notamment en lumière la diversité des expériences du travail et de l'emploi comme celle des expériences de la santé, et en analysant comment ces deux registres s'associent et s'articulent dans les situations et les parcours des salariés. Le *chapitre V* décrit quant à lui le point de vue des médecins du travail, c'est-à-dire la façon dont, au cours de leur pratique professionnelle, ils perçoivent et interprètent les phénomènes de précarisation du travail et leurs résonances avec la dimension de la santé.

Armée de toutes les analyses précédentes, la troisième partie entre de plain-pied dans l'analyse des expériences sociales des salariés. Le *chapitre VI* est consacré aux rapports au travail et à l'emploi : il en fait ressortir les modalités et les logiques, et montre comment les deux axes se combinent dans des configurations diversifiées et changeantes au fil des parcours. Le *chapitre VII* décrit les expériences de la santé sous le double angle des représentations et des pratiques. Enfin, le *chapitre VIII* analyse les entrelacements biographiques des expériences de la santé et des expériences du travail et de l'emploi. Le rapport santé-travail est d'abord « décomposé » en dynamiques élémentaires puis, à partir de ce cadre d'analyse, je développe une approche combinatoire qui permet de décrire comment les enjeux simultanés de santé et d'intégration professionnelle sont perçus et négociés par les salariés, tant sur le plan des significations élaborées que dans les conduites concrètes et les arbitrages mis en œuvre. L'attention porte en particulier sur les configurations dans lesquelles enjeux de travail, d'emploi et de santé se révèlent au moins partiellement inconciliables (« santé ou travail ? »). Il s'agit alors de comprendre comment cette tension se présente aux salariés, et ce qu'ils en font, en fonction à la fois de logiques et de perspectives subjectives, et des différentes ressources et contraintes qui caractérisent leur situation.

**- PREMIÈRE PARTIE -**

**TRAVAIL, EMPLOI, SALARIAT :  
INCERTITUDES ET INSÉCURITÉS  
ANCIENNES ET NOUVELLES**



Les deux chapitres de cette première partie visent à montrer qu'un ensemble de phénomènes sociaux et économiques caractéristiques de la société française actuelle sont autant de facettes d'un même processus socio-historique : celui, pour le dire succinctement, du développement du capitalisme contemporain. C'est en effet dans une même dynamique que s'inscrivent le chômage de masse (celui des « jeunes », celui des plus âgés, celui « de longue durée »...) ; les emplois « précaires » parce que non stables dans le temps ou trop peu rémunérés (temps partiels) pour permettre de vivre correctement ; les « restructurations » opérées par les entreprises ; le durcissement des conditions, des rapports et des ambiances de travail ; l'« exclusion sociale » (extrême pauvreté, « SDF ») ; et plus généralement la perception d'une menace diffuse et omniprésente, une peur sociale de sombres lendemains.

Les discours communs, médiatiques notamment, ont fréquemment recours au terme « précarité » pour désigner ces différents faits sociaux, et les appréhendent bien souvent à travers des catégories préconstruites (notamment de type juridique ou administratif : « rmistes », « chômeurs de longue durée », « jeunes sans qualification », etc.), entérinant du même coup une vision à la fois statique et parcellaire de ce phénomène<sup>1</sup>.

Parallèlement, divers travaux scientifiques ont abordé la « précarité » sous des angles relativement autonomes : d'un côté, la thématique du travail et de l'accès au

---

<sup>1</sup> La notion de « précarité », comme le montre J.-C. Barbier, est d'abord issue du champ des politiques familiales. Elle s'est ensuite banalisée jusqu'à désigner la « précarité » de la société tout entière, tandis que certains auteurs (des économistes notamment) réservent l'usage de ce terme aux évolutions du marché de l'emploi. Cf. : BARBIER J.-C., *A survey of the use of the term « précarité » in French economics and sociology*, CEE, Document de travail n° 19, 2002, 37 p.

marché de l'emploi, de l'autre celle de l'intégration ou « exclusion » sociales, de la pauvreté, des conditions de vie (le logement et la ségrégation spatiale, la famille et ses modes de décomposition-recomposition, la sociabilité et les formes de fragilisation du lien social).

Je voudrais ici, à la suite d'autres auteurs<sup>1</sup>, proposer une approche plus unifiée, centrée sur la notion de *précarisation sociale*, en mettant en avant d'une part sa double inscription dans la sphère de l'emploi et du travail, et d'autre part ses manifestations dans le registre des conditions et des modes de vie, des sociabilités et des cultures.

Cette première partie a donc pour ambition de « faire le tour » d'un objet multiforme, dont j'essaierai de montrer à la fois la complexité et la cohérence. Mon objectif n'est pas d'analyser en détail et de façon exhaustive les formes et les logiques des évolutions sociétales récentes en matière d'emploi, de travail et de protection sociale (tâche qui dépasserait largement le cadre de ce travail), mais d'en retracer les principaux aspects et les enjeux majeurs, dans un double objectif : 1. clarifier et définir les différents ordres de réalités que recouvrent les notions de « précarité » ou de « précarisation » (dans et hors de la sphère du travail et de l'emploi) ; 2. (pro)poser les repères à la fois empiriques et analytiques nécessaires pour éclairer et contextualiser l'ensemble des données et des analyses qui seront l'objet des chapitres suivants, et qui montreront la centralité de la santé au sein de ces processus.

Dans un *premier chapitre*, je propose d'analyser ce que j'appellerai globalement la « précarisation du travail » à travers ses quatre principales composantes : la précarisation de l'emploi (§1), les nouvelles formes de mobilisation du travail et de relations inter-entreprises (§2), l'intensification du travail (§3), et le développement d'un néomanagement (§4). Je présenterai ensuite la typologie de l'intégration professionnelle élaborée par Serge Paugam, fondée sur la combinaison de deux axes distincts : celui du rapport à l'emploi et celui du rapport au travail. Puis, dans un *deuxième chapitre*, j'élargirai le propos, centré jusque-là sur les recompositions du travail et de l'emploi, et montrerai en quoi celles-ci s'inscrivent plus largement dans

---

<sup>1</sup> Notamment CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale, op. cit.* ; APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*

une remise en question du modèle salarial (§1) et, peut-être, de la centralité du travail (§2).





# Chapitre I

## Les mutations conjuguées de l'emploi et du travail

*« De nouveaux systèmes productifs ont émergé dans l'ensemble des pays industrialisés depuis le milieu des années 80. Ils mêlent les principes américain et nippon pour chercher à résoudre les deux crises du fordisme : la variabilité de la demande et la résistance des travailleurs ».*

P. Askénazy<sup>1</sup>

Que se passe-t-il depuis un quart de siècle dans le monde du travail ? De nombreuses analyses convergent autour de plusieurs constats que l'on peut rassembler autour de deux points principaux : tout d'abord, on observe une remise en question de la norme juridique et sociale du contrat à durée indéterminée et à temps plein ; ensuite, la nature même du travail (et donc l'expérience que chaque acteur social peut en faire) se trouve affectée par des mutations profondes dans les modes d'organisation et de division des activités productives. Ces deux ensembles de phénomènes (qui sont en étroite interdépendance) amènent à réfléchir sur la nature et les conséquences – tant à l'échelle des parcours individuels qu'à celle de l'évolution sociétale – des modes de fonctionnement qui caractérisent aujourd'hui le monde du travail.

Ce chapitre propose donc de rendre compte des principales transformations de l'emploi (§1) et du travail (§2, 3 et 4) au cours des dernières décennies. L'objectif n'est pas d'en faire une description exhaustive ni même approfondie mais, en une synthèse orientée, d'en souligner les traits les plus saillants et de contribuer à leur interprétation sociologique.

---

<sup>1</sup> ASKENAZY P., *La croissance moderne. Organisations innovantes du travail*, Paris, Economica, 2002, p. 2.

## 1. Des contrats « atypiques » à la précarisation structurelle de l'emploi

---

Le modèle salarial qui s'est progressivement développé en France à partir de 1945 est caractérisé par la norme de l'emploi stable (objectivé juridiquement dans le contrat à durée indéterminée) et à temps plein pour une immense majorité de la population active. Or, les dernières décennies ont vu se développer deux phénomènes majeurs : l'augmentation du chômage, et notamment du chômage de longue durée<sup>1</sup> ; et celle des emplois dits « particuliers », « atypiques » ou « précaires<sup>2</sup> ». Comment comprendre la nature, l'histoire et la portée de ces emplois « non typiques » auxquels renvoient aujourd'hui les usages communs quelque peu brouillés du terme « précarité » ?

Bernard Fourcade<sup>3</sup> distingue trois grandes phases dans l'évolution des « situations particulières d'emploi » depuis 1945, et rappelle que « les phénomènes de particularité de l'emploi et de précarité ne sont pas nouveaux, mais [qu'ils] se présentent sous des formes en continuuel renouvellement. En effet, la variabilité et la multiplicité des situations d'emploi est une donnée des sociétés industrielles, et leur transformation est au cœur des processus de changement qui caractérisent ce type de société ».

Retraçons quelques-uns des aspects majeurs de cette histoire qui montre effectivement la grande variabilité des formes et des sens de la « précarité » professionnelle.

---

<sup>1</sup> Traiter du chômage en tant que tel n'est pas mon objectif ici. Je rappellerai simplement que le taux de chômage en France atteignait en mars 2002 près de 9% de la population active (et un peu plus de 8% avec la nouvelle définition européenne du BIT, cf. : CHARDON O., GOUX D., « La nouvelle définition européenne du chômage BIT », *Économie et statistique*, n° 362, 2003, pp. 67-83).

<sup>2</sup> Les « formes particulières d'emplois », « nouvelles formes d'emploi » (expression recommandée par une circulaire ministérielle de 1993 pour remplacer pudiquement celle d'« emplois précaires ») ou « emplois atypiques » sont les désignations institutionnelles de ce que l'on appelle couramment des « petits boulots » ou « emplois précaires ».

<sup>3</sup> FOURCADE B., « L'évolution des situations d'emploi particulières de 1945 à 1990 », *Travail et emploi*, n° 52, 1992, pp. 4-19.

Au sortir de la guerre de 1939-1945<sup>1</sup>, l'emploi « normal » n'existe pas en tant que tel. Les différentes situations d'emploi se déclinent entre deux pôles de référence, celui du travail indépendant et celui du travail salarié. Le premier rassemble les agriculteurs, artisans et commerçants, auxquels on peut associer les aides familiaux, les apprentis et les ouvriers agricoles. Le second regroupe les ouvriers et les employés. Très minoritaires et très à part sont les fonctionnaires et les ouvriers d'État. Par ailleurs, l'emploi stable n'est encore qu'une forme marginale, la mobilité (volontaire) de la main-d'œuvre étant très élevée. Mais cet emploi stable va peu à peu devenir un modèle d'aspiration pour les actifs : sur fond d'urbanisation, de croissance économique et de plein emploi, la construction juridique, sociale et économique de l'emploi typique se fera progressivement de 1945 à 1975, avec le passage d'une logique contractuelle individuelle liant l'employeur et le salarié à une logique fondée collectivement sur l'appartenance à l'entreprise. La durabilité de la relation de travail s'institutionnalise dans de nouvelles règles qui transforment les conditions de rupture d'un contrat. Le contrat à durée indéterminée s'instaure peu à peu comme norme, jusqu'à devenir l'essence même de la condition salariale.

C'est seulement à la fin des années 1970 que l'on commence à parler de « formes atypiques », par opposition à cette forme typique qui existe désormais. Pour qualifier les formes marginales d'emploi qui subsistent encore, mais aussi pour prendre en compte les nouvelles situations engendrées d'une part par la nécessité de trouver des compromis entre stabilité et flexibilité de l'emploi, et d'autre part par les mesures gouvernementales d'insertion professionnelle des jeunes, on commence alors à parler d'emplois qui sont « atypiques » au regard des trois principaux critères : la durée indéterminée du contrat, l'unicité de l'employeur, le temps plein.

L'éloignement à cette norme, qui peut combiner diversement les trois critères, peut être analysée autour de trois axes : l'axe de la précarité, c'est-à-dire de la non-durabilité du contrat de travail (CDD et intérim), l'axe de la durée du travail (temps partiels et temps intermittents), et l'axe de l'externalisation du travail, lorsque

---

<sup>1</sup> L'histoire des situations d'emplois remonte bien évidemment beaucoup plus loin dans le temps, mais retracer une telle histoire dépasserait largement le cadre de ce travail. On se référera notamment à CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit.; PINARD R., *La révolution du travail. De l'artisan au manager*, Rennes, PUR, 2000 ; MARCHAND O., « Salarariat et non-salarariat dans une perspective historique », *Économie et statistique*, n° 319-320, 1998, pp. 3-11.

l'employeur est distinct de l'entreprise où s'effectue le travail (intérim, sous-traitance).

La définition même des emplois « particuliers » a donc évolué parallèlement à la nature des normes de référence. Il est important de noter que cette évolution, en même temps qu'elle a opposé peu à peu l'emploi « atypique » à l'emploi « normal », a vu se consolider le socle juridique et la protection sociale dans tous les types de contrat de travail.

Je reprendrai d'abord les deux premiers axes (durabilité du contrat et durée du travail) pour les caractériser au regard de leur histoire récente et de leur configuration actuelle.

### *a) La croissance des emplois précaires*

On dénombre usuellement quatre grandes formes d'emplois précaires, c'est-à-dire non durables : les contrats à durée déterminée (CDD), l'intérim, l'apprentissage, et les stages et contrats aidés dans le cadre des politiques publiques d'emploi<sup>1</sup>.

En 1982, cet ensemble d'emplois précaires concernait 736 000 salariés (en incluant les contrats précaires de la fonction publique). En 1990, ils sont 1 353 000, et en 1998, ce nombre approche de 2 millions, soit une multiplication par 2,7 (alors que dans le même temps, l'effectif des autres salariés est resté relativement stable). La plus forte progression concerne les stages et emplois aidés (5,4 fois plus nombreux en 1998), puis l'intérim et les CDD, dont le nombre a triplé entre 1982 et 1998<sup>2</sup>. Si l'on rapporte ces chiffres à l'ensemble de l'emploi salarié, les proportions sont considérables et autorisent à parler d'un déclin de la norme de l'emploi stable : les emplois précaires représentent en 1998 près de 10% de l'emploi salarié total (7% en 1990).

Pour mieux saisir leur nature et comprendre quelles réalités ils recouvrent, je présenterai plus en détail deux figures de ces emplois précaires : les CDD et l'intérim. Ces deux types de contrat représentent en 1998 respectivement 5% et 3%

---

<sup>1</sup> BELLOC B., LAGARENNE C., « Emplois temporaires et emplois aidés », in *Données sociales 1996*, Paris, INSEE, 1996, pp. 124-130.

<sup>2</sup> INSEE, Enquêtes Emploi.

de l'effectif des entreprises de plus de 20 salariés<sup>1</sup> (près du quart de ces entreprises employant sous contrat temporaire plus de 10% de leur effectif<sup>2</sup>).

Trois grandes tendances caractérisent l'histoire récente des CDD et de l'intérim<sup>3</sup>, dont la réglementation progressive est le produit de l'interaction entre législateurs et négociations collectives. D'abord, les garanties légales offertes aux salariés concernés par ces formes d'emploi ont été renforcées, notamment sur le plan des salaires et des conditions de travail. Ensuite, les possibilités légales de recours à ces types de contrats ont été globalement élargies (même si cela s'est fait de façon discontinue, avec des fluctuations du cadre législatif<sup>4</sup>). Enfin, les statuts du CDD et de l'intérim ont été progressivement rapprochés.

Les premières entreprises de travail temporaire sont nées aux États-Unis au début du XX<sup>e</sup> siècle, puis en Europe après la deuxième guerre mondiale (implantation de Manpower à Paris en 1956)<sup>5</sup>. Mais, au niveau juridique, le secteur du travail temporaire est longtemps resté très inorganisé et artisanal. Peu à peu, les syndicats de salariés et certaines organisations professionnelles ont mis en place une réglementation du travail temporaire, dont la première étape est la signature d'un accord d'entreprise entre Manpower et la CGT en 1969, sur lequel s'est largement appuyée la loi de 1972 sur le travail temporaire. Cette loi reconnaît le travail intérimaire comme forme de travail à part entière et définit la nature juridique de la relation triangulaire entre salarié, entreprise utilisatrice et société de travail temporaire. Par la suite, l'activité intérimaire a évolué en fonction des législations successives et des fluctuations de la conjoncture économique générale. Après un développement dans les années 1970, il connaît une régression au début des années 1980, avec le second choc pétrolier et surtout la loi Auroux de 1982, qui vise à limiter les abus et restreint les conditions de recours à l'emploi intérimaire et la

---

<sup>1</sup> Enquête REPONSE 1998, MES-DARES, cf. COUTROT T., « Les facteurs de recours aux contrats temporaires », *Premières synthèses*, n° 25.3, 2000.

<sup>2</sup> Il semblerait qu'il y ait incompatibilité, au-delà d'un certain seuil, entre l'emploi temporaire et la mise en œuvre de nouveaux systèmes socioproductifs centrés sur la mobilisation et la valorisation de compétences qualifiées. Ainsi le seuil maximum optimal de CDD se situerait aux alentours de 10%, avec bien sûr de grandes différences selon les types d'entreprises. Cf. FOURCADE B., « L'évolution des situations particulières d'emploi de 1945 à 1990 », *op. cit.*

<sup>3</sup> MICHON F., RAMAUX C., « CDD et intérim, bilan d'une décennie », *Travail et emploi*, n° 52, 1992, pp. 37-56.

<sup>4</sup> Cf. : RAY J.-E., « Flexibilité ou précarité normalisée du travail ? Le point de vue d'un juriste », in APPAY B., THEBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, *op. cit.*, pp. 222-227.

<sup>5</sup> JOURDAIN C., « L'intérim, une voie d'accès à l'emploi », in *Données sociales 1999*, Paris, INSEE, 1999, pp. 169-176.

durée des missions. La deuxième moitié de la décennie a au contraire été extrêmement favorable, grâce à l'expansion économique et à de nouvelles interventions des pouvoirs publics, cette fois pour faciliter le recours à l'emploi temporaire (lois de 1985 et 1986 qui élargissent les possibilités de recours). Mais à la suite de cet assouplissement, de nombreuses violations des règles sur les conditions de travail et le statut des salariés sont constatées, et pour y remédier la loi de 1990 revient à une liste limitative des motifs de recours, réduit à nouveau la durée maximale des missions, et met en place des moyens de contrôle. Ensuite, l'activité intérimaire a été particulièrement touchée par la récession du début des années 1990. Au milieu de la décennie, de nombreuses agences ferment leurs portes et l'on passe d'un millier d'entreprises en 1995 à une stabilisation autour de 850 depuis 1997.

L'histoire du CDD partage avec celle de l'emploi intérimaire sensiblement les mêmes grandes étapes législatives. Cependant, la loi fondatrice du CDD intervient plus tardivement, en 1979. Mais ce n'est qu'à partir de 1982, lorsque le CDI est institué comme le contrat de travail de droit commun, que le CDD confirme sa spécialisation comme contrat réservé à l'accomplissement de tâches précises et non durables. Cette caractéristique fait dire à F. Dauty et M.-L. Morin<sup>1</sup> que le CDD est plutôt du côté du travail que de l'emploi, si l'on entend par « travail » l'exécution concrète de tâches définies, et par « emploi » l'existence d'une relation durable avec un employeur<sup>2</sup>.

Le paradoxe du CDD aujourd'hui est d'être « atypique » par rapport à l'emploi normal, tout en constituant le modèle de référence de l'emploi temporaire, particulièrement depuis 1985 où les motifs de recours au CDD et à l'intérim ont été uniformisés, ce qui permet de dire que CDD et intérim sont largement substituables en droit sinon en fait<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> DAUTY F., MORIN M.-L., « Entre le travail et l'emploi : la polyvalence des contrats à durée déterminée », *Travail et emploi*, n° 52, 1992, pp. 20-36.

<sup>2</sup> On observe de ce point de vue une inversion de sens par rapport à ce qu'étaient les CDD à la fin du XIX<sup>e</sup> et au début de XX<sup>e</sup> siècle : ils ne concernaient que les fonctionnaires et les employés de commerce ou d'industrie, embauchés pour des durées déterminées mais longues (1 à 2 ans). Ainsi, F. Gaudu (cité par F. DAUTY et M.-L. MORIN) écrit dans « La notion juridique d'emploi en droit privé » (*Droit social*, 1987, p. 414) : « L'employé sait à l'avance qu'il obtiendra du travail pour l'année ou les deux années à venir. Sa situation - l'emploi - s'oppose en cela au travail de l'ouvrier qui peut être renvoyé sans indemnité et sans préavis ».

<sup>3</sup> Il serait difficile d'analyser ici en détail les avantages et les inconvénients respectifs des CDD et de l'intérim du point de vue des employeurs. En termes financiers, l'intérim coûte un peu plus cher, puisqu'il

De façon synthétique, l'emploi temporaire (particulièrement les CDD et l'intérim) peut être décliné en cinq grandes figures typiques en fonction des logiques de recours<sup>1</sup> :

- la logique *industrielle*, qui s'appuie sur un recours groupé à l'emploi temporaire, dans le cadre de procédures collectives, et souvent associé à des restructurations (plutôt dans les grandes entreprises, et typiquement dans le secteur de la construction automobile),
- la logique *commerciale*, centrée sur la recherche d'une flexibilité et d'un moindre coût de la main-d'œuvre (secteur type : les grandes surfaces alimentaires),
- la logique de *spécialité*, où l'entreprise recherche des qualifications et des savoir-faire précis (bâtiment, réparation automobile, conseil en informatique, petites unités industrielles),
- la logique *civique*, mise en œuvre par les politiques publiques d'emploi (collectivités locales),
- la logique d'arrangement personnalisé entre l'employeur et le salarié (ou logique *domestique*), par exemple pour la mise en place d'une préretraite ou pour l'embauche temporaire des enfants des salariés permanents.

Ainsi, CDD et intérim partagent une histoire en partie commune, et qui prend sens dans l'histoire plus large de l'avènement du CDI comme norme d'emploi. Leurs utilisations actuelles par les entreprises s'inscrivent dans des logiques proches. Mais ces deux types de contrat concernent des populations et des emplois dont les caractéristiques ne se recouvrent pas entièrement.

Si le taux de croissance de l'intérim dépasse depuis 1995 celui des CDD, ceux-ci représentent encore deux fois plus de salariés en 2002 (500 000 intérimaires pour 900 000 salariés en CDD<sup>1</sup>).

---

suppose le versement de frais de mission à l'entreprise de travail temporaire, mais il économise par ailleurs le coût associé à la sélection et au recrutement des salariés. Globalement, il semble que l'intérim soit plus rentable pour des durées très courtes (moins d'un mois). Pour une comparaison détaillée, voir MICHON F., RAMAUX C., « CDD et intérim, bilan d'une décennie », *op. cit.*

<sup>1</sup> MICHON F., RAMAUX C., « CDD et intérim, bilan d'une décennie », *op. cit.*, p. 53. Les cinq types présentés dans cet article sont inspirés d'une classification portant sur l'utilisation des dispositifs de la politique publique pour l'emploi (Callens S., *Essai sur les logiques économiques liées aux initiatives pour l'emploi*, CEE, Dossier de recherche n° 28, 1990).



Les salariés employés en CDD sont pour plus de la moitié des femmes (58% en 2002), et cette proportion est stable depuis 1990. On observe une tendance à l'élévation du niveau de qualification des salariés : 45% ont au moins le Bac (ils n'étaient que 25% en 1990), même si à l'opposé un quart d'entre eux n'ont aucun diplôme. Ils sont également moins jeunes qu'auparavant : 28% ont moins de 25 ans (cette proportion atteignait 41% en 1990). 60% travaillent dans le secteur tertiaire, et un tiers occupent des postes d'ouvriers et d'employés non qualifiés.

La durée moyenne des CDD s'est stabilisée autour de deux mois et demi. D'une façon générale, cette durée augmente avec la taille de l'entreprise.

Il existe un partage sectoriel traditionnel entre les CDD et l'intérim : les premiers se trouvent surtout dans le secteur tertiaire, les seconds dans l'industrie<sup>2</sup>. Le taux moyen de recours<sup>3</sup> à l'intérim dans l'industrie en 1999 est de 6,5% (pour 1,5% dans le tertiaire), et jusqu'à 9,3% dans la construction automobile. La construction est également fortement utilisatrice du travail intérimaire, avec un taux de recours de 7,8%. Ces constats expliquent que la population concernée par les contrats d'intérim est largement masculine (près de 70% en 2002), plus souvent non diplômée (30%), et occupe pour plus de 80% des postes d'ouvriers (en majorité non qualifiés). Les intérimaires sont également très jeunes : 45% ont moins de 25 ans, 8% ont plus de 45 ans.

La durée moyenne des missions d'intérim se situe autour de deux semaines (avec des missions notablement plus longues dans l'industrie que dans le tertiaire). Chaque intérimaire a effectué en moyenne 6 missions dans l'année (soit un total de 12 744 000 contrats de mission). Le temps de travail annuel moyen correspond à 3 mois d'équivalent temps plein, soit 3,3% de l'emploi salarié.

Sans doute plus que les CDD, le sens du travail intérimaire pour les salariés peut être compris autour de deux pôles bien distincts : « d'un côté les "professionnels" de l'intérim, bien adaptés voire tirant parti des avantages de la situation (en termes d'indépendance ou d'avantage salarial), fraction minoritaire mais d'effectifs non

---

<sup>1</sup> CANCÉ R., FRÉCHOU H., « Les contrats courts : source d'instabilités mais aussi tremplin vers l'emploi permanent », *Premières synthèses*, n° 14.1, 2003.

<sup>2</sup> Les évolutions des dernières années sembleraient indiquer que ce partage se nuance, avec une pénétration de l'intérim dans des secteurs plutôt réservés aux CDD, comme l'activité industrielle saisonnière féminine et certains domaines du tertiaire (transports, services aux entreprises).

<sup>3</sup> Proportion de l'intérim en équivalent temps plein annuel.

négligeables (...); de l'autre les intérimaires contraints, la majorité, utilisant les opportunités qu'offre l'intérim pour s'insérer dans un emploi stable<sup>1</sup> ».

Deux études qualitatives menées par la DARES<sup>2</sup> permettent de mieux comprendre les sens et les enjeux des emplois précaires (CDD et intérim) pour les salariés qui les occupent. En recoupant les résultats de ces enquêtes et ceux de l'enquête Emploi, plusieurs sous-groupes peuvent être identifiés<sup>3</sup>.

Tout d'abord, parmi les *salariés qui ne recherchent pas un autre emploi* (environ 44% de l'ensemble), on peut repérer un groupe de salariés qui présentent une ancienneté relative dans l'entreprise (au moins un an), ou qui y travaillent pour encore au moins 3 mois. Ils occupent des emplois d'ouvriers et d'employés, et vivent leur situation vis-à-vis de l'emploi comme un pis-aller ou même une déchéance, se percevant comme peu « employables ». Un autre groupe est constitué de salariés de plus de 50 ans, peu diplômés, qui enchaînent les contrats courts et peu qualifiés. Passés plus souvent par le chômage, ils semblent résignés à ne pas trouver d'emploi stable, et c'est ce découragement qui explique qu'ils ne cherchent pas d'autre emploi. L'emploi précaire est pour ces personnes une façon de rester dans le travail, ce qui est préférable au chômage, même indemnisé. Enfin, un dernier groupe parmi ceux qui ne cherchent pas d'autre emploi rassemble des salariés diplômés (niveau supérieur au Bac), occupant des emplois qualifiés. Les contrats courts sont ici le résultat d'un choix de vie et de travail, dans la mesure où ils permettent une gestion plus souple des temps de travail et de loisir, et une diversification des expériences professionnelles.

Deux autres groupes rassemblent des *salariés qui sont à la recherche d'un autre emploi*. Les uns (14%) sont en fin de contrat ; les autres (7%) en revanche ne sont pas dans l'urgence (ils sont en début de contrat), mais leur recherche peut être comprise comme une insatisfaction dans leur emploi actuel, dont on peut supposer qu'il s'agit d'un contrat court de « dépannage » entre deux CDI.

---

<sup>1</sup> LEFÈVRE G., MICHON F., VIPREY M., *Les stratégies des entreprises de travail temporaire. Leurs ambitions de gestionnaire de la ressource humaine*, Rapport de recherche pour la DARES, 2002, p. 20. Cette dualisation de l'intérim est relativement ancienne et a été décrite par PIALOUX M., « Jeunesse sans avenir et travail intérimaire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 26-27, 1976, pp. 19-47.

<sup>2</sup> CANCE R., « Travailler en contrat à durée déterminée, entre précarité contrainte, espoir d'embauche et parcours volontaire » ; JOURDAIN C., « Intérimaires, les mondes de l'intérim », articles parus dans *Travail et emploi*, n° 89, 2002.

<sup>3</sup> CANCE R., FRÉCHOU H., « Les contrats courts : source d'instabilités mais aussi tremplin vers l'emploi permanent », *op. cit.*

Enfin, deux groupes (6% et 8%) mêlent des salariés qui cherchent un emploi alternatif et d'autres qui n'en cherchent pas. Il s'agit d'une part d'étudiants occupant des petits emplois pour financer leurs études, et d'autre part de salariés en début de carrière, en phase d'insertion dans le monde du travail, pour qui les contrats courts sont autant d'occasions d'acquérir de l'expérience et d'affiner un projet professionnel. Cette typologie montre donc notamment – et c'est là un point important – que les expériences de l'emploi précaire s'inscrivent dans des logiques très diversifiées mettant en jeu de multiples paramètres objectifs et subjectifs.

Puisque les « formes particulières d'emploi » en sont venues à constituer une part structurelle du marché de l'emploi, on peut se demander pourquoi et, en étant un instant fonctionnaliste, poser la question de leur utilité : à qui et à quoi servent-elles ?

Bien que les discours patronaux et ceux de la pensée économique dominante mettent en avant la « loi du marché » comme justification du recours inévitable aux emplois précaires, la progression de ceux-ci n'est expliquée qu'en partie par les fluctuations de la conjoncture économique<sup>1</sup>. S'il est vrai que l'emploi temporaire joue un rôle d'amortisseur pour les entreprises (on pourrait parler ici de « fonction manifeste »), leur permettant de réduire leurs effectifs en périodes de ralentissement de l'activité, et inversement, de les augmenter pour faire face à une reprise d'activité, on constate que l'évolution du nombre de CDD et de contrats d'intérim ne recouvre pas complètement la courbe de la croissance et de la récession macro-économiques. C'est que l'emploi précaire présente pour les entreprises d'autres avantages que la seule flexibilité, c'est-à-dire la possibilité de s'ajuster immédiatement aux mouvements du marché. Ces avantages (ou « fonctions latentes ») sont d'ordre financier (pas de coûts de licenciement, moins de coût de gestion du personnel, pas de prise en compte salariale de l'ancienneté, et dans un contexte de chômage massif, possibilité d'exercer une pression à la baisse sur les salaires), et d'ordre stratégique (externaliser des activités considérées

---

<sup>1</sup> Plus que la conjoncture économique en tant que telle, c'est – dans les grandes entreprises – un principe « préventif » de rentabilité qui joue un rôle dans le recours aux emplois temporaires. T. Coutrot montre ainsi que « le taux d'intérim est nettement accru du fait de l'appartenance à un groupe et de la cotation en Bourse. Tout se passe comme si la pression exercée par les maisons-mères et par les actionnaires incitait les gestionnaires à privilégier l'embauche temporaire pour pouvoir rapidement ajuster les effectifs à toute fluctuation de la demande, et préserver ainsi la rentabilité des investissements », COUTROT T., « Les facteurs de recours aux contrats temporaires », *op. cit.*

comme annexes<sup>1</sup>), mais servent également à la sélection et au contrôle des salariés. Les emplois temporaires permettent en effet aux employeurs de « tester » les salariés lors d'un premier contrat, qui a valeur de période d'essai, avant un éventuel renouvellement ou une embauche en CDI. Mais plus encore, le recours à l'emploi précaire fournit aux employeurs une main-d'œuvre qui redouble d'efforts dans l'espoir d'être réembauchée temporairement ou définitivement, assurant ainsi une productivité soutenue. Enfin, l'emploi temporaire permet aux employeurs d'exercer un véritable contrôle social sur les salariés, dans la mesure où la crainte du chômage les amène à se plier sans contestation aux conditions de travail qui leur sont faites, dans la mesure également où l'emploi précaire produit un turn-over élevé qui affaiblit ou empêche la constitution des salariés en collectifs, et rend donc très difficile l'émergence de toute revendication collective. Ainsi, l'emploi précaire est un moyen non négligeable de garantir la docilité des salariés<sup>2</sup>. Serge Paugam le formule ainsi : « de façon presque cynique, on pourrait conclure que le recours au travail temporaire est une arme pour assurer la paix sociale des entreprises<sup>3</sup> ».

Dans ces conditions, il est essentiel de bien voir que la précarisation des emplois n'est pas une simple *conséquence* de la recherche de rentabilité maximum pour les actionnaires des entreprises, mais qu'elle est la *condition de possibilité*, la source même de cette rentabilité<sup>4</sup>.

Faut-il pour autant considérer l'emploi précaire comme nécessairement négatif et insatisfaisant ? Ce serait oublier que pour une partie des salariés qui en font l'expérience, cette forme d'emploi présente des avantages : pour les jeunes diplômés en particulier, les emplois non durables permettent une socialisation « douce », car sans engagement, au monde du travail et de l'entreprise, et offrent la possibilité de connaître une période de test pour mieux se déterminer par la suite.

---

<sup>1</sup> Cet aspect sera étudié plus loin, cf. : §2b.

<sup>2</sup> Dans le cas de l'intérim ce contrôle est particulièrement actif, puisqu'en fin de mission l'entreprise utilisatrice communique à l'entreprise de travail temporaire un bilan écrit ou oral sur le salarié.

<sup>3</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, op. cit., p. 72. Ceci dit, même rares, des mouvements de revendications de salariés en contrats précaires commencent à émerger, et peuvent même obtenir gain de cause, comme l'a montré par exemple la grève menée par les salariés de Pizza Hut (site de Bonne Nouvelle) à Paris en février 2003.

<sup>4</sup> La recherche de rentabilité a désormais un horizon temporel très court : les profits doivent être immédiats. Cet aspect constitue l'une des différences entre le capitalisme contemporain et celui que décrivait Max Weber, dans lequel les entrepreneurs avaient une éthique (liée au protestantisme) consistant à épargner, et à remettre à plus tard la jouissance des fruits du travail. Cf. : SENNETT R., *Le travail sans qualités*, trad. fr. : Paris, Albin Michel, 2000.

Ce type de stratégie vis-à-vis de l'emploi précaire peut aussi se trouver chez des personnes qui à un moment de leur parcours choisissent (ou sont obligées de) se réorienter professionnellement. Mais la précarité professionnelle, lorsqu'elle est choisie, peut également relever d'un goût pour le changement et d'un refus de la routine. Elle peut aussi être une façon de mettre à distance le travail en préservant une liberté individuelle qui laisse le choix de travailler ou de ne pas travailler selon les périodes. Dans cette configuration, le travail n'est pas perçu comme l'horizon premier de l'existence : il est une activité parmi d'autres, répondant parfois à la seule nécessité alimentaire mais pouvant aussi être un des lieux de réalisation de soi<sup>1</sup>.

Mais voir les aspects potentiellement positifs de l'emploi précaire ne doit pas faire oublier que pour beaucoup de salariés, il s'agit d'un emploi faute de mieux. Ainsi, en 1995, 31% des salariés en emploi précaire étaient à la recherche d'un autre emploi (51% chez les intérimaires et 26% chez les personnes en CDD)<sup>2</sup>.

L'enquête menée en région toulousaine confirme ces résultats et montre la persistance de l'attachement à l'emploi stable : sur les 96 personnes qui ne sont pas en CDI, 85 ont répondu qu'elles souhaiteraient trouver un emploi de cette nature. A cette occasion, il est intéressant de s'arrêter sur les 6 personnes (4 hommes et 2 femmes) parmi les 11 restantes<sup>3</sup> qui ont explicitement répondu « non » au souhait d'un CDI. Aucune d'entre elles n'ayant été vue en entretien, il est délicat d'interpréter leurs réponses. On peut cependant risquer quelques hypothèses au vu des autres informations que fournit le questionnaire : premièrement, ces personnes sont toutes relativement jeunes (de 23 à 35 ans), et 2 seulement ont eu un CDI dans le passé. Deuxièmement, soit elles disposent d'un bon niveau de revenu, soit elles ne sont pas seules à assurer les revenus du ménage. Troisièmement, 4 de ces 6 personnes ont une qualification professionnelle qui leur assure une bonne

---

<sup>1</sup> Les entretiens réalisés auprès de salariés midi-pyrénéens font apparaître une autre lecture de l'emploi précaire : pour des personnes peu ou pas qualifiées, qui n'ont accès qu'à des postes perçus comme pénibles et peu valorisants, la non-durabilité des contrats devient, paradoxalement, un critère de choix. Savoir que l'on ne restera pas dans un emploi inintéressant est alors ce qui le rend acceptable.

<sup>2</sup> De fait, les situations de cumul d'emplois ne sont plus exceptionnelles : les répondants de la Troisième enquête européenne sur les conditions de vie et de travail sont 6% à occuper un deuxième emploi (régulier, occasionnel ou saisonnier), à hauteur de 12 heures par semaine en moyenne, cf. : PAOLI P., MERLLIÉ D., *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2001.

<sup>3</sup> Les autres n'ayant pas donné de réponse.

« employabilité<sup>1</sup> » (maçon, peintre, mécanicien, ingénieur). Compte tenu de ces éléments, la seule personne pour laquelle le refus d'un CDI reste énigmatique est une femme de 23 ans, titulaire d'une licence de psychologie, et exerçant un emploi de surveillante interclasses en CDD. Dans un premier temps j'ai fait l'hypothèse que cette personne a répondu ne pas souhaiter un CDI parce qu'elle a entendu la question comme « souhaiteriez-vous un CDI *dans votre emploi actuel* », et comme celui-ci ne correspond pas du tout à sa qualification (elle déclare d'ailleurs que ses compétences pourraient lui permettre de prétendre à un meilleur emploi), on peut comprendre qu'elle ne désire pas le pérenniser. Mais elle répond par ailleurs qu'elle souhaiterait que son contrat actuel soit renouvelé, et l'ensemble de ses réponses concernant les conditions de travail et la satisfaction au travail semblent indiquer que cet emploi lui plaît. Mais peut-être pas au point de s'y engager durablement... En revanche, pour un autre de ces salariés, les annotations portées sur le questionnaire sont limpides : cet homme de 28 ans, titulaire d'un CAP de peintre au pistolet, actuellement manoeuvre en intérim, précise qu'il veut éviter la routine, qu'il aime changer de poste et de lieu de travail, et qu'il privilégie l'intérêt qu'il trouve dans le travail (conditions de travail, relations avec les collègues...) plutôt que la sécurité de l'emploi. On peut bien sûr se demander combien de temps encore cet homme continuera à assumer ce choix, mais le fait est qu'à ce moment-là, pour lui, la précarité de l'emploi est manifestement avantageuse.

A titre de conclusion provisoire, et en renvoyant à la troisième partie de ce travail où seront analysées les expériences de la précarité telles qu'elles émergent dans les entretiens, il me semble important de souligner que les perceptions de l'emploi précaire ne sont pas univoques, et qu'elles dépendent d'une part d'un ensemble complexe de facteurs individuels et contextuels (niveau de qualification, existence ou non d'un projet ou d'une vocation professionnelle, situation familiale, etc.) ; et d'autre part du moment biographique où cette expérience est interprétée : elle peut être vécue négativement dans le présent et reconstruite positivement a posteriori<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> J'entends ici ce terme au sens de « l'espérance objective ou la probabilité plus ou moins élevée que peut avoir une personne à la recherche d'un emploi d'en trouver un », in LEDRUT R., *Sociologie du chômage*, Paris, PUF, 1966, p. 68. Cf. également : GAZIER B., « L'employabilité : brève radiographie d'un concept en mutation », *Sociologie du travail*, n° 4, 1990, pp. 575-584 ; OUTIN J.-L., « Trajectoires professionnelles et mobilité de la main-d'œuvre : la construction sociale de l'employabilité », *Sociologie du travail*, n° 4, 1990, pp. 469-489.

<sup>2</sup> C'est ce que l'on observe par exemple chez M. Terray.

Cette remarque amène d'ailleurs à insister sur la nécessité d'appréhender les expériences de la précarité dans leur dimension diachronique, en s'intéressant davantage aux parcours qu'aux situations ponctuelles, et en considérant les diverses positions à l'égard de l'emploi comme des moments d'une histoire professionnelle marquée par des formes d'instabilité et de discontinuité. B. Fourcade<sup>1</sup> propose ainsi de distinguer une précarité *ex ante*, en situation, définie par le sentiment que la probabilité de devoir changer de situation est forte, et une précarité *ex post*, ou précarité réalisée, mesurée à l'échelle du parcours par le nombre d'emplois successivement occupés ou par le nombre de passages par le chômage<sup>2</sup>.

Insister sur cette approche diachronique de la précarité par les trajectoires permet également, et ce point me paraît crucial, de déconstruire un certain type de discours qui tend à naturaliser la précarité sous la forme d'une « fragilité » ou d'une « vulnérabilité » qui caractériserait les personnes ou les groupes de façon intrinsèque. Il n'est pas rare en effet (et en particulier dans la littérature « grise » des rapports d'organismes publics ou des textes institutionnels) de trouver des formulations telles que « le chômage touche particulièrement les populations les plus fragiles », et ainsi sont désignés les jeunes ou les femmes<sup>3</sup>... Il me semble qu'il y a là une dangereuse inversion du raisonnement<sup>4</sup> et qu'il faut réaffirmer avec force que ce n'est pas le chômage qui touche des populations « fragiles », mais bien que des groupes peuvent être considérés comme « fragilisés » précisément parce qu'ils sont plus que d'autres touchés par le chômage, et cela pour des raisons qui ne sont pas à chercher dans les caractéristiques propres (personnelles, voire psychologiques) des individus mais dans la structure du marché de l'emploi et dans les choix de recrutement des employeurs. En d'autres termes, face à ce type de discours, il y a une nécessité et même un devoir sociologique à défendre l'idée

---

<sup>1</sup> FOURCADE B., « L'évolution des situations d'emploi particulières de 1945 à 1990 », *op. cit.*

<sup>2</sup> C. NICOLE-DRANCOURT montre ainsi comment seule la prise en considération des parcours sur le long terme permet de donner sens à la notion de précarité : « L'idée de précarité revisitée », *Travail et emploi*, n° 52, 1992, pp. 57-70. Cf. également l'analyse d'un parcours vu à travers le récit d'un intervenant social : BEAUD S., « Un cas de sauvetage social. Histoire d'une "jeune précaire" racontée par un conseiller de mission locale », *Travail et emploi*, n° 80, 1999, pp. 77-89.

<sup>3</sup> On trouve des représentations de cet ordre dans certains entretiens avec les médecins du travail, cf. : chapitre V.

<sup>4</sup> Plus précisément, il s'agit d'une perversion classique du raisonnement statistique qui, appliqué aveuglément, fait d'une corrélation une causalité. On en arrive parfois à des formulations aberrantes qui font par exemple de la jeunesse (ou du fait d'être une femme) un « facteur » de précarité ou de chômage au même titre que le tabac est un facteur de risque de cancer du poumon... !

simple mais fondamentale que la précarité (quel que soit l'angle par lequel on la définit) n'est pas une caractéristique de la *personne*, mais de sa *situation* à un moment donné<sup>1</sup>.

Béatrice Appay<sup>2</sup> dénonce bien la « sociologie du trait » qui imprègne ce paradigme, dominant selon elle dans les recherches sur la précarité, établissant une proximité, voire une continuité de sens et de nature entre les notions de précarité, vulnérabilité et fragilité. Parce que la précarité est souvent définie comme « un état de fait décrit à partir des caractéristiques de ceux qui sont précaires », le glissement est vite opéré vers une vision de la précarité comme un état de nature (vers une thématique du « handicap »), et vers la disparition dans l'analyse des processus qui président à la construction de cet état. Ce glissement est visible dans la « chaîne sémantique » qui relie précarité, vulnérabilité et fragilité : alors que la notion de vulnérabilité est encore ambivalente, puisqu'elle met en rapport une faiblesse des individus et une situation agressive et permet donc une interprétation qui laisse une place à des éléments extérieurs à l'individu, « avec le terme de fragilité, il n'y a plus d'ambiguïté possible. (...) Ce substantif désigne unilatéralement ce qui est faible, se brise ou se détériore facilement. Il définit un manque *dans* la personne. C'est l'aboutissement de la chaîne sémantique qui (...) consiste à aller chercher à l'intérieur des personnes les raisons pour lesquelles elles se retrouvent dans une situation qui les détériore<sup>3</sup> ». Cette reformulation conceptuelle a pour effet d'occulter, voire de nier, la dimension de la précarité comme rapport social de domination<sup>4</sup> – rapport pourtant inscrit dans l'étymologie même du terme : rappelons que l'adjectif « précaire » vient du latin juridique « *precarius* » qui désigne une chose « obtenue par la prière » et qui « ne s'exerce que grâce à une autorisation révocable<sup>5</sup> ».

---

<sup>1</sup> C'est pour cette raison que j'ai choisi dans ce travail de ne pas céder à la facilité et, quitte à alourdir le style, de ne pas employer l'expression « travailleurs (ou salariés) *précaires* », mais bien : « en situation de précarité » (ou toute autre formulation non naturalisante).

<sup>2</sup> APPAY B., « Précarité, vulnérabilité, fragilité : enjeux de définitions », Communication au séminaire INSERM « Santé, précarité, précarisation », La Londe Les Maures (Var), 24-25 novembre 1997.

<sup>3</sup> Insister sur les déterminations sociales objectives n'empêche évidemment pas de prendre en compte par ailleurs le « sentiment de précarité » subjectivement ressenti par les sujets, et qui participe pleinement de leur expérience existentielle.

<sup>4</sup> B. Appay souligne dans un autre texte que « les questions du pouvoir, des rapports de domination, celles de la normalisation et de la soumission, brillent par leur absence dans le débat sur la flexibilisation », cf. : APPAY B., « Contrôle social et flexibilité », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, pp. 167-182.

<sup>5</sup> *Le Nouveau Petit Robert*, édition de 1993. Cette idée de dépendance à autrui est bien exprimée notamment par Mme Lavaur (cf. : Annexe 6, Présentation des entretiens avec les salariés) : « *je suis toujours tributaire de si on veut bien de moi* ».



Mais restons encore un peu dans la précarité comme déviation par rapport à l'emploi normal, cet écart étant maintenant décrit sous l'angle du temps de travail.

### *b) Des temps et des horaires de travail de plus en plus flexibles*

Outil majeur de flexibilisation du temps de travail, le travail à temps partiel concerne en 1998 17% des actifs occupés, avec une progression d'environ un point par an depuis 1992 (date de la mise en place du dispositif d'exonération de cotisations sociales employeurs pour le temps partiel)<sup>1</sup>. On trouve les emplois à temps partiel surtout dans le secteur tertiaire (commerce, services aux particuliers) et dans les industries agroalimentaires, et cette forme d'emploi demeure très largement féminine (plus de 80%).

Mais plus que le temps partiel proprement dit, c'est le sous-emploi qu'il est pertinent d'interroger : il désigne, selon la définition du BIT, le cas des « personnes pourvues d'un emploi qui travaillent involontairement moins que la durée normale du travail dans leur activité, et qui étaient à la recherche d'un travail complémentaire, ou disponibles pour un tel travail dans la semaine de référence ». C'est la distinction entre le temps partiel choisi et le temps partiel subi qui est ici importante. Ce dernier concernait 1,5 million de personnes en 1997, et représentait 43% des emplois à temps partiel (et jusqu'à 66% parmi les salariés en poste depuis moins d'un an). On peut ajouter qu'il existe une association forte entre le fait de travailler en temps partiel contraint et le fait d'occuper un emploi précaire : en 2002, 21,5% des femmes travaillant en temps partiel contraint sont aussi titulaires d'un contrat précaire (contre seulement 8% des femmes exerçant à temps complet, et 7% de celles qui ont choisi le temps partiel). Cette remarque vaut aussi pour les hommes, qui sont deux fois plus nombreux à avoir un contrat précaire lorsqu'ils l'exercent en temps partiel contraint que lorsqu'ils travaillent à temps complet.

---

<sup>1</sup> AUDRIC S., FORGEOT G., « Le développement du travail à temps partiel », in *Données sociales 1999, op. cit.*, pp. 177-181. Paradoxalement, l'essor du temps partiel n'empêche pas par ailleurs que les longues durées de travail soient également plus fréquentes : la proportion de salariés qui déclarent travailler plus de 10 heures par jour est ainsi passée de 18% en 1984 à près de 22% en 1998.

Plus encore que l'emploi à durée déterminée, l'emploi à temps partiel recouvre une grande hétérogénéité sociale. A cause de sa grande majorité féminine<sup>1</sup>, il a souvent été étudié sous l'angle du genre<sup>2</sup>. Pour une synthèse générale, je reprendrai ici le travail de Bénédicte Galtier<sup>3</sup>, qui propose de distinguer, parmi les salariés à temps partiel, sept catégories. Sa typologie repose sur la combinaison du critère choisi/contraint croisé avec trois logiques d'emploi.

Dans la logique d'*insertion dans l'emploi*, on peut distinguer trois groupes de salariés ayant en commun le souhait de travailler davantage (temps partiel contraint) : des hommes de moins de 25 ans, peu qualifiés, exerçant souvent en stage ou en contrat aidé ; des hommes de 25 à 56 ans, plus diplômés que les précédents, et pour qui le travail à temps partiel est une activité « faute de mieux » après une période de chômage ; enfin, des femmes de moins de 25 ans, dont plus du tiers sont employées de commerce, et près d'une sur dix ouvrières non qualifiées dans le secteur artisanal.

Une autre logique associée au temps partiel (mais ici, choisi) est celle de la *sortie progressive de l'emploi*, et concerne des hommes de plus de 56 ans adhérant à la préretraite, après avoir longtemps exercé, souvent dans des grandes entreprises<sup>4</sup>.

Enfin, une *troisième forme d'emploi à temps partiel*, spécifiquement féminine et qui représente 70% des salariés à temps partiel, regroupe des femmes de plus de 25 ans, les unes (souvent les plus âgées) ayant choisi de travailler à temps partiel comme employées de bureau ou de commerce, ou comme salariées des professions intermédiaires de la santé ; les autres, non qualifiées, exerçant en temps partiel contraint à plus de 15 heures par semaine comme secrétaires, assistantes maternelles, employées de maison, ouvrières agricoles ; ou à moins de 15 heures hebdomadaires, comme femmes de ménage ou salariées des entreprises de nettoyage. Bien que travaillant à temps partiel selon des logiques différentes (par choix, notamment en référence aux temps scolaires, ou par contrainte), ces femmes

---

<sup>1</sup> Il faut rappeler que l'arrivée massive des femmes sur le marché de l'emploi s'est pourtant effectuée d'abord à temps plein, cf. : MARUANI M., *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte, 1999.

<sup>2</sup> BOURREAU-DUBOIS C., GUILLOT G., JANKELIOWITCH-LAVAL E., « Le travail à temps partiel féminin et ses déterminants », *Économie et statistique*, n° 349-350, 2001, pp. 41-61.

<sup>3</sup> GALTIER B., « Les temps partiels : entre emplois choisis et emplois faute de mieux », *Économie et statistique*, n° 321-322, 1999, pp. 57-77. Les données sont issues de l'enquête Emploi de mars 1995 et de l'enquête complémentaire sur la durée du travail réalisée la même année. L'étude réalisée porte sur les salariés du secteur privé (N=12 082).

<sup>4</sup> On trouve un exemple de ce cas de figure, mais pour une femme, parmi les entretiens réalisés auprès de salariés : celui de Mme Jost, infirmière d'entreprise.

ont en commun d'avoir transité par le chômage au cours des deux années précédant l'enquête.

Le temps de travail traditionnel tend également à perdre son caractère typique avec le développement des rythmes de travail variables, décalés et/ou morcelés. Si les horaires « atypiques » (travail de nuit, travail posté) font partie depuis longtemps de l'organisation du travail, notamment dans l'industrie, et se maintiennent dans des proportions constantes<sup>1</sup>, on observe une tendance de fond à la flexibilisation des horaires de travail qui traverse tous les secteurs d'activité, y compris le secteur public. Cette flexibilité, différenciée selon les entreprises, repose sur l'utilisation du temps partiel, de la modulation, des heures supplémentaires et, bien sûr, varie fortement selon les modes de mise en place de la réduction du temps de travail<sup>2</sup>. Elle prend parfois la forme d'une *corvéabilité* (ou « flexexploitation »), c'est-à-dire d'une « mise à disposition permanente et aléatoire de la force de travail<sup>3</sup> », à laquelle sont soumises en particulier les femmes (mais pas exclusivement)<sup>4</sup>.

Au cours des années 1980, les semaines irrégulières et le travail du samedi ont fortement augmenté, pour se stabiliser dans la décennie suivante, tandis que le travail de nuit et celui du dimanche ont légèrement progressé<sup>5</sup>.

Entre 1984 et 1998, la proportion de salariés qui déclarent travailler un nombre de jours variable par semaine est passée de 11,8% à 14,4% (avec une augmentation de 14% à 19% parmi les employés). Si les cadres et les professions intermédiaires ont des semaines plus régulières en 1998, c'est l'inverse pour les ouvriers de type industriel, qui en outre travaillent plus souvent la nuit<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> BOISARD P., FERMANIAN J.-D., « Les rythmes de travail hors norme », *Économie et statistique*, n° 321-322, 1999, pp. 111-131.

<sup>2</sup> ESTRADÉ M.A., ULRICH V., « Réduction du temps de travail et réorganisation des rythmes de travail », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 301-308 ; ULRICH V., « Durée annuelle du travail et outils de flexibilité du temps de travail en 2001 », *Premières synthèses*, n° 33.1, 2003.

<sup>3</sup> APPAY B., « Précarisation sociale et restructurations productives » in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, pp. 509-553.

<sup>4</sup> L'approche historique montre que la précarité professionnelle a toujours été une caractéristique majeure du travail féminin, cf. : FRADER L.L., « Précarité du travail et rapports sociaux de sexe. Une perspective historique », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, pp. 291-311.

<sup>5</sup> GOUX D., « Les horaires de travail atypiques sont de moins en moins exceptionnels », in *Données sociales 1993*, Paris, INSEE, 1993, pp. 188-194.

<sup>6</sup> BUÉ J., ROUGERIE C., « L'organisation des horaires : un état des lieux en mars 1998 », *Premières synthèses*, n° 30.1, 1999.

En 1998, à peine 50% des salariés ont les mêmes horaires de travail tous les jours (ils étaient 59% en 1984). Parmi les autres, 17% ont des horaires variables selon les jours, décidés par l'entreprise (cette proportion est stable par rapport à celle de 1984), et 14,4% choisissent leurs horaires de travail (10,5% en 1984)<sup>1</sup>. Enfin, en 1998, près d'un quart des salariés ne connaissent leurs horaires de travail que pour la semaine ou le lendemain, ou bien ne connaissent pas du tout leurs horaires à venir<sup>2</sup>.

On pourrait penser qu'avoir des horaires de travail flexibles ou irréguliers permet aux salariés d'échapper à la monotonie d'un emploi du temps répétitif. Si cette hypothèse reste à vérifier, il a en revanche été observé qu'à durée de travail identique, le fait d'avoir des horaires irréguliers est associé à un sentiment de fatigue et de manque de temps<sup>3</sup>. En effet, les résultats de l'enquête « Emploi du temps » de l'INSEE effectuée en 1998-1999 montrent que parmi les salariés travaillant entre 35 et 45 heures par semaine (soit la moitié des actifs), le sentiment d'être fatigué à la fin de la journée est moindre chez les personnes ayant des horaires standard, de même que chez les personnes dont les horaires varient peu d'une semaine à l'autre. De plus, chez les salariés les plus diplômés, l'autonomie dans l'organisation des horaires de travail va de pair avec le sentiment d'être débordé.

L'analyse des transformations des temps de travail (par rapport à la norme du temps plein aux horaires fixes) se décompose donc en (au moins) deux aspects bien distincts (même s'ils se cumulent souvent) : la problématique quantitative du temps *partiel* centrée sur le nombre d'heures effectuées, et celle, qualitative, du temps *flexible* où la variabilité s'associe parfois à l'imprévisibilité.

---

<sup>1</sup> Selon une autre méthodologie centrée sur les « rythmes irréguliers » (variations erratiques des jours travaillés et/ou des horaires de travail), la proportion des salariés travaillant à rythme irrégulier est passée de 19% en 1995 à 21% en 2001, cf. : BISCOURP P., « Les rythmes de travail entre 1995 et 2001 : faible progression de l'irrégularité », *INSEE Première*, n° 994, 2004.

<sup>2</sup> Parallèlement à cette flexibilisation des horaires se maintient leur dimension contraignante : en 1998, 28% des salariés déclarent, en cas d'imprévu, ne pas pouvoir modifier leurs horaires de travail en s'arrangeant avec des collègues.

<sup>3</sup> CHENU A., « Les horaires et l'organisation du temps de travail », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 151-167.

### *c) Des tremplins vers l'emploi stable ?*

Si l'on s'intéresse à la précarité *ex post*, c'est-à-dire à l'échelle des parcours, on peut se demander si les formes précaires (c'est-à-dire non durables) d'emploi peuvent tenir lieu de passerelles facilitant l'accès ou le retour à un emploi stable. Il s'avère que cette hypothèse est très largement discutable. S'il est vrai que les contrats courts sont toujours plus près de l'emploi que du chômage, et permettent de garder des liens même discontinus avec le monde du travail, s'il est vrai aussi qu'une part non négligeable des embauches en CDI font suite à un premier CDD, s'il est vrai enfin que les contrats courts peuvent permettre aux jeunes salariés de se forger une expérience professionnelle qui sera un atout dans leur recherche de CDI, il n'en reste pas moins que le devenir des personnes exerçant un emploi précaire n'est pas majoritairement d'obtenir un emploi stable, et cette tendance s'est accentuée depuis 1990. 43% des titulaires d'un CDD (hors emplois aidés) en 1989 étaient en CDI en 1990. Cette proportion n'est plus que d'un tiers en mars 1994 (par rapport à 1993)<sup>1</sup>. Un autre tiers étaient à nouveau en CDD, et 21% étaient au chômage. Entre 2001 et 2002, les proportions sont similaires<sup>2</sup>. Les chiffres concernant les intérimaires sont assez proches, avec cependant moins de passages vers un CDI et davantage de poursuite dans l'intérim<sup>3</sup>. Dans l'ensemble, les données disponibles amènent à conclure que le rôle d'insertion de l'emploi précaire est loin d'apparaître comme évident, en particulier pour les salariés les plus âgés<sup>4</sup>. Seul l'intérim hautement qualifié tire une fois de plus son épingle du jeu, puisqu'on estime à 50% environ le nombre de missions transformées en CDI dans ce secteur (qui est, rappelons-le, très limité et minoritaire). Mais sur l'ensemble des intérimaires repérés en janvier 1995, seulement 16% occupaient un CDI un an plus tard, tandis que près de la moitié étaient en emploi précaire (intérim, CDD, stage ou CES), et 22% au chômage<sup>5</sup>. Quant au temps partiel contraint, il peut évoluer vers un emploi à temps plein lorsque le nombre d'heure effectuées est supérieur à 30 heures hebdomadaires,

---

<sup>1</sup> BELLOC B., LAGARENNE C., « Emplois temporaires et emplois aidés », *op. cit.*

<sup>2</sup> CANCE R., FRÉCHOU H., « Les contrats courts : source d'instabilités mais aussi tremplin vers l'emploi permanent », *op. cit.*

<sup>3</sup> 165 000 personnes ont été repérées en 2002 comme « permanents de l'intérim », c'est-à-dire qu'elles avaient travaillé en intérim pendant au moins 6 mois par an entre 1998 et 2002, cf. : FRÉCHOU H., « Les "permanents de l'intérim" », *Premières synthèses*, n° 43.3, 2004.

<sup>4</sup> MARTIN-HOUSSART G., « De plus en plus de passages vers un emploi stable », *INSEE Première*, n° 769, 2001.

<sup>5</sup> JOURDAIN C., « L'intérim, une voie d'accès à l'emploi », *op. cit.*

tandis que les salariés qui travaillent moins de 15 heures restent beaucoup plus souvent dans cette situation de sous-emploi. Quel que soit le nombre d'heures de travail, seulement 15% des salariés à temps partiel en 1995 travaillaient à temps complet en 1996, et 18% en 1997, avec la même distinction que précédemment entre les salariés qualifiés et non qualifiés, et entre les plus jeunes et les plus âgés. De plus, le fait de subir un temps partiel augmente le risque d'être au chômage un an après<sup>1</sup>.

Sans tomber dans un déterminisme excessif, comme celui que supposent par exemple les termes d'« engrenage » ou de « spirale » de la précarité, force est donc de constater que les emplois précaires n'ont pas, le plus souvent, cette valeur de « tremplin » vers l'emploi stable. Au-delà de cet énoncé factuel, il me semble important de prendre acte de ce constat en tant qu'il participe à l'expérience subjective des salariés concernés : chacun « sait » qu'un emploi précaire ne porte pas l'assurance d'un CDI ultérieur, et ce savoir communément partagé façonne la perception que l'on a de l'emploi lui-même et, plus largement, entre dans la construction du rapport subjectif au travail.

#### *d) Vivre la précarité*

*« Il suffisait que quelque chose craque, un jour, qu'une agence ferme ses portes, ou qu'on les trouve trop vieux, ou trop irréguliers dans leur travail, ou que l'un d'eux tombe malade, pour que tout s'écroule. Ils n'avaient rien devant eux, rien derrière eux. Ils pensaient souvent à ce sujet d'angoisse. Ils y revenaient sans cesse, malgré eux. Ils se voyaient sans travail pendant des mois entiers, acceptant pour survivre des travaux dérisoires, empruntant, quémandant. Alors, ils avaient, parfois, des instants de désespoir intense : ils rêvaient de bureaux, de places fixes, de journées régulières, de statut défini ».*

Georges Perec<sup>2</sup>

Après cette prise de repères qui a permis de situer la nature et l'ampleur des processus de précarisation de l'emploi, je propose d'aborder quelques aspects de l'expérience que vivent concrètement les salariés. Je n'évoquerai pas la longue liste

---

<sup>1</sup> GALTIER B., « Le temps partiel est-il une passerelle vers le temps plein ? », *Économie et statistique*, n° 321-322, 1999.

<sup>2</sup> In *Les choses*, rééd. : Paris, Julliard, 1990, p. 78.

des « inconvénients » qu'il y a à connaître la précarité financière, l'absence de contrôle sur l'avenir proche, la difficulté à s'épanouir dans et par le travail... Ces éléments sont autant de réalités connues dont une nouvelle énumération ne serait pas utile à mon propos. Néanmoins, je voudrais proposer quelques perspectives de réflexion autour de la question de savoir « quelle vie ça fait », ou plutôt, quelle vie on se fait, lorsqu'on expérimente la précarité de l'emploi. Trois points en particulier me semblent appeler quelques éléments de réponse ou de commentaire, correspondant à trois dimensions essentielles de l'existence :

- les conditions matérielles de vie : quelles continuités peut-on établir entre les situations de précarité et l'état de pauvreté ?
- les relations sociales : qu'en est-il des liens entre expériences de la précarité et relations de sociabilité ?
- les temporalités : quels régimes temporels caractérisent les expériences de la précarité de l'emploi ?

### **Précarité et pauvreté**

Il serait logique qu'ayant des parcours professionnels discontinus, souvent entrecoupés de périodes de chômage, les personnes qui travaillent en contrats précaires connaissent plus que les autres des situations financières difficiles. Et c'est le cas en effet : en 1996, 10% des salariés ayant travaillé toute l'année en CDD ou en intérim sont des « travailleurs pauvres<sup>1</sup> ». Le fait de travailler à temps partiel est également associé à des formes de pauvreté : cela concerne 5% des personnes travaillant en CDI à temps partiel depuis au moins un an. Il convient d'ajouter que le revenu plus faible des personnes travaillant à temps partiel ne s'explique pas uniquement par le moindre nombre d'heures effectuées, ni même par la moindre qualification des salariés concernés par cette forme d'emploi. Car même en contrôlant ces deux effets, ainsi que l'âge, l'ancienneté, le secteur d'activité et la taille de l'établissement, le salaire horaire des hommes exerçant à temps partiel est inférieur à celui des hommes salariés à temps complet (la différence étant nettement

---

<sup>1</sup> Est défini comme « travailleur pauvre » une personne dont le revenu disponible annuel est inférieur à 50% du revenu médian. Le revenu disponible comprend les revenus annuels déclarés au FISC augmentés des prestations sociales non imposables, et diminués des impôts directs. Cf. : LAGARENNE C., LEGENDRE N., « Les "travailleurs pauvres" », *INSEE Première*, n° 745, 2000. Les données sont issues de l'enquête INSEE « Revenus fiscaux » de 1996.

plus marquée pour les professions intermédiaires)<sup>1</sup>. On ne note pas cette différence de salaire chez les femmes.

La discontinuité de l'activité professionnelle est donc indéniablement un facteur fragilisant sur le plan financier, qu'il est plus pertinent d'apprécier à l'échelle du revenu annuel qu'à celle du revenu issu d'un emploi ponctuel. Mais au-delà de la mesure strictement quantitative, la fragilité financière des « salariés de la précarité » se traduit par un ensemble de difficultés liées à l'instabilité et à l'imprévisibilité des revenus : en l'absence de CDI, il est extrêmement difficile par exemple d'obtenir un prêt bancaire pour un achat important (voiture, logement<sup>2</sup>...), de planifier un budget permettant d'étaler les dépenses annuelles, et même de louer un appartement. Ainsi, si la subsistance au quotidien et les besoins primaires sont tant bien que mal assurés, compte tenu des aides institutionnelles ou personnelles que les ménages peuvent mobiliser, c'est la possibilité de prévoir et de faire face aux aléas qui s'avère problématique, obligeant les personnes à une gestion au plus juste et à court terme<sup>3</sup>. Ainsi, s'il existe une relative continuité entre les situations de pauvreté traditionnelles et celles de la précarité financière contemporaine, il ne faut pas oublier qu'« au cours de la période 1945-1990, les trois éléments "primaires" de la précarité (discontinuité/revenu/protection sociale) ont subi chacun des transformations suffisamment profondes pour que le sens même de la précarité en soit modifié : la précarité des situations particulières dans les années cinquante, caractérisée par une faible discontinuité, mais de faibles revenus et une faible protection sociale, est-elle comparable à celle des situations particulières des années quatre-vingt, où l'on retrouve les faibles revenus, mais une plus forte discontinuité et une plus forte protection sociale ?<sup>4</sup> ».

L'enquête quantitative menée auprès de 200 salariés de Midi-Pyrénées permet d'étudier le lien entre la situation à l'égard du travail et la situation financière. Un

---

<sup>1</sup> GALTIER B., « Les temps partiels : entre emplois choisis et emplois "faute de mieux" », *op. cit.*

<sup>2</sup> Ainsi, les deux-tiers des salariés en CDI de plus de 40 ans sont propriétaires de leur logement, contre la moitié pour les salariés en contrats courts du même âge, cf. : CANCE R., FRÉCHOU H., « Les contrats courts : source d'instabilités mais aussi tremplin vers l'emploi permanent », *op. cit.*

<sup>3</sup> LEGENDRE N., « Les conditions de vie des pauvres », in *Données sociales 1999, op. cit.*, pp. 444-452 ; PONTHEUX S., « La pauvreté en termes de conditions de vie : quatre profils de ménages », in *Données sociales 2002-2003, op. cit.*, pp. 417-426 ; PAUGAM S., *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 1991 ; MESSU M., *Les assistés sociaux, analyse identitaire d'un groupe social*, Toulouse, Privat, 1991.

<sup>4</sup> FOURCADE B., « L'évolution des situations d'emploi particulières de 1945 à 1990 », *op. cit.*, p. 13. Pour une étude des niveaux de vie en fonction de la situation à l'égard de l'emploi entre 1993 et 1997, cf. : BREUIL-GENIER P., VALELIÈVRE H., « Trajectoires d'activités et de niveaux de vie », in *Données sociales 2002-2003, op. cit.*, pp. 447-454.



quart des personnes enquêtées ont un revenu mensuel pour le ménage inférieur à 5000 F, et plus de la moitié n'ont pas plus de 8000 F. Interrogés sur l'appréciation qu'ils portent sur leur situation financière, les salariés se répartissent en trois groupes d'effectifs voisins : un premier groupe rassemble des personnes se situant plutôt du côté d'une aisance financière relative (34%)<sup>1</sup>, un deuxième évalue sa situation comme difficile mais tenable (36%)<sup>2</sup>, et le troisième recouvre les situations financières les plus difficiles (29%)<sup>3</sup>. On observe également que les personnes seules (avec ou sans enfants) déclarent plus souvent connaître des difficultés financières. Par ailleurs, 39 personnes ont déclaré avoir bénéficié d'une aide exceptionnelle ou d'un minimum social (RMI, API, etc.) au cours des deux dernières années, et 75 personnes ont dû retarder le renouvellement de leur mobilier au cours de la même période.

Pour étudier l'association entre ces indicateurs de pauvreté et la situation à l'égard de l'emploi, une variable synthétique a été construite pour tenir compte à la fois du statut de l'emploi et du temps de travail. La répartition de l'échantillon au regard de cette variable est la suivante (n=198) : 36% des salariés interrogés exercent en CDI à temps plein, 17% en CDI à temps partiel, 28% ont un emploi précaire<sup>4</sup> et travaillent à temps complet, enfin 19% cumulent précarité de l'emploi et temps partiel. Le croisement avec les variables de pauvreté fait apparaître très nettement que c'est dans ce dernier groupe que les difficultés financières se traduisent le plus fortement, aussi bien à travers l'appréciation de la situation financière (61%\*<sup>5</sup> des salariés en contrat précaire et en temps partiel estiment que leur situation est difficile ou sont endettés) que pour le renouvellement du mobilier (un tiers ont dû le retarder) ou pour la perception d'une aide exceptionnelle (37%\* en ont bénéficié). On peut remarquer également que les salariés exerçant en CDI mais en temps partiel semblent moins fragiles financièrement que ceux qui exercent à temps complet, mais en contrat précaire. Plusieurs explications peuvent être avancées ici : d'une part, les salariés en CDI sont globalement plus qualifiés et exercent donc des emplois mieux rémunérés, de sorte que la différence de revenu persiste même lorsque le CDI n'est pas exercé à temps plein ; d'autre part, il est certain que le fait

---

<sup>1</sup> Réponses « on est à l'aise » et « ça va ».

<sup>2</sup> Réponse « c'est juste ».

<sup>3</sup> Réponses « on y arrive mais difficilement » et « on ne peut y arriver qu'en faisant des dettes ».

<sup>4</sup> CDD, intérim ou contrat aidé.

<sup>5</sup> Les astérisques indiquent une corrélation statistiquement significative au sens du khi<sup>2</sup> (p<7%).

d'exercer en CDI (même à temps partiel) permet plus facilement d'obtenir par exemple un prêt bancaire que le fait d'exercer en contrat précaire (même à plein temps).

Ces quelques résultats, malgré leurs limites (notamment le fait que l'on croise la situation actuelle à l'égard de l'emploi avec des indicateurs de pauvreté couvrant les deux dernières années), montrent une convergence certaine entre la précarité professionnelle et la fragilité financière. L'une des questions que l'on peut se poser est celle des recours face à ces difficultés matérielles. Dans une recherche complémentaire à l'enquête INSEE « Situations défavorisées » de 1986-87, M. Legros a montré que parmi les stratégies des ménages « pauvres » (en l'occurrence, dont le revenu est inférieur à 60% du SMIC), le recours à l'emprunt est mis en œuvre une fois sur cinq, et s'adresse très majoritairement à la famille et aux amis (plutôt qu'à l'employeur ou aux établissements bancaires)<sup>1</sup>. Cela nous amène à la deuxième question énoncée plus haut : qu'en est-il des liens de sociabilité (et notamment des possibilités de soutien social et matériel qu'ils offrent) lorsque le rapport à l'emploi est précaire, lorsque la situation financière est fragile ?

### **Précarité et pauvreté relationnelle vont-elles de pair ?**

Cette dimension des expériences de la précarité me semble importante à explorer : dans quelle mesure l'absence d'emploi ou d'emploi stable s'associe-t-elle avec un affaiblissement du réseau social ? Avant de tenter de répondre à cette question, il apparaît nécessaire de s'interroger sur sa légitimité même. En effet, pourquoi cette association serait-elle a priori posée comme allant de soi ? Elle l'est pourtant, dans les représentations et les discours ordinaires, mais aussi dans nombre de travaux sociologiques. C'est ce que montre Sébastien Schehr<sup>2</sup>, qui développe une virulente critique de ce présupposé largement partagé selon lequel le manque d'emploi se doublerait systématiquement d'une désocialisation, ou d'une pauvreté ou instabilité relationnelles – construit sociologique qui selon lui repose sur une incapacité à penser l'existence sociale en dehors du travail. Il prend pour exemple le concept de désaffiliation développé par Robert Castel, qui propose une

---

<sup>1</sup> LEGROS M., « Et en cas de difficultés, comment faites-vous ? », in BOUCHAYER F. (dir.), *Trajectoires sociales et inégalités*, Paris, ERES, 1995, pp. 199-219.

<sup>2</sup> SCHEHR S., *La vie quotidienne des jeunes chômeurs*, Paris, PUF, 1999.

représentation de l'espace de l'intégration sociale en deux axes : celui de l'intégration par le travail, et celui de l'intégration relationnelle.

	Intégration relationnelle	
Intégration professionnelle	<i>Forte</i>	<i>Faible</i>
<i>Forte</i>	Zone d'intégration	Zone de vulnérabilité
<i>Faible</i>	Zone d'assistance	Zone de désaffiliation

La combinaison des deux axes définit quatre « zones de cohésion sociale », dont Robert Castel précise bien qu'elles ne sont pas statiques : « il s'agit moins de placer les individus dans ces "zones" que d'éclairer les processus qui les font transiter de l'un à l'autre<sup>1</sup> ». Mais justement, que sait-on de la façon dont s'associent les mouvements sur les deux axes ? Plus précisément, un affaiblissement sur l'axe de l'intégration professionnelle est-il nécessairement accompagné d'une plus grande vulnérabilité sur l'axe relationnel ? « L'apport théorique et la modélisation proposés par l'auteur lui-même autoriseraient d'autres ouvertures qu'il esquisse d'ailleurs peut-être trop timidement », estime S. Schehr. En effet, la grille de lecture proposée par R. Castel fait apparaître cette « zone d'assistance » où se maintient une inscription relationnelle forte tandis que l'intégration par le travail est faible ou absente. Mais il est vrai, et je rejoindrai S. Schehr sur ce point, que les propos de R. Castel, au fil de son livre, tendent à tenir pour acquis l'effet préjudiciable pour la sociabilité d'un éloignement de la sphère du travail<sup>2</sup>, bien que ponctuellement il précise tout de même que si cette hypothèse « paraît largement vérifiée pour les situations extrêmes qui associent expulsion totale de l'ordre du travail et isolement social<sup>3</sup> », il faut considérer que « pour les situations intermédiaires, les relations entre les deux axes sont plus complexes. Dans quelle mesure la dégradation de la situation de travail se paie-t-elle d'une dégradation du capital relationnel ? Sauf erreur, il n'existe pas de réponse vraiment convaincante à cette question au-delà

<sup>1</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit., p. 14.

<sup>2</sup> Jusqu'à employer l'expression très forte de « no man's land social », p. 412.

<sup>3</sup> Encore peut-on se demander si l'isolement social total existe réellement. Même les études sur les personnes sans domicile montrent qu'elles ne sont pas dénuées de tout contact relationnel, ne serait-ce qu'avec des pairs ou avec des travailleurs sociaux. L'étude ethnographique que j'ai pour ma part réalisée auprès de cette population va dans ce sens : vivre dans la rue n'est pas synonyme de désocialisation, cf. HÉLARDOT V., *La rue entre parenthèses. Étude ethnographique d'un lieu d'accueil de jour pour personnes sans domicile fixe*, op. cit. Si l'on tient à l'hypothèse d'une association entre absence de travail et isolement relationnel, on la vérifie sans doute au moins autant (et peut-être même davantage) chez les personnes âgées que chez les chômeurs ou les travailleurs précaires.

soit d'analyses ponctuelles du type histoires de vie<sup>1</sup>, soit de proclamations générales sur le désastre que représentent les ruptures du lien social et la perte des solidarités traditionnelles<sup>2</sup> ». La critique est cependant fondée, et d'ailleurs R. Castel lui-même reconnaît, dans un texte ultérieur, avoir eu « tendance à assimiler trop vite désaffiliation et isolement social. De ce point de vue, le paradigme du vagabond, qui fonctionne si bien dans la société pré-industrielle, est éclairant, mais peut aussi être simplificateur. Le décrochage des circuits productifs a des effets profondément déstabilisateurs sur les modes de vie et les trajectoires personnelles. Cependant il n'équivaut pas au vide social, ni à l'absence de relations, ni à la perte de tout sens. Il faudrait analyser au plus serré les formes de sociabilités nouvelles qui se déploient dans les interstices du travail et dans les marges des régulations collectives. Modalités aléatoires du vivre avec, souvent marquées du sceau de l'incertitude, elles ne doivent pas pour autant relever d'une lecture purement négative<sup>3</sup> ».

Encore faut-il rappeler qu'il existe mille et une façons de définir et de mesurer des notions aussi complexes que la sociabilité, l'insertion relationnelle ou, pour reprendre les termes de P. Bourdieu, le capital social. Elles peuvent être abordées sous l'angle quantitatif, et l'on s'intéresse alors au nombre de liens qu'une personne déclare avoir. Mais le nombre ne dit pas la qualité de ces liens, c'est pourquoi il faut autant que possible évaluer leur nature : à quels types de ressources ces liens donnent-ils accès ? Quand et comment sont-ils créés puis mobilisés ? Qu'est-ce qui est échangé ? L'analyse de réseaux sociaux a montré, outre la distinction liens forts / liens faibles (et l'importance de ces derniers<sup>4</sup>), que la densité et la structure du réseau (répartition interne des différents liens) détermine son efficacité opératoire de façon différenciée<sup>5</sup>. Et, à l'inverse, comment définir l'isolement relationnel, dont J.-C. Kaufmann rappelle qu'il est souvent amalgamé sans aucune rigueur conceptuelle avec d'autres notions proches sémantiquement mais bien différentes

---

<sup>1</sup> Note de R. Castel : « Et lorsqu'elles sont bien faites, elles ne se laissent pas lire d'une manière unilatérale ».

<sup>2</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit., pp. 416-417.

<sup>3</sup> CASTEL R., Réponse aux commentaires de JOIN-LAMBERT M.-T. et ELBAUM M., « A propos de l'ouvrage de Robert Castel *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat* », *Travail et emploi*, n° 68, 1996, p. 87.

<sup>4</sup> GRANOVETTER M., « The strength of weak ties », *American Journal of Sociology*, vol. 78, 1973, pp. 1360-1380.

<sup>5</sup> DEGENNE A., LEMEL Y., « Les réseaux de relations de la vie quotidienne », in *Données sociales 1999*, op. cit., pp. 354-358 ; DEGENNE A., FORSÉ M., *Les réseaux sociaux*, Paris, Armand Colin, 1994.

sociologiquement : « le célibat renvoie à l'état civil, le fait de vivre "seul" dans son logement à la composition du ménage, l'isolement proprement dit à une faiblesse (qui reste bien sûr à définir) de l'inscription relationnelle, la solitude à un sentiment éprouvé et pouvant se traduire en pathologies<sup>1</sup> ».

Compte tenu de ces remarques préliminaires qui appellent à une grande prudence à la fois épistémologique et méthodologique, que peut-on dire de l'expérience de sociabilité des personnes qui ont une relation précaire à l'emploi ? Il faut dire d'abord qu'au niveau des enquêtes extensives les données disponibles sont plus nombreuses pour les chômeurs que pour les personnes en emploi précaire<sup>2</sup>. Le travail du CERC<sup>3</sup> à partir des données de l'enquête INSEE « Situations défavorisées » 1986-1987 donne tout de même quelques indications sur les liens sociaux en fonction du statut de l'emploi. Cette enquête a montré que les personnes en emploi instable ou en emploi stable menacé sont plus nombreuses à avoir une sociabilité familiale « faible<sup>4</sup> » que celles qui sont en emploi stable (7% pour ces derniers, 8,6% dans l'emploi stable menacé, et 12,5% dans l'emploi instable). La même tendance s'observe pour la sociabilité définie sous l'angle du support relationnel, celui-ci étant évalué à travers la possibilité de se faire héberger quelques jours, de se faire prêter de l'argent, de se faire aider par des services ou du soutien moral, et à travers l'existence de « meilleurs amis » en dehors de la famille proche. Un support relationnel faible est observé pour 8,2% des personnes en emploi stable menacé et 10% des personnes en emploi instable, contre 4,9% parmi les personnes ayant un emploi stable. L'analyse de la participation à la vie associative va également dans le sens d'une moindre sociabilité des personnes dont l'emploi est menacé ou instable. En synthétisant ces trois approches de la sociabilité, les auteurs construisent la notion de « vulnérabilité sociale », qui apparaît nettement corrélée au degré de précarité professionnelle : « on constate bien un effritement progressif de la sociabilité lorsqu'on passe successivement de la meilleure à la moins bonne

---

<sup>1</sup> KAUFMANN J.-C., « Vie hors couple, isolement et lien social : figures de l'inscription relationnelle », *Revue française de sociologie*, vol. XXXV, n° 4, 1994, pp. 593-617.

<sup>2</sup> Selon l'enquête INSEE « Relations de la vie quotidienne et isolement », les chômeurs sont près d'un tiers à connaître l'isolement social, contre près d'un quart dans l'ensemble de la population. L'isolement relationnel est ici défini par le fait de n'avoir parlé qu'à 4 interlocuteurs au cours de la semaine, hors ménage, hors téléphone et hors relations professionnelles ou de service, cf. PAN KÉ SHON J.-L., « Être seul », in *Données sociales 2002-2003*, op. cit., pp. 587-594. Cf. également : LÉVY M.-L., « Les chômeurs dans leur famille », *Population et sociétés*, n° 350, 1999.

<sup>3</sup> PAUGAM S., ZOYEM J.-P., CHARBONNEL J.-M., *Précarité et risque d'exclusion en France*, La Documentation française, Documents du CERC n° 109, 1993.

<sup>4</sup> C'est-à-dire qu'elles n'ont rencontré aucun des membres de leur famille au cours des 3 derniers mois.

situation professionnelle<sup>1</sup> », c'est-à-dire que l'on passe d'environ un quart de personnes considérées comme « vulnérables ou très vulnérables » socialement parmi celles qui ont un emploi stable, à près de la moitié parmi les chômeurs depuis plus de deux ans.

Une enquête Eurostat (panel européen des ménages) de 1994<sup>2</sup> arrive à des conclusions similaires. Un « score d'isolement social » a été construit à partir de trois questions : « à quelle fréquence parlez-vous à vos voisins ? », « à quelle fréquence rencontrez-vous des amis et les parents qui ne vivent pas avec vous ? », « êtes-vous membre d'un club ou d'une organisation ? ». Le score moyen pour la France est de 1,64, ce qui la place au quatrième rang des 10 pays enquêtés. Ce score varie selon la situation par rapport à l'emploi, de 1,58 pour les personnes en emploi stable, 1,64 pour les personnes dont l'emploi est menacé, 1,77 pour les personnes en emploi précaire, et jusqu'à 1,85 pour les chômeurs depuis plus d'un an. Les chômeurs depuis moins d'un an ont cependant un score qui se situe entre l'emploi menacé et l'emploi précaire (cette observation vaut d'ailleurs pour la plupart des pays européens), comme si un chômage relativement récent était moins délétère<sup>3</sup> pour la sociabilité que l'emploi précaire ou le chômage prolongé (l'enquête Emploi du temps de 1998-1999 montre d'ailleurs que les chômeurs consacrent davantage de temps journalier à des pratiques de sociabilité que les actifs occupés<sup>4</sup>).

Si l'on s'intéresse au contenu des liens sociaux et à leur efficacité en termes d'aide et de soutien, l'enquête Eurostat permet de voir que la proportion de personnes aidées financièrement par leur entourage<sup>5</sup> (parents, amis ou autres personnes) est la plus forte parmi les personnes en emploi précaire (7,2%), et la plus faible pour les personnes en emploi menacé (2,6%). Le réseau social semble ici jouer un rôle compensatoire par rapport au risque de pauvreté<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> PAUGAM S., ZOYEM J.-P., CHARBONNEL J.-M., *Précarité et risque d'exclusion en France, op. cit.*, p. 89.

<sup>2</sup> Sur la population de 18 à 65 ans. PAUGAM S., « Pauvreté, chômage et liens sociaux en Europe », in *Données sociales 1999, op. cit.*, pp. 472-479.

<sup>3</sup> L'emploi même de ce terme suppose une interprétation causale qui n'est pas évidente, car on peut aussi faire l'hypothèse que l'isolement social préexistait au chômage...

<sup>4</sup> LETRAIT M., « L'utilisation par les chômeurs du temps libéré par l'absence d'emploi », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 101-125.

<sup>5</sup> BONVALET C., LELIÈVRE É., « Du concept de ménage à celui d'entourage : une redéfinition de l'espace familial », *Sociologie et sociétés*, vol. XXVII, n° 2, 1995, pp. 177-190.

<sup>6</sup> S'il est établi que les aides apportées par l'entourage améliorent le niveau de vie relatif des ménages, surtout pour les plus jeunes, on sait aussi que les plus durablement pauvres sont les moins aidés, cf. DE BARRY C., ENEAU D., HOURRIEZ J.-M., « Les aides financières entre ménages », *INSEE Première*, n° 441, 1996.

On dispose donc d'un ensemble de résultats assez nombreux et assez convergents pour être pris au sérieux, accréditant l'hypothèse d'une sociabilité plus faible, plus fragile ou plus instable pour les personnes dont la situation professionnelle est précarisée. Cependant, il faut garder à l'esprit que ces enquêtes ne mesurent que quelques-uns des multiples aspects des liens relationnels. De plus, comme toujours, la mise au jour d'associations statistiques ne dit rien des processus et de leur déroulement concret. Il est en outre difficile de démêler ce qui relève de la situation de précarité proprement dite et ce qui serait à référer aux évolutions contemporaines macro-sociales des formes de lien social (surtout lorsqu'on s'arrête à la sphère de la famille, dont on sait par ailleurs qu'elle connaît de profondes transformations). Il ne s'agit donc pas de refuser toute validité à ces résultats, mais de conserver une certaine prudence quant à leur interprétation, prudence qui consiste notamment à ne pas sauter trop vite du constat de liens sociaux moins nombreux à la thèse du « repli sur soi » ou de la « désocialisation » des populations professionnellement précarisées.

Quant à notre enquête par questionnaire auprès de salariés de Midi-Pyrénées, elle ne fait pas apparaître de résultat tranché. 7 variables permettent d'appréhender la sociabilité et le soutien social : d'abord, la composition du foyer, qui est une première (et grossière) approche de la situation relationnelle ; viennent ensuite 3 variables classiques concernant les aides diverses potentiellement mobilisables auprès de l'entourage<sup>1</sup> (pouvoir se confier à quelqu'un, pouvoir emprunter de l'argent, pouvoir se faire rendre des services) ; une variable qui concerne l'évolution des relations de voisinage ; une variable portant sur la fréquentation d'associations, clubs etc., et enfin une variable issue de la réponse à la chaîne de questions : « actuellement, souffrez-vous de quelque chose ? – si oui, en avez-vous parlé à quelqu'un ? – à qui ? ».

Le croisement de chacune de ces variables avec le statut de l'emploi (recodé entre « CDI » et « non CDI » : CDD, intérim et contrats aidés) fait apparaître les résultats suivants :

---

<sup>1</sup> Le terme « entourage » a été préféré à d'autres (« amis », « proches », « connaissances » etc.) car il est assez ouvert pour prendre en compte des liens relationnels de nature et d'intensité diverses. La formulation de la question appelait une réponse portant sur une éventualité (« en cas de problème ») et non sur une pratique effective ; elle faisait également intervenir la notion de « fiabilité » de l'entourage : « pourriez-vous *compter sur* une ou des personne(s) de votre entourage pour... ».

- les personnes occupant un CDI sont un peu plus de 60% à vivre en couple (avec ou sans enfants), tandis que les personnes ayant un autre type de contrat ne sont que 43% dans cette situation. Mais notons également que les autres modes de cohabitation (être hébergé par un tiers, être colocataire, vivre chez ses parents) concernent plus du quart des non-CDI (avec une corrélation significative pour les intérimaires et les personnes en contrat aidé), pour 10% seulement des personnes en CDI. Au final, il n'y a pas plus de personnes qui vivent seules parmi les salariés qui ne travaillent pas en CDI ;

- pouvoir se confier à quelqu'un de son entourage (81% de l'ensemble) est davantage le fait des personnes en CDI (85%, pour 76% parmi les non-CDI, avec en particulier une corrélation négative avec les intérimaires). Mais en ce qui concerne les services (85% de l'ensemble) ou le prêt d'argent (63%), les CDI ne déclarent pas un soutien plus prononcé. Ce sont plutôt les personnes en CDD qui pourraient plus facilement recevoir une aide financière (76%), et les personnes en contrats aidés qui peuvent compter sur leur entourage pour leur rendre des services (93%)<sup>1</sup>. Les intérimaires quant à eux se démarquent une fois de plus par un soutien nettement moins assuré, qu'il s'agisse de services (78%) ou de prêt d'argent (44%).

L'analyse des entretiens permet de relativiser certaines de ces réponses, en particulier pour ce qui concerne les services ou le prêt d'argent. En effet lorsque, dans l'entretien, j'ai abordé avec les personnes leurs réponses au questionnaire pour ces variables mettant en jeu l'entourage, il est apparu que pour nombre d'entre elles, le « oui » est à interpréter avec prudence : demander de l'aide auprès de l'entourage est certes possible en théorie (d'où la réponse positive au questionnaire), mais il s'agirait d'une démarche de dernier recours, qu'on n'effectuerait que si vraiment on ne pouvait pas faire autrement. Ainsi s'expriment par exemple Mme Beban<sup>2</sup> : « au niveau de [la famille de mon ami] on pourrait au moins se faire héberger si par exemple on avait un problème de logement... Bon, mais c'est pas mon style ça, moi je suis pas... Mais au cas où, on pourrait », ou M. Terray : « en fait j'aime pas demander de l'argent quoi, à la base, donc (rire) je me débrouille seul ». Cette affirmation d'une autonomie choisie et revendiquée, d'une volonté de « se débrouiller » seul, est fréquente dans les entretiens. On peut interpréter ces réponses en référence à la théorie du don

---

<sup>1</sup> On sait que ces aides font le plus souvent appel à la solidarité familiale, cf. CRENNER E., « Famille, je vous aide », *INSEE Première*, n° 631, 1999.

<sup>2</sup> Cf. : Annexe 6, Présentation des entretiens avec les salariés.



énoncée par Marcel Mauss<sup>1</sup> qui suppose l'obligation de rendre : on peut imaginer que lorsqu'une personne se sait dans l'impossibilité d'accomplir le contre-don, elle préfère ne pas recevoir, pour ne pas avoir à se sentir redevable ;

- les relations de voisinage sont appréhendées rétrospectivement avec la question : « au cours des deux dernières années, diriez-vous que vos relations avec votre voisinage : sont restées les mêmes, se sont améliorées, se sont dégradées ? ». 71% de l'ensemble des personnes ont choisi la première proposition, 20% la deuxième et 5% la troisième. Notons-le, ces réponses ne supposent ni l'existence même de relations avec le voisinage, ni que ce voisinage soit resté le même au cours de la période considérée. Néanmoins, on peut penser que la perception d'une évolution des liens avec ces autrui géographiquement proches exprime quelque chose de la sociabilité générale. Les personnes en CDI ont plus que les autres l'impression d'une stabilité de ces relations (80%). En revanche, les personnes en CDD sont significativement plus nombreuses à percevoir une dégradation (10%), tandis que les intérimaires et les personnes en contrat aidé déclarent davantage que ces relations se sont améliorées (28%) ;

- la fréquentation d'associations ou de clubs divers concerne un tiers de l'échantillon. Sur ce point, le seul statut d'emploi qui se démarque est celui des contrats aidés, parmi lesquels plus de la moitié des salariés déclarent pratiquer ce type d'activité. Le questionnaire ne permet pas d'en savoir davantage sur la nature de ces pratiques, mais ce résultat en tout cas ne va pas dans le sens d'un « repli sur soi » des personnes en emploi précaire ;

- 115 personnes ont déclaré « souffrir de quelque chose », parmi lesquelles 95 en ont parlé à quelqu'un. Il s'agit pour moitié de personnes en CDI et pour moitié de personnes avec d'autres types de contrat. Lorsqu'ils se sont confiés, les salariés en CDI l'ont davantage fait auprès de leur médecin, tandis que les autres se sont plutôt tournés vers des proches<sup>2</sup>.

Ainsi, les éléments disponibles dans le questionnaire pour évaluer une éventuelle faiblesse relationnelle en situation de précarité professionnelle n'amènent pas à confirmer cette hypothèse. Encore faut-il préciser que les indicateurs sont

---

<sup>1</sup> MAUSS M., *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950.

<sup>2</sup> Ce résultat est difficile à interpréter dans la mesure où cette question (« vous arrive-t-il de souffrir de quelque chose ? ») arrive dans le questionnaire à la suite d'une série d'interrogations concernant la santé, et a donc pu être reliée à ce thème par les personnes, ce qui expliquerait la forte présence du médecin parmi les confidentiels choisis.

extrêmement rudimentaires et que, faute de questions dignes d'une véritable analyse de réseaux et d'une réelle approche longitudinale (au moins rétrospective), ces résultats ont une portée limitée. Cependant, un autre ensemble de résultats mérite d'être mentionné : il s'agit du croisement entre ces mêmes variables évaluant des aspects de la sociabilité et le fait d'avoir connu au cours de la vie « une ou des période(s) de chômage particulièrement difficile(s) ». Cette expérience douloureuse du chômage peut ici tenir lieu d'un indicateur de précarité, non plus au regard du statut de l'emploi, mais à l'échelle du parcours professionnel (*ex post*). Et la conclusion cette fois est nette : pour toutes les variables, les personnes qui ont connu le chômage (n=94) déclarent moins de soutien social. Pour ne relever que les associations statistiquement significatives, elles sont ainsi plus nombreuses à ne pas pouvoir se confier, se faire rendre un service ou se faire prêter de l'argent en cas de problème ; plus nombreuses également à n'avoir parlé à personne lorsqu'elles ont déclaré « souffrir de quelque chose ». Reste la question de savoir si ce résultat est à interpréter dans le sens d'un affaiblissement du réseau relationnel à la suite de l'expérience du chômage, ou comme la trace d'une perte de confiance dans l'entourage (perte peut-être liée à des déceptions ressenties pendant ces périodes où l'aide attendue ou demandée n'est pas venue<sup>1</sup>), ou bien encore comme une mise à distance volontaire due au sentiment de honte lié au stigmatisme du chômage.

Les données qualitatives permettent d'aller plus loin dans la compréhension des processus de formation et d'entretien des réseaux sociaux, et de leurs rapports plus ou moins étroits avec l'univers professionnel. Les 30 entretiens réalisés auprès de salariés de Midi-Pyrénées font apparaître l'ambivalence des liens entre précarité de l'emploi et pratiques de sociabilité. L'extrait suivant permet de poser un certain nombre d'hypothèses qui vont dans le sens d'une non-unilatéralité de cette relation :

*« J'ai eu des amis, plus jeune, et puis en fait à force de partir, de rentrer une semaine et de repartir, on les perd quoi, les... J'en ai encore, mais... Sur Toulouse oui, surtout des amis de [Fasty], avec qui je fais la fête. On voulait monter une association et puis pour l'instant ça tombe un peu à l'eau. (...) Et sinon j'ai des amis sur le périscolaire, des animateurs, et -trices (...), là on calme un peu parce que **financièrement, ça suit pas**, mais... ouais, on se voit ouais (...) A la rigueur les gens que j'ai sur Toulouse c'est **plutôt des collègues, des camarades de jeu, et moins des amis** quoi. Et puis de toute façon*

---

<sup>1</sup> C'est le cas par exemple chez Mme Alpe : « vous demandez une fois, et vous voyez qu'on vous aide pas, alors après j'ai plus rien demandé ».

*L'amitié ça se crée pas en... en 6 mois quoi. (...) Mais en fait moi j'ai très peu d'amis quoi, dans le sens où... Comme on dit, l'amitié ça s'entretient, et c'est vrai qu'en changeant tout le temps d'endroit c'est difficile de... Mais j'ai des relations, entre les animateurs que j'ai connus, les gens que j'ai connus en centres de vacances, des relations dans toute la France quoi, et je les vois, quand j'ai un peu de thunes pour voyager, je me barre et je vais les voir. Mais sinon... » (M. Sernin, 26 ans, animateur)*

De cet exemple peuvent être tirées plusieurs pistes interprétatives :

- la mobilité géographique (plus fréquente chez les personnes en emploi précaire<sup>1</sup>) ne favorise pas l'entretien des liens sociaux, même si l'éloignement n'entraîne pas une rupture systématique de ces liens,

- même lorsque les relations sociales naissent à l'occasion d'un contrat précaire, elles peuvent perdurer au-delà de la fin du contrat,

- la multiplicité des emplois pourrait avoir au contraire un effet d'élargissement du réseau social par multiplication des rencontres<sup>2</sup>,

- l'aspect financier n'est pas négligeable dès lors que l'entretien d'un réseau amical implique des déplacements ou des sorties qui supposent d'avoir un budget suffisant,

- la nature et la force des liens doivent être analysés finement : si l'on s'en tenait à une approche quantitative mesurant la sociabilité à la fréquence et au nombre des contacts, M. Sernin pourrait être considéré comme relativement isolé. Pourtant, et c'est le cas de nombreuses autres personnes vues en entretien, il précise bien que s'il a peu de connaissances, il a quelques « vrais amis » et que c'est là l'essentiel. On peut penser ici au type de réseau qui caractérise les personnes situées plutôt au bas de l'échelle sociale (surtout lorsque celle-ci est définie par le niveau de diplôme), constitué de « quelques liens qui représentent la dernière richesse », des liens peu nombreux mais forts : « la fixation sur quelques liens à fonction vitale produit un effet de proximité et de présence qui est à la base de la spontanéité, de l'immédiateté, de la "chaleur" souvent décrites dans les milieux populaires : la pauvreté sociale des relations se transforme en richesse psychologique et

---

<sup>1</sup> 15% des personnes en CDD et 12% des intérimaires ont changé de commune d'habitation entre 2001 et 2002, contre 8% des salariés en CDI, cf. : CANCÉ R., FRÉCHOU H., « Les contrats courts : source d'instabilités mais aussi tremplin vers l'emploi permanent », *op. cit.* Dans notre enquête, près de la moitié des salariés en contrat précaire occupent leur logement actuel depuis moins de 3 ans, pour un tiers seulement des salariés en CDI. A l'opposé, 56% des salariés en CDI occupent leur logement depuis plus de 5 ans, pour 36% seulement des salariés en contrat non durable.

<sup>2</sup> C'est ce que rapporte Mme Mermoz : « le fait d'avoir beaucoup bougé aussi, ça fait des strates de vie comme ça, ça fait des belles amitiés. (...) Je le sens comme un enrichissement ».

existentielle<sup>1</sup> ». Les caractéristiques de la sociabilité seraient alors à rapporter non à des effets propres de la situation de précarité, mais plus en amont aux cultures relationnelles dont on sait qu'elles sont socialement différenciées.

Ainsi, il n'y a pas de réponse généralisable à la question d'une éventuelle symétrie entre insertion relationnelle et insertion professionnelle. Si le chômage est globalement associé à une faiblesse (au moins quantitative) du réseau social, on ne peut pas élargir le résultat à l'ensemble des situations qui diffèrent de l'emploi stable. De plus, cette association ne préjuge pas d'un lien de causalité : s'il est plus que plausible que la perte d'un emploi entraîne une rupture d'au moins quelques liens relationnels, on peut aussi inverser la logique et suggérer que c'est l'existence préalable d'un réseau social étendu qui a permis à certains d'accéder à un emploi stable.

Pour aller plus loin, il faut oser l'hypothèse d'une sociabilité indépendante du travail et, en suivant la suggestion de S. Schehr, remettre en question cette « réduction de la sociabilité au rang de variable dépendante », qui pose les relations de travail comme centrales et déterminantes et « revient à considérer qu'il n'y a pas de place pour la rencontre en dehors de l'organisation du travail<sup>2</sup> ». Même si elles ne sont pas (ou pas encore ?) quantitativement majoritaires, des formes de sociabilité autonomes par rapport au travail se font jour ici et là, en particulier chez les jeunes chômeurs ou travailleurs précaires. S. Schehr, P. Grell et A. Wéry<sup>3</sup> ou L. Roulleau-Berger<sup>4</sup> ont exploré ces « nouvelles sociabilités », ces solidarités « en pointillés », urbaines, dispersées et fluides, tribales, marquées par l'aléatoire mais non dépourvues de contenu et de sens du collectif, reposant sur le partage d'activités (artistiques, militantes, associatives ou liées à l'économie informelle), et relativement indépendantes du cadre professionnel (lorsqu'il en existe un). Compte

---

<sup>1</sup> KAUFMANN J.-C., « Vie hors couple, isolement et lien social : figures de l'inscription relationnelle », *op. cit.*, p. 609.

<sup>2</sup> SCHEHR S., *La vie quotidienne des jeunes chômeurs*, *op. cit.*, p. 213.

<sup>3</sup> GRELL P., WÉRY A., *Héros obscurs de la précarité*, Paris, L'Harmattan, 1993.

<sup>4</sup> ROULLEAU-BERGER L., *Jeunesses et cultures de l'aléatoire. De l'emploi précaire à la socialisation professionnelle*, Rapport MIRE, octobre 1991. Les « cultures de l'aléatoire » sont caractérisées par « l'incertitude comme mode de vie, la non-appartenance à un espace social dont les contours seraient bien définis, [et elles] apparaissent soumises à des travaux de réparation, de construction, de déconstruction permanents du fait qu'elles se définissent à partir de situations de rupture répétées sur un mode toujours nouveau » (p. 15).

tenu du nombre grandissant de jeunes qui tardent à entrer dans la vie professionnelle, et pour qui celle-ci n'est pas l'horizon premier de l'existence, il est plausible que ces sociabilités hors travail se développent de plus en plus. Il faut cependant préciser que certaines conditions sont nécessaires pour qu'elles puissent « s'épanouir durablement malgré la situation de chômage : avoir dépassé le stade de la lutte pour la survie, ne pas se percevoir comme un travailleur inoccupé, ne pas être isolé et enfermé dans la structure familiale et, enfin, développer un certain nombre d'activités autres que le travail<sup>1</sup> ». Pour Robert Castel, ce qui fait défaut à ces « nouvelles sociabilités flottantes qui ne s'inscrivent plus dans des enjeux collectifs, (...) c'est moins sans doute la communication avec autrui (ces jeunes ont souvent des relations plus étendues que beaucoup de membres des classes moyennes) que l'existence de projets à travers lesquels les interactions prennent sens<sup>2</sup> ». Reste à savoir si, comme le pense R. Castel, les « enjeux collectifs » et le « sens » des interactions ne peuvent prendre corps que dans une problématique du travail. Mais même dans l'hypothèse où ces sociabilités émergentes constitueraient en germe un modèle alternatif pour demain, elles ne concernent pour l'instant qu'une petite partie de la population invalidée par le chômage et la précarité de l'emploi (les plus jeunes), dont l'immense majorité aurait bien du mal à se reconnaître dans ces pratiques relationnelles innovantes et, pourrait-on dire, « décontractées ».

### **Les temporalités du non-travail**

On peut transposer à la question des temporalités cette interrogation sur des sociabilités « nouvelles », non centrées sur le travail. Dans la mesure où l'opposition structurante temps de travail / temps hors travail perd de sa pertinence lorsque l'activité professionnelle est irrégulière, discontinue et peu prévisible, quels statuts prend le temps de non-travail, sur quels modes et autour de quels rythmes ce temps est-il expérimenté par les sujets ?

P. Grell et A.-M. Wéry, dans leur analyse des « héros obscurs de la précarité<sup>3</sup> », mettent en évidence plusieurs figures de ce temps de non-travail. La première, bien

---

<sup>1</sup> GRELL P., WÉRY A., *Héros obscurs de la précarité*, op. cit., p. 215.

<sup>2</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit., pp. 416-417.

<sup>3</sup> GRELL P., WÉRY A., *Héros obscurs de la précarité*, op. cit.

connue notamment à travers les travaux sur les chômeurs<sup>1</sup>, est celle d'un *temps entre parenthèses*, vide, subi, déstructuré, dans lequel la référence reste le temps de travail et où le présent est « suspendu » à un retour hypothétique à l'emploi. Mais l'alternance entre emploi précaire et chômage peut aussi donner lieu à l'émergence d'un *temps stratégique* qui acquiert progressivement une consistance propre, où une réappropriation du temps se fait jour, où de véritables « temps vécus<sup>2</sup> » sont construits, et où une projection dans l'avenir est possible. Ce peut être alors le *temps du projet*, dans lequel le temps de non-travail est réinvesti par une succession de projets qui orientent les conduites. C'est alors le temps de travail (précaire) qui apparaît comme un temps mort. Plus loin encore dans la réappropriation subjective du temps se trouve le *temps plein créatif*, où le temps de chômage est occupé par un travail créatif (artistique par exemple), un travail-œuvre, qui nécessite précisément d'avoir du temps « pour soi ». Enfin, certaines personnes ont rompu radicalement avec la dichotomie temps de travail/temps hors travail et revendiquent une autonomie totale par rapport à l'activité salariée, dans l'idée que seul l'usage libre de son temps donne un prix véritable à l'existence. Cette attitude repose sur un refus des voies socialement tracées comme « normales », que l'on remplace par une (ré)invention de la vie au quotidien, au gré des rencontres et des opportunités. Cette figure des jeunes précaires « voleurs de temps » apparaît également dans le travail de Sébastien Schehr<sup>3</sup> ou dans celui de Patrick Cingolani. Ce dernier définit ainsi le temps vécu par ces personnes : « qu'elle soit longue période de "stabilité" partagée entre travail et "non-travail", qu'elle soit "saute d'humeur", ou bien encore moment "d'inactivité", ce qui fait la précarité, au-delà de la régularité des cours de danse, de handball ou d'animation, au-delà de l'assiduité au travail solitaire de la guitare, de la philosophie ou de la littérature, c'est un temps à "claire-voie",

---

<sup>1</sup> Cf. le « don tragique » qu'est le temps « libre » pour les chômeurs de Marienthal : LAZARSFELD P., JAHODA M., ZEISEL H., *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, Éditions de Minuit, 1981 ; SCHNAPPER D., *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard, 1981.

<sup>2</sup> Au sens où W. Grossin les définit comme des « temps personnels », construits par l'individu dans ses pratiques et ses comportements, et qui le protègent de la domination excessive des temps extérieurs. Cf. : GROSSIN W., *Les temps de la vie quotidienne*, Paris/La Haye, Mouton, 1974.

<sup>3</sup> SCHEHR S., *La vie quotidienne des jeunes chômeurs*, *op. cit.*, p. 232. Dans l'analyse des temporalités vécues par ces jeunes chômeurs apparaît une configuration intéressante parce qu'intermédiaire à celles qui ont été décrites auparavant : celle d'un jeune homme qui perçoit comme positive l'alternance entre temps contraint du travail et temps disponible du non-travail. Il s'agit ici moins d'un refus du temps hétéronome du travail que d'un besoin d'équilibre dans la diversité, d'un juste milieu entre un temps en permanence incertain et un temps trop durablement contraint.

inassignable à un "ordonnement", occasion à l'ennui, aux flâneries, comme aux rencontres et aux rêveries<sup>1</sup> ».

Étant donné que les travaux cités ici mettent en scène des populations jeunes, on peut s'interroger sur la durabilité de ces temporalités : sont-elles assez cohérentes, assez autonomes, et finalement assez satisfaisantes pour se prolonger durablement ? La question reste ouverte pour l'instant, mais l'hypothèse d'une extension de ces nouvelles temporalités sociales est plausible si on la situe dans le cadre d'une remise en cause plus générale et d'un assouplissement déjà avéré des structurations temporelles dominantes<sup>2</sup> : les évolutions du temps de travail et la précarisation croissante de l'emploi participent à la désinstitutionnalisation de la continuité et de la linéarité temporelles comme normes biographiques. De plus, avoir du temps « à soi » est une priorité affirmée par un nombre grandissant de personnes (y compris parmi celles pour qui le travail reste une valeur et un repère centraux). Cette revendication d'un épanouissement personnel « ici et maintenant », ce refus du report perpétuel de la réalisation de soi sont autant de signes que le temps est bien un enjeu social majeur. Cependant, la capacité à s'abstraire du temps dominant (celui du travail) n'est pas donnée à tout un chacun : « une temporalité qui n'est plus ponctuée, coordonnée par le rythme productif ou par la régularité de quelque activité lucrative doit nécessairement sous-entendre une sérieuse capacité d'auto-orientation sous peine de "s'empêtrer" définitivement dans la durée, voire de se perdre en elle dans la reconduction indéfinie du "même" et la dissolution de toutes les instances de repérage de ce qui fut fait et de ce qui reste à faire<sup>3</sup> ».

Il faut d'autre part insister sur la dimension sexuée des emplois du temps non professionnel, en rappelant que le temps consacré au travail domestique est toujours nettement plus important pour les femmes<sup>4</sup>. Dès lors, il est difficile de considérer comme réellement « libre » le temps hors travail. La forte féminisation

---

<sup>1</sup> CINGOLANI P., *L'exil du précaire*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986, p. 86.

<sup>2</sup> SUE R., *Temps et ordre social*, Paris, PUF, 1994 ; ROUCH J.-P., *Instants d'images : approches sociologiques de l'image, du temps et des rythmes sociaux*, Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse II-Le Mirail, 1996.

<sup>3</sup> CINGOLANI P., *L'exil du précaire*, *op. cit.*, p. 81.

<sup>4</sup> Ce temps est passé, chez les hommes, de 1,7 à 2,1 heures par jour entre 1966 et 1998, et chez les femmes, de 7,3 à 4,7 heures par jour (hommes de moins de 50 ans et femmes de moins de 47 ans vivant en couple et en zone urbaine), cf. : CHENU A., « La charge de travail professionnel et domestique des femmes : cinquante années d'évolution », in *Données sociales 2002-2003*, *op. cit.*, pp. 467-474.

du temps partiel contribue par ailleurs à reproduire cette inégalité de genre<sup>1</sup>, de même que pour une majorité de femmes, la réduction du temps de travail s'est traduite par une augmentation du temps dédié aux tâches domestiques<sup>2</sup>. De plus, lorsque la corvéabilité professionnelle est forte, le temps de non-travail est lui aussi profondément perturbé et contraint, comme l'observe par exemple N. Cattaneo pour les caissières de la grande distribution dont les horaires de travail sont extrêmement variables et peu prévisibles<sup>3</sup> : « de par la soi-disant souplesse introduite dans le temps de travail et l'"absence" de bornes temporelles limitant son étirement tout azimut, toute vie en dehors du travail devient elle-même ingérable car complètement aléatoire. La vie sociale et familiale devient subordonnée, déconstruite et démantelée par l'imprévisibilité du temps de travail et son incertitude<sup>4</sup> ».

Les entretiens menés auprès de salariées de la région toulousaine, thématiquement orientés en grande partie sur le travail, ne permettent pas d'explorer de façon véritablement approfondie cette question de l'existence d'une temporalité autonome par rapport au travail. Néanmoins, quelques observations peuvent être faites concernant les occupations, les rythmes et les modes de catégorisation du temps de non-travail. Deux remarques préliminaires tout d'abord : d'une part, tous les temps de non-travail ne se valent pas. Le temps de chômage entre deux emplois, les moments de non-travail dans un emploi à temps partiel, le non-travail d'un arrêt maladie ou celui des congés sont des temps aux statuts différents, inscrits dans des perspectives distinctes. D'autre part, la situation financière est un élément déterminant, car un budget trop faible interdit certaines occupations qui ont un coût : activités sportives, loisirs ou sorties, pratiques de consommation : « *je vais pas dans les magasins parce que j'ai pas les moyens, le peu que j'ai c'est pour payer mes factures, donc ça*

---

<sup>1</sup> SILVERA R., « Les femmes et la diversification du temps de travail : nouveaux enjeux, nouveaux risques », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 1998. Il faut noter que la distinction entre temps partiel « choisi » et « subi » mérite d'être discutée au regard de cette assignation au travail domestique, au regard également des inégalités de genre dans l'emploi et le travail : pour un grand nombre de femmes le temps partiel correspond plutôt à un « choix contraint ».

<sup>2</sup> MÉDA D., ORAIN R., « Transformations du travail et du hors travail : le jugement des salariés sur la réduction du temps de travail », *Travail et emploi*, n° 90, avril 2002, pp. 23-38.

<sup>3</sup> D. Kergoat parle de « nomadismes sexués » : « dans le temps pour les femmes (travail à temps partiel), dans l'espace pour les hommes (intérim, chantiers : BTP, nucléaire, etc.) », cf. : KERGOAT D., « La division du travail entre les sexes », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, p. 322.

<sup>4</sup> CATTANÉO N., « Précarités et travail à temps partiel des femmes. L'exemple des caissières d'hypermarché », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, op. cit., p. 337.



*m'intéresse pas de sortir, de lécher les vitrines, de me donner envie ! Je préfère rester ici devant la télé, tranquille, me reposer* » (Mme Damo, 31 ans, sans emploi, enceinte).

L'analyse des entretiens fait apparaître quatre grandes façons de vivre les temps de non-travail, avec des variantes. Tout d'abord, pour une dizaine de personnes, le temps de non-travail est consacré essentiellement (c'est du moins la réponse qui est donnée en premier) à des activités tournées vers la vie professionnelle, qu'il s'agisse de la recherche d'emploi (petites annonces, lettres de candidature, entretiens...) ou de la préparation de concours. On peut remarquer que ces activités ne concernent pas uniquement l'avenir, mais peuvent être des apprentissages professionnels en autodidacte liés à l'emploi actuel ou très prochain. Ainsi M. Terray, qui après quelques expériences d'intérim en électrotechnique a travaillé pour la première fois dans une entreprise d'électronique : *« le premier mois ça a été dur, je bûchais ici chez moi, le soir, les schémas, les signaux... (...) Je m'étais accroché quoi, parce que c'était intéressant l'électronique, en fait ça me complétait avec l'électricité quoi, donc c'était pas mal* ». Ou M. Sernin, animateur périscolaire durant l'année et accompagnateur de séjours sportifs pendant l'été : *« j'ai pas beaucoup d'heures de boulot, mais ça me prend quand même pas mal de temps pour préparer des trucs assez intéressants pour les mêmes... Là par exemple des séjours comme juillet-août ça me prend 2 mois de travail en amont quoi, pour préparer mes circuits, ça me prend énormément de temps* ». On peut considérer que pour ces personnes le temps hors travail est avant tout investi comme un *temps para-professionnel*.

Une autre catégorie est celle du *temps vide* associé à une perte de repères et de régularité des rythmes. Le non-travail est ici désœuvrement, apathie, temps ralenti, temps perdu. Plus que le non-travail, c'est peut-être l'association inactivité/repli sur le « chez soi » qui fait ici figure de repoussoir. C'est sur ce mode que Mme Anam, par exemple, a vécu quelques mois de chômage : *« eh ben ce que je faisais, je vais vous dire : j'étais sur ce fauteuil, et je regardais la télé. Et je m'empiffrais de chocolat. Voilà* ». Cette période a laissé à Mme Anam un si mauvais souvenir qu'elle se dit dorénavant *« prête à tout pour trouver – pour ne plus rester à la maison, pour me trouver un boulot* ». Mlle Arène exprime quant à elle de façon très saisissante sa difficulté à structurer son temps en l'absence d'emploi : *« en travaillant, tu sens justement que ton temps libre est plus... enfin que ton temps libre est occupé pour toi* ».

Dans les deux autres catégories le passage du temps « vide » au temps « libre » est accompli. Mais cette liberté s'actualise de deux façons différentes. Il y a d'une part un temps libre que l'on cherche à meubler, à occuper, à rendre *utile* et actif, comme s'il y avait un interdit de l'oisiveté. Faire ses courses ou son ménage, faire « des

papiers<sup>1</sup> »... Les occupations ne manquent pas. Dans cette catégorie de discours, à défaut d'un emploi du temps lié au travail, la norme reste celle de l'activité. C'est le cas par exemple de M. Blagnac, qui dit ne jamais s'ennuyer :

« Non non, parce que **je m'occupe**... Soit je bûche, soit je lis, soit je fais un peu de mécanique, soit je joue avec le chien, soit... ça j'ai le... **un certain don pour m'occuper**. (...) Parce que bon, même quitte à faire le ménage ou des choses comme ça, bon ben moi je vais faire le ménage plutôt que d'attendre quoi. Non, **la peur d'être désœuvré ou un truc comme ça, non, ça je l'ai pas** ».

« Je m'occupe, j'ai du repassage, de l'entretien, j'ai... ça c'est personnel, un album photos que je dois faire, pour moi... (...) J'ai de quoi faire quoi, des courriers... », dit de son côté M. Terray, mais il ajoute – et cela montre bien que « s'occuper » n'a qu'un temps et que le travail reste l'activité « normale » : « je pense que je pourrais à la limite ne pas bosser pendant un mois, mais je sais qu'au bout d'une semaine je vais m'ennuyer, il faut que je trouve à travailler ». On retrouve le même état d'esprit chez Mme Alpe qui, bien que ne manquant pas de « choses à faire » pendant son temps libre, précise : « je suis pas quelqu'un à rester... Non... Je m'ennuierais, même, chez moi. Non, moi il me faut être active ».

A côté de ce temps quantitatif qu'il s'agit de remplir, on trouve chez certaines personnes un véritable *temps à soi*, libéré de toute obligation à être « actif ». Ce que l'on fait quand on ne travaille pas, c'est ce que l'on a envie de faire : voir des amis ou de la famille, se promener, participer à une association, passer du temps avec ses enfants. Cela peut aussi consister à « ne rien faire », sans culpabilité. Ainsi Mme Chafi, qui travaille à temps partiel :

« Ben là aujourd'hui j'étais fatiguée, j'ai fait la sieste ! (rire) Sinon... J'ai mon amie qui finit à 3 heures le travail, je passe la voir... euh... Je suis pas mal vidéo... Et sinon, je vais chez mes parents ou chez mes sœurs, avec les petites, comme y'a le jardin, la petite elle est contente »,

ou Mme Jodu, en arrêt maladie pour raison de santé :

« **Je m'occupe tout le temps** quand même, je lis, je lis, je regarde la télé, je vais promener mon chien, puis je m'en vais faire les magasins un peu, **tranquillement**. (...) **J'ai de quoi m'occuper**, et puis mes enfants viennent, je vais chez eux, ils viennent me chercher... Non, ça va. Je vais chez mon amie là, Denise, dans l'Ariège, à la campagne, on est toutes les deux avec son mari, on est bien, **on profite**, on marche... »,

ou bien encore Mme Blondel, qui travaille à plein temps :

« En ce moment j'ai peu d'activités mais sinon, oui, je bouge beaucoup, je reste rarement chez moi, je fais de la montagne, je... je bouge. (...) Mais **je suis capable aussi de rester chez moi à ne strictement rien faire, ça me gêne pas du tout** ».

---

<sup>1</sup> On peut remarquer au passage la fréquence de cette activité administrative privée : les « papiers », la « paperasse »... Peu visible, cette activité « grise » qui se glisse dans les interstices de la vie domestique demande tout de même du temps.

Une modalité particulière de ce temps « pour soi » est celle de personnes qui ont connu antérieurement des horaires de travail lourds ou difficiles, et qui goûtent le plaisir d'être libre de leur emploi du temps et des rythmes internes de leurs activités, comme l'exprime Mme Kléber qui a travaillé toute sa vie en 3/8 :

*« Ça serait bien d'avoir tout le monde à 55 ans la retraite ! Parce que bon, on n'est pas vieux, on peut en profiter quoi. (...) Disons que j'ai pas d'horaires. Avant quand on travaille on a toujours un horaire à respecter quoi, et maintenant bon, je fais plus attention à l'heure. (...) Je me couche beaucoup plus tard maintenant. Et je me lève plus tard. Parce que même quand je travaillais, j'ai toujours été une couche-tard, mais bon, en travaillant, on est obligé de se lever plus tôt quoi. Moi je suis plutôt... de la nuit quoi. Pas sortir hein, mais à traficouiller la nuit, pas le matin quoi. Je suis pas du matin moi, je suis du soir. Et ce qu'il y a de bien quand on est arrêtée c'est qu'on n'a plus à se préoccuper des horaires<sup>1</sup> ».*

Dans un cas comme celui-là, où l'on sait que la cessation d'activité professionnelle sera longue ou même définitive, on observe la capacité des personnes à se créer des routines alternatives, souvent inscrites dans des relations amicales ou familiales.

En ce qui concerne plus spécifiquement les rythmes temporels à l'échelle de la semaine, du mois ou même de l'année, on peut remarquer que, pour des personnes qui ne vivent pas seules, le rythme scolaire des enfants ou le rythme de travail du conjoint font office de repères, comme pour Mme Enzo, dont les périodes de travail sont irrégulières :

*« Qu'est-ce qui marque des repères dans votre vie ? – Peut-être les périodes de vacances de David, parce que moi j'en ai pas, donc... Oui, je dirais ça oui... Oui parce que c'est des moments euh... Oui c'est assez régulier... Oui je dirais ça, et puis c'est des moments où je peux me... enfin que j'attends, parce que c'est des périodes de repos en général pour moi aussi, enfin de... Il prend un peu le relais, donc... Donc, oui, c'est des repères pour moi ».*

Cette analyse des entretiens montre donc, finalement, la diversité des temps vécus à côté ou en dehors de l'activité professionnelle. Il me semble que ces observations ne permettent pas d'affirmer que le mode principal de structuration du temps est systématiquement référé à l'activité professionnelle, mais plutôt que, selon le moment dans le parcours, selon la nature du rapport au travail, et selon la

---

<sup>1</sup> On peut souligner que Mme Kléber décrit son temps libre dans un registre totalement opposé à celui du travail : elle mentionne en effet le « stress », l'obligation de travailler rapidement, les « coups de gueule » qui jalonnaient des journées de travail.

« consistance » de la vie personnelle, une distance plus ou moins grande peut être prise avec le modèle du temps de travail.

Cette brève esquisse d'analyse de quelques-unes des dimensions de l'existence dans un contexte de précarité de l'emploi (la question des moyens d'existence, celle de l'univers relationnel, et celle des temporalités) suggère que, contrairement à l'image véhiculée notamment par la notion d'« exclusion », les individus ne sont pas les simples supports de processus structurels sur lesquels ils n'ont aucune prise. S'il est vrai que certaines réalités s'imposent à eux, comme la faiblesse ou l'instabilité des ressources économiques et les limitations qui en découlent, ils réagissent de multiples façons aux situations qu'ils rencontrent. De nombreuses recherches montrent ainsi que la « vie précaire », marquée par l'incertitude des lendemains, n'est pas un mode de vie anémique (au sens de l'absence de normes et de règles), mais consiste plutôt en une *autre organisation de l'existence*, aussi bien au plan matériel que symbolique. On pense par exemple au travail pionnier d'Agnès Pitrou auprès de familles usagères de Caisses d'Allocations Familiales, et qui connaissent des difficultés de tous ordres (pauvreté matérielle, problèmes de logement, d'emploi, de santé...)¹. Cette recherche montre en détail la diversité et l'ingéniosité des recours mis en place par les familles, le plus souvent ponctuellement, « au coup par coup ». Il est intéressant de remarquer également que les solutions mises en œuvre appartiennent souvent au registre du « naturel », de l'habituel, et que sur le moment, elles apparaissent aux yeux des familles comme étant les seules possibles. D'autre part, l'analyse des histoires familiales a permis de dégager des « moments-clefs », périodes ou circonstances² dans lesquelles l'équilibre quotidien est particulièrement fragile, et où la moindre perturbation peut donner lieu à un enchaînement de complications et de problèmes qui tendent par la suite à devenir chroniques. Enfin, A. Pitrou suggère que « se sortir » d'une difficulté ne consiste pas nécessairement à rétablir la situation antérieure, mais plutôt à assumer une nouvelle étape et à reprendre une certaine maîtrise sur le cours des événements.

---

¹ PITROU A., *La vie précaire. Des familles face à leurs difficultés*, Études CAF n°21, 1978.

² Les débuts de la vie conjugale, l'arrivée d'un enfant, un déménagement...

Le travail de Dominique Schnapper sur les différents types d'expériences du chômage<sup>1</sup> permet également de mieux comprendre comment les individus se comportent face à un événement qui remet en question le cours de leur vie. Les trois types idéaux de « vécu » du chômage qui sont définis dans cette recherche apparaissent directement liés aux significations que les individus donnent au travail, ainsi qu'à leur faculté de construire un statut de substitution à celui de l'emploi, à entretenir des relations sociales indépendantes de l'activité professionnelle, et à maintenir l'intégration familiale.

Finalement, il ressort de nombreux travaux de recherche effectués sur cette thématique de la « précarité<sup>2</sup> » que, dès lors que l'on s'intéresse aux expériences telles qu'elles sont narrées et interprétées par les personnes, la dimension centrale est celle de l'*incertitude* plutôt que celle du manque. Ce qui pose problème en effet, c'est avant tout l'imprévisibilité de l'avenir proche et la perte de repères fiables pour anticiper sur l'organisation de l'existence. Il serait sans doute plus juste de parler d'*incertitudes* (au pluriel), car il ne s'agit pas ici de l'imprévisibilité ontologique de l'avenir, dont chacun peut faire l'expérience, mais d'un ensemble de problèmes concrets ancrés dans la matérialité de la vie quotidienne. M. Leclerc-Olive, S. Engrand et M. Sall<sup>3</sup> proposent la notion de « système d'incertitudes » pour rendre compte de situations où de multiples « lieux d'incertitude » (emploi, revenu, logement, santé...) se cumulent, s'emboîtent et interagissent. On peut alors observer une hiérarchisation de ces incertitudes (une façon de « parer au plus pressé »), effectuée en situation par les acteurs sociaux en fonction des contraintes et des ressources du moment. Cette approche de la précarité centrée sur la dimension incertaine de l'existence et sur les conduites d'adaptation continuelle aux aléas et aux changements permet de rompre avec une représentation usuelle de la « précarité » comme expérience de la répétition et/ou de la constance de situations de vulnérabilité matérielle ou sociale (on pourrait parler d'une « stabilité dans l'instabilité » ou d'une « prévisibilité de l'imprévisibilité »). Dans cette acception, la

---

<sup>1</sup> SCHNAPPER D., *L'épreuve du chômage*, op. cit.

<sup>2</sup> Cf. notamment le recueil de textes issus du programme de recherche DARES-MIRE-CNAF *Précarités, trajectoires, projets de vie* : BILLIARD I., DEBORDEAUX D., LUROL M., *Vivre la précarité. Trajectoires et projets de vie*, Paris, L'Aube, 2000. Cf. également CHÂTEL V., SOULET M.-H. (dir.), *Faire face et s'en sortir*, Actes du colloque « Faire face et s'en sortir. Agir en situation de vulnérabilité », Fribourg, septembre 2001, 2 tomes, Éditions universitaires Fribourg Suisse, 2002 ; et PAUGAM S. (dir.), *L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996.

<sup>3</sup> LECLERC-OLIVE M., ENGRAND S., SALL M., *Aux marges du travail salarié : expériences de l'incertitude, diversités culturelles et visions d'avenir*, Rapport de recherche MIRE/DARES/CNAF, Lille, IFRESI, 1998, 259 p.

précarité est une expérience qui s'accomplit dans l'ordre du *devenir*, et que l'on saisit rétrospectivement. A l'inverse, choisir l'entrée de l'incertitude et de l'imprévisibilité invite davantage à explorer le rapport à l'*avenir*. Le regard se tourne alors non plus vers l'analyse rétrospective des enchaînements de situations, mais vers l'univers des problèmes à résoudre et des décisions à prendre dans un futur plus ou moins proche.

Simultanément à la précarisation de l'emploi, le capitalisme flexible s'appuie sur une reconfiguration du paysage productif par le biais de dynamiques d'externalisation diversifiées, qui instaurent des formes nouvelles de division sociale du travail et des travailleurs.

## **2. La double division du travail : fragmentation productive et dissolution des collectifs**

---

*« L'image type de l'entreprise moderne est aujourd'hui un cœur svelte entouré d'une nébuleuse de fournisseurs, de sous-traitants, de prestataires de services, de personnels intérimaires permettant de variabiliser les effectifs selon l'activité, d'entreprises amies. On dira alors qu'elle travaille en réseau ».*

L. Boltanski et E. Chiapello<sup>1</sup>

Le monde du travail se caractérise depuis quelques années par un développement des formes alternatives (au regard du rapport salarial bipartite classique) de mobilisation<sup>2</sup> de la main-d'œuvre que sont la sous-traitance, l'intérim, et plus généralement l'externalisation du travail. Se met en place une nouvelle répartition du travail, non plus interne à l'entreprise, mais inter-entreprises, qui rend obsolète une analyse du travail qui resterait centrée sur l'entreprise ou l'usine comme unité élémentaire. Il s'agit de prendre la mesure de ces restructurations productives, et

---

<sup>1</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999, p. 117.

<sup>2</sup> Ce terme désigne les conditions, les logiques et les objectifs selon lesquels les activités de travail sont mises en œuvre.

d'identifier leurs enjeux et leurs conséquences tant au regard du droit du travail<sup>1</sup> que sur le plan des relations et des collectifs de travail.

***a) Externalisation productive et redéfinitions du rapport salarial : questions au droit du travail***

Pour comprendre la nature des problèmes que posent actuellement les multiples formes d'externalisation du travail, il est utile de revenir d'abord sur les définitions du salariat et du travail indépendant telles qu'elles se sont historiquement construites et inscrites dans le droit du travail.

On le sait, le salariat, qui a atteint pendant les Trente Glorieuses ce qui semble bien aujourd'hui avoir été son apogée, est le résultat d'une longue histoire de luttes sociales et d'échafaudages juridiques successifs. Pour la période préindustrielle, et jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, Robert Castel<sup>2</sup> ne dénombre pas moins de 11 formes de salariat ou semi-salariat, des compagnons des métiers aux ouvriers agricoles ; des commis ou garçons de bureau (ancêtres des employés d'aujourd'hui) aux domestiques et serviteurs ; des « hommes de peine et de main » se louant à la journée aux travailleurs saisonniers, etc. Tous ces travailleurs avaient en commun de connaître des situations très précaires et misérables, et socialement très dévalorisées (« l'indigne salariat »). C'est donc un formidable retournement qui s'opère progressivement pour aboutir au XX<sup>e</sup> siècle à la stabilisation d'un rapport salarial fondé sur le contrat de travail auquel sont associées des protections, des assurances et des droits.

Du point de vue juridique, c'est la distinction progressivement affirmée entre le contrat de travail et le contrat d'entreprise qui permet d'identifier les situations et les rapports de travail, en se fondant sur la nature de la relation de dépendance. Deux thèses se sont opposées quant à la définition de cette dépendance : une première approche est centrée sur le critère de la subordination du travailleur aux ordres de l'employeur ; une autre approche appréhende la dépendance sur le plan économique et postule que si les revenus du travailleur dépendent quasi exclusivement de celui qui tire profit de son travail, alors il s'agit d'un travail

---

<sup>1</sup> VOGEL L., « Droit du travail et précarisation des droits dans les États de l'Union Européenne », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, pp. 111-142.

<sup>2</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale, op. cit.*

salarié. C'est la première approche qui l'a emporté, puisque le contrat de travail (régi par le Code du Travail) se définit juridiquement comme « une convention par laquelle une personne s'engage à mettre son activité à la disposition d'une autre, sous la subordination de laquelle elle se place, moyennant une rémunération<sup>1</sup> ». A l'opposé, le contrat d'entreprise relève d'une logique de prestations de services régie par le droit commercial. Ce que l'on appelle aujourd'hui « travail indépendant » appartient à cette catégorie<sup>2</sup>. Dans le premier cas, l'objet de la transaction est une activité de travail ; dans le deuxième, c'est un bien ou un service. Or, les évolutions contemporaines des modes de production et des organisations du travail, et notamment les différentes formes d'externalisation du travail, se traduisent par « l'apparition de formes de mobilisation du travail qui ne sont ni du travail salarié, ni du travail indépendant (au sens où ils se sont historiquement construits), mais des combinaisons complexes et protéiformes des deux. Il en résulte une atténuation des frontières entre travail salarié et travail indépendant<sup>3</sup> ». Ce sont ces situations hybrides que je vais maintenant décrire.

Une forme bien connue d'externalisation du travail est représentée par la sous-traitance, qui désigne « l'opération par laquelle une entreprise, le donneur d'ordre, confie à une autre, le preneur d'ordre, le soin d'exécuter pour elle et selon un cahier des charges préétabli un acte de production ou de service dont elle conserve la responsabilité économique finale<sup>4</sup> ». Selon le code du travail, les deux parties sont liées par un contrat d'entreprise<sup>5</sup>. La sous-traitance se décline en plusieurs types. Elle peut être mise en œuvre « sur site », lorsque les salariés du preneur d'ordre effectuent le travail sur les lieux mêmes de la production. Un exemple typique en est la maintenance des installations industrielles<sup>6</sup>, mais on peut citer aussi le

---

<sup>1</sup> DE LA PRADELLE L., « Qu'est-ce qu'un salarié ? », *Revue pratique de droit social*, n° 623, 1997.

<sup>2</sup> En particulier depuis la loi du 11 février 1994, dite « loi Madelin », visant à promouvoir le travail indépendant et l'entreprise individuelle, et qui incite le législateur à qualifier comme travail indépendant (plutôt que salariat) les situations pouvant prêter à confusion. On peut trouver une analyse critique approfondie des problèmes d'interprétation et d'application de cette loi dans MORIN M.-L., « Sous-traitance et relations salariales. Aspects de droit du travail », *Travail et emploi*, n° 60, 1994, pp. 23-43.

<sup>3</sup> DUPUY Y., LARRÉ F., « Entre salariat et travail indépendant : les formes hybrides de mobilisation du travail », *Travail et emploi*, n° 77, 1998, p. 2.

<sup>4</sup> Définition du Conseil Économique et Social, avis du 31 mars 1973.

<sup>5</sup> On parle de « sous-traitance de premier niveau » lorsque deux entreprises sont en relation. Mais il arrive que le preneur d'ordre sous-traite lui-même une partie du travail, on parle alors de « sous-traitance de deuxième niveau », et jusqu'à la sous-traitance « en cascade » lorsque la chaîne de donneurs et preneurs d'ordre s'étend sur une multitude d'entreprises.

<sup>6</sup> CART B., GOSSEAUME V., KOGUT-KUBIAK F., TOUTIN M.-H., « La maintenance industrielle. Une fonction en évolution, des emplois en mutation », *CEREO Bref*, n° 174, 2001.



nettoyage<sup>1</sup>, les fonctions d'accueil et de standard, le gardiennage et la sécurité, la restauration collective... Lorsque l'activité sous-traitée n'a pas lieu sur place, il peut s'agir de sous-traitance dite « de proximité », comme dans le secteur de la construction automobile où les équipementiers ont installé leurs usines aux alentours de celles des constructeurs et les fournissent en « juste à temps », ou bien d'un éloignement géographique plus grand qui va jusqu'aux délocalisations internationales<sup>2</sup>.

La sous-traitance varie également selon la nature des activités externalisées. Traditionnellement développée dans les activités de production industrielle<sup>3</sup>, elle s'est étendue à des fonctions de services : informatique, administration et finances, marketing et communication, ressources humaines, transport et logistique...

Selon le but visé par le donneur d'ordre, la sous-traitance peut relever de deux logiques différenciées (mais pouvant se cumuler) : la sous-traitance conjoncturelle, ou de capacité, est une pratique de flexibilité et de réduction des coûts, et correspond au recours ponctuel à une main-d'œuvre extérieure en cas d'accroissement des commandes ; la sous-traitance structurelle, ou de spécialité, relève quant à elle d'une volonté du donneur d'ordre de se recentrer sur son cœur de métier en confiant les activités considérées comme périphériques à un prestataire extérieur. Ce dernier type de sous-traitance, contrairement au premier, est en progression, et représente actuellement 70% de la sous-traitance dans le secteur industriel<sup>4</sup>.

A cette sous-traitance « classique » s'adjoignent désormais des formes plus sophistiquées de division du travail inter-entreprises. Le terme d'« externalisation » (ou « outsourcing ») les désigne : il s'agit de formes élargies de sous-traitance, dans lesquelles l'entreprise extérieure prend en charge non plus un ensemble de tâches parcellisées, mais des pans entiers de l'activité du donneur d'ordre devenu « client », dans une relation entre les entreprises qui s'apparente

---

<sup>1</sup> Ce secteur des services aux entreprises employait en 2003 près de 234 000 salariés en équivalent temps plein (Source INSEE).

<sup>2</sup> POTTIER C., « La division internationale du travail », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, op. cit., pp. 310-318.

<sup>3</sup> SOUQUET C., « La sous-traitance industrielle en 2001. En hausse malgré une croissance en repli », *Le 4 pages des statistiques industrielles*, Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Direction générale de l'industrie, des technologies de l'information et postes, Service des études et des statistiques industrielles, n° 175, 2003.

<sup>4</sup> Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, *La sous-traitance en chiffres*, Direction générale de l'industrie, des technologies de l'information et postes, Service des études et des statistiques industrielles, 2003.

davantage à un partenariat au long cours<sup>1</sup>. Dans le magazine du groupe Accenture (ex-Andersen Consulting), on trouve une définition quelque peu partisane, mais éclairante, de ce phénomène<sup>2</sup> : « traditionnellement, l'entreprise s'unit à ses différents prestataires sous le sceau de la sous-traitance. C'est le schéma classique et aujourd'hui encore le seul mode inscrit dans les réglementations. (...) L'externalisation s'est imposée au fil des dernières décennies comme l'inévitable dépassement de cette religion des carnets de commandes. (...) L'externalisation, engagement à responsabilité ajoutée, s'étale dans le temps (de cinq à dix ans) et se nourrit de rapports de confiance renouvelés. (...) Sous la pression de la mondialisation, de nombreux groupes s'étendent et s'allient, estompant les frontières traditionnelles de leurs compétences et le caractère stratégique de certains secteurs. De plus en plus de salariés travaillent en mission chez des clients, en business units dans des divisions excentrées ou en télétravail depuis chez eux<sup>3</sup>. Le sentiment d'appartenance à l'employeur se fait de plus en plus flou – permettant d'autant mieux des collaborations avec des prestataires<sup>4</sup> ». Et l'article conclut sur l'idée – optimiste, on l'aura compris – que « la révolution de l'externalisation ne fait que commencer ».

Externalisation structurelle stratégique, partenariat négocié à moyen ou long terme, délégation complète à un tiers de fonctions permanentes : ce sont des perspectives que l'on commence à trouver également dans le domaine de l'intérim, qui ne se réduit plus au simple recours ponctuel à une main-d'œuvre extérieure, mais de plus en plus s'inscrit dans une logique d'externalisation structurelle. Dans certains secteurs en effet, comme l'automobile ou la construction, une part constante de la

---

<sup>1</sup> L'externalisation peut aussi passer par la filialisation : les groupes subdivisent leurs activités en autant de filiales distinctes, et instaurent entre ces filiales et la maison-mère des relations commerciales de type client-fournisseur. Ainsi, les groupes de plus de 10 000 salariés comportent en moyenne 125 entreprises en 1995, contre 40 en 1980, tandis que parallèlement l'effectif moyen de chaque filiale a chuté d'un tiers. Cf. : VERGEAU E., CHABANAS N., « Le nombre de groupes d'entreprise a explosé en 15 ans », *INSEE Première*, n° 553, 1997. Mais, comme le rappelle T. Coutrot, « la montée des PME ne saurait masquer la poursuite de la concentration du pouvoir économique, caractéristique intrinsèque du capitalisme » (COUTROT T., *Critique de l'organisation du travail, op. cit.*, p. 51). En 2002, une entreprise sur vingt et plus de la moitié des salariés (les deux-tiers dans les entreprises de plus de 100 salariés) font partie d'un groupe, cf. : SKALITZ A., « Au-delà des entreprises : les groupes », *INSEE Première*, n° 836, 2002.

<sup>2</sup> DE CLOSETS R., « L'externalisation : les nouvelles frontières de l'entreprise », *Outlook* (magazine de l'entreprise Accenture), vol. XIV, n° 2, 2002, 5 p.

<sup>3</sup> Cf. : CRAGUE G., « Des lieux de travail de plus en plus variables et temporaires », *Économie et statistiques*, n° 369-370, 2004, pp. 191-212.

<sup>4</sup> Collaboration qui, si l'on y regarde de plus près, n'est pas dénuée d'une « violence discrète » inscrite dans la nature même des relations marchandes, comme le montre Y.-F. LIVIAN : « Le changement de règles dans les relations marchandes : violences discrètes au travail », *Travail et emploi*, n° 97, 2004, pp. 45-52.

production est assurée par des travailleurs intérimaires, ce qui montre bien qu'il ne s'agit pas d'une simple utilisation de l'intérim comme marge de manœuvre face aux aléas du marché. Plus encore, G. Lefevre, F. Michon et M. Viprey<sup>1</sup> montrent comment les entreprises de travail temporaire (ETT) rationalisent leurs offres, par exemple avec les contrats dits de « grands comptes » négociés au niveau national et qui lient l'ETT et les entreprises utilisatrices sur de longues périodes et pour des effectifs massifs (ces grands comptes représentent actuellement 30 à 40% du marché de l'intérim). Mais surtout, les ETT diversifient leurs prestations : loin de se cantonner à la figure de l'intermédiaire de type « bureau de placement » qui met en relation une offre et une demande de main-d'œuvre préétablies, elles cherchent à constituer une alternative au CDD<sup>2</sup> en proposant à leurs clients une gestion entièrement externalisée des ressources humaines temporaires ou même permanentes, et en prenant en charge non seulement le recrutement (avec des stratégies de prospection auprès des établissements scolaires et de formation professionnelle et des collaborations développées avec l'ANPE), mais aussi la formation et la mobilité interne et externe. Les ETT pénètrent physiquement l'espace de leurs clients (création sur place d'antennes des agences d'intérim), et développent également des activités de conseil, participant en amont à la définition des postes de travail ou à l'installation de logiciels de gestion, jusqu'au pilotage complet de projets « clefs en main », avec fourniture d'équipes de travail compétentes, équipées et encadrées<sup>3</sup>. Parallèlement, les ETT cherchent à redéfinir leurs relations avec les intérimaires les plus qualifiés par des stratégies de fidélisation de ceux qu'elles appellent désormais des « collaborateurs », et qui sont considérés comme des clients à satisfaire et à conserver.

Il est vrai que ces transformations de l'offre de services des ETT ne sont pas encore devenues la norme. A côté de ce développement d'une véritable « expertise de métier » des ETT, mise en avant dans l'effet de vitrine des discours des directeurs d'ETT (mais correspondant aussi à des réalisations concrètes), l'intérim « ordinaire » continue d'exister : il est même majoritaire. Les auteurs suggèrent que l'on se dirige vers une dualisation accrue de l'intérim : d'un côté un intérim « de

---

<sup>1</sup> LEFÈVRE G., MICHON F., VIPREY M., *Les stratégies des entreprises de travail temporaire, op. cit.*

<sup>2</sup> En particulier depuis que les primes de précarité ont été harmonisées entre les deux types de contrat.

<sup>3</sup> Deux personnes rencontrées en entretien s'inscrivent dans cette configuration : Mme Delache et Mme Mermoz, toutes les deux chefs de projet à France Télécom.

masse », rentable sur la quantité ; de l'autre un intérim « noble », qualitatif, proposant des services très qualifiés et diversifiés. Ils posent finalement une question fondamentale : « l'intérim deviendra-t-il la forme standard de travail temporaire, fera-t-il perdre tout intérêt au contrat à durée déterminée ? Ou, scénario plus radical, l'intérim peut-il également entrer en compétition avec le contrat à durée indéterminée lui-même, en proposant aux entreprises utilisatrices une totale externalisation de la gestion de leurs ressources humaines ?<sup>1</sup> ». Dans cette deuxième hypothèse (qui n'est encore qu'une extrapolation, mais qui est loin d'être déraisonnable au vu des tendances déjà confirmées), on aurait alors une profonde mutation de la relation d'emploi, dont la forme « normale » deviendrait triangulaire, remettant ainsi en question le modèle salarial historiquement et juridiquement construit sur le rapport dual salarié-employeur.

Le travail indépendant est également une forme alternative (par rapport au salariat) de mobilisation du travail. A priori, on l'a vu, ce statut diffère profondément du salariat, et ne devrait donc pas être abordé ici, puisque l'essentiel de mon objet réside dans les recompositions du travail salarié. Mais justement : le salariat est en train de se transformer, et certaines de ces transformations lui confèrent des caractéristiques proches de celles habituellement associées au travail indépendant. Simultanément, celui-ci peut être exercé dans des conditions qui ne sont pas sans rappeler celles de l'emploi salarié. Comme l'écrivent Y. Dupuy et F. Larré, « la question n'est en fait pas celle de la disparition du travail salarié au profit du travail indépendant, mais de la transformation de certaines de leurs caractéristiques. Les figures du salariat, tout comme les figures de l'indépendant, se multiplient, et chacune des deux catégories abrite des situations fortement hétérogènes<sup>2</sup> ».

En premier lieu, il faut rappeler que le travail indépendant, contrairement à une perception de sens commun, n'a pas connu d'expansion particulière au cours des dernières décennies. La part des indépendants (hors agriculteurs) dans la population active occupée se situe autour de 11% depuis 1983<sup>3</sup>. Ainsi, si l'on a pu

---

<sup>1</sup> LEFÈVRE G., MICHON F., VIPREY M., *Les stratégies des entreprises de travail temporaire*, *op. cit.*, p. 117.

<sup>2</sup> DUPUY Y., LARRÉ F., « Entre salariat et travail indépendant : les formes hybrides de mobilisation du travail », *op. cit.*

<sup>3</sup> ESTRADÉ M.-A., MISSÈGUE N., « Se mettre à son compte et rester indépendant », *Économie et statistique*, n° 337-338, 2001. Les indépendants (agriculteurs inclus) constituent en 1991 la moitié de la population active non salariée, l'autre moitié étant constituée d'employeurs et d'aides familiaux, cf. : INSEE, enquête Emploi 1991.

parler d'une explosion du « Moi S.A. » (entreprises en nom propre), cette idée ne correspond pas à une réalité, du moins en termes quantitatifs et selon la définition de référence du statut de travailleur indépendant<sup>1</sup>. Mais précisément, cette définition de référence – et, à l'autre pôle, celle du salariat – ne suffisent pas à rendre compte de situations intermédiaires, mixtes, hybrides, qui sont nombreuses et ne semblent pas vouées à disparaître, bien au contraire. Y. Dupuy et F. Larré proposent une typologie très éclairante pour appréhender l'ensemble des situations de travail, à partir de deux critères correspondant à deux dimensions essentielles de l'activité de travail : d'une part, *l'organisation du travail*, d'autre part, *la prise en charge des risques*. La première dimension (X) met l'accent sur le mode d'organisation du travail, à savoir : qui décide, organise et contrôle la prestation réalisée. Il s'agit donc de déterminer le degré de liberté technico-organisationnelle et d'autonomie dont dispose le prestataire. La deuxième dimension (Y) recouvre quant à elle les modalités de répartition des différents risques associés à l'activité de travail, parmi lesquels on peut citer : le risque financier, lié à la rémunération du travail ; le risque d'entreprise, lié à l'incertitude sur le prix de vente du produit, tandis que les facteurs de production sont achetés à un prix convenu ; le risque clientèle, lié à la responsabilité de trouver de nouveaux clients ou contrats pour assurer une charge de travail suffisante ; le risque de l'emploi, lié à la pérennité (ou non) de la situation de travail ; le risque sécurité, lié à l'accomplissement physique du travail et aux réglementations en matière de conditions de travail et d'accidents du travail ; enfin le risque social, qui est celui de la perte d'emploi ou de charge de travail.

Il est important de souligner que cette typologie présente l'avantage de distinguer analytiquement les deux dimensions « organisation » et « risque », sans supposer a priori l'existence d'une corrélation entre elles, ce qui va à l'encontre des représentations traditionnelles du salariat et du non-salariat, notamment lorsqu'il s'agit de définir la notion de subordination juridique, que l'on associe souvent à la dimension « risque » (nature et modalités des contreparties au travail), entérinant ainsi une confusion entre les critères utilisés pour définir les formes polaires.

---

<sup>1</sup> Il faut nuancer tout de même : le nombre de créations d'entreprises de 1 salarié est en hausse depuis quelques années, cf. RIEG C., « Forte hausse des créations d'entreprises en 2003 », *INSEE Première*, n° 944, 2004.

D'un côté, donc, le degré de liberté de celui qui effectue le travail ; de l'autre, la gestion des divers risques. Chacune de ces dimensions peut prendre trois valeurs, selon le niveau individuel ( $X_i$  ou  $Y_i$ ), collectif ( $X_c$  ou  $Y_c$ ) ou mixte ( $X_{i+c}$  ou  $Y_{i+c}$ ) auquel elle se situe. En effet, l'organisation du travail peut être décidée uniquement par la personne qui réalise la prestation (on est alors dans la sous-dimension  $X_i$ ), ou bien cette organisation peut être entièrement prescrite par l'entité collective dans laquelle travaille le prestataire ( $X_c$ ). De la même façon, le risque, économique par exemple, peut reposer en totalité sur l'organisation collective, et dans ce cas le travailleur est rémunéré forfaitairement par celle-ci ( $Y_c$ ), ou bien le risque peut être géré uniquement par le prestataire, qui est alors rémunéré directement et selon un tarif fixé par lui-même ( $Y_i$ ). Entre ces pôles d'individuel ou de collectif « purs » il faut ajouter les situations intermédiaires ( $i+c$ ) pour chacune des deux dimensions. De la combinaison de ces 6 sous-dimensions résulte une typologie en 9 cas des formes de mobilisation du travail, résumée dans le tableau suivant :

		RISQUE		
		<i>Individuel</i> ( $Y_i$ )	<i>Mixte</i> ( $Y_i+c$ )	<i>Collectif</i> ( $Y_c$ )
ORGANISATION	<i>Individuel</i> ( $X_i$ )	1 Travail indépendant	4	7
	<i>Mixte</i> ( $X_i+c$ )	2	5 Forme interm. de mobilisation du travail	8
	<i>Collectif</i> ( $Y_c$ )	3	6	9 Travail salarie

A chaque combinaison correspondent des situations concrètes de travail, identifiées par les auteurs au cours d'une recherche menée dans quatre secteurs des services : comptabilité, informatique, formation et merchandising<sup>1</sup>.

Les combinaisons 1 et 9 représentent les formes pures de travail indépendant (liberté totale d'organisation du travail, risques gérés individuellement) et de travail salarié (organisation prescrite par la structure collective et risques supportés par l'employeur). Entre ces deux pôles on peut repérer des situations hybrides, certaines rattachées au travail indépendant, d'autres au salariat, et d'autres encore difficilement classables.

- Les combinaisons 2 et 4 déclinent le type pur de la combinaison 1 et sont donc assimilées à du travail indépendant, mais intègrent soit des éléments de subordination organisationnelle, soit un partage de risque.

Un exemple du premier cas (combinaison 2) peut être trouvé dans la situation d'un travailleur qui, à la suite d'une stratégie d'essaimage ou de parrainage de son entreprise, crée sa propre société. Il fournit alors, dans le cadre d'un contrat d'entreprise, une prestation très proche, voire identique, à celle qu'il effectuait en tant que salarié, et reste vis-à-vis de son ancien employeur dans une relation de subordination relative ( $X_i+c$ ) dans laquelle l'aspect collectif et le poids de la hiérarchie demeurent. En revanche, le risque d'entreprise est entièrement supporté par le prestataire ( $Y_i$ )<sup>2</sup>. Les auteurs citent l'exemple d'un informaticien qui effectue

<sup>1</sup> Pour chaque secteur, des entretiens ont été réalisés auprès de trois types d'interlocuteurs : le client, l'entreprise prestataire et l'exécutant. Cf. : MORIN M.-L. (dir.), *Prestation de travail et activité de service*, Rapport de recherche, Toulouse, LIRHE, Université des Sciences sociales, 1997.

<sup>2</sup> Dans les transports routiers cette configuration est appelée « tractionnariat ».

désormais en tant qu'indépendant, mais sur les mêmes lieux et dans les mêmes conditions de travail, une activité que l'entreprise a choisi d'externaliser<sup>1</sup>. Ces situations, en théorie temporaires puisque l'indépendant est appelé à élargir sa clientèle, se prolongent souvent.

Le deuxième cas (combinaison 4) concerne des prestataires indépendants ayant partie liée avec un client pour la réalisation de certaines activités durables. C'est le cas des contrats en régie par exemple, qui prévoient un nombre annuel de journées d'intervention du prestataire chez le client, contre une rémunération forfaitaire. Le prestataire est libre de son organisation ( $X_i$ ), et il existe un certain partage des risques ( $Y_i+c$ ) dans la mesure où les co-contractants sont liés par une relation de long terme.

- Sur l'autre versant, celui du travail salarié, les *combinaisons 6 et 8* sont des variantes du *cas typique n°9*. La première situation, où l'organisation est prescrite collectivement et où le risque est partagé ( $X_c$  et  $Y_i+c$ ), correspond par exemple aux vendeurs, dont le travail est organisé par l'employeur (avec même parfois une forte standardisation des procédures), mais dont la rémunération est composée d'un fixe auquel s'ajoute un intéressement sur les ventes. La combinaison 8 ( $X_i+c$  et  $Y_c$ ) concerne les salariés possédant une qualification particulière qui entraîne une autonomie relative dans leur travail. C'est le cas des informaticiens d'entreprise, c'est-à-dire de ceux qui travaillent dans une entreprise dont l'informatique n'est pas l'activité principale. Leur rémunération est fixe, ils ne partagent aucunement le risque qui est supporté par leur employeur, mais ils jouissent d'une autonomie dans la réalisation de leur travail car ils sont les seuls, dans l'entreprise, à maîtriser leur domaine de compétence. Les auteurs ont également rencontré cette combinaison dans les secteurs de la comptabilité et de la formation.

- Enfin, restent d'une part les *combinaisons 3 et 7*, dont les auteurs soulignent qu'elles sont a priori peu vraisemblables - mais ils les ont pourtant rencontrées ; et la *combinaison 5*, baptisée « forme intermédiaire de mobilisation du travail », mixte au regard des deux dimensions.

---

<sup>1</sup> On peut penser également à des situations similaires dans le secteur de l'architecture : après un CDD dans une agence, un architecte se met à son compte et continue à travailler dans les mêmes locaux et avec le même matériel. Ces cas relèvent du délit de « travail dissimulé » (ou « salariat déguisé »), et l'ancien employeur encourt une peine pénale.



La combinaison 3, avec une organisation du travail collective et une gestion individuelle du risque, correspond à des situations où des travailleurs « louent » leur force de travail à des employeurs divers, pour des périodes relativement brèves, avec très souvent un temps de travail partiel. La relation de travail peut être classiquement bilatérale, mais aussi trilatérale, faisant intervenir alors un employeur juridique qui n'est pas l'utilisateur effectif de la main-d'œuvre. Ce dernier est l'organisateur de l'activité, c'est lui qui définit les tâches à effectuer et qui contrôle le travail. Le travailleur est donc avec lui dans une relation de subordination (Xc). Mais c'est aussi celui-ci qui supporte le risque : l'utilisateur de la main-d'œuvre reporte le risque sur le travailleur. C'est le cas par exemple lorsque certains grands distributeurs font appel à des vacataires extérieurs (« merchandiseurs ») pour installer les marchandises dans les rayons. Ces vacataires sont rémunérés par les fournisseurs (c'est-à-dire les marques), et leur emploi dépend totalement du contrat commercial passé entre ces fournisseurs et les distributeurs : si ce contrat cesse, les merchandiseurs perdent leur emploi. Ils sont payés à l'heure, sélectionnés à l'embauche par les chefs de rayon du distributeur, et ont fréquemment une multiplicité d'employeurs. On peut donc considérer qu'ils gèrent individuellement le risque de leur emploi, mais aussi le risque clientèle (Yi). La combinaison 7, très spécifique, correspond aux cas où des personnes cumulent un emploi salarié et un mandat social, c'est-à-dire une activité, rémunérée ou non, au sein du conseil d'administration de la société qui les emploie. Cette situation est difficile à caractériser puisqu'en tant que salariés, ces travailleurs sont placés sous l'autorité de leur employeur, et en tant que mandataires sociaux, ils ont une certaine autorité sur les salariés et sont autonomes dans l'organisation de leur travail (Xi). Concernant la dimension du risque, il n'est pas toujours facile de faire la part entre la rémunération de l'activité salariée, et celle liée au mandat social (quant elle existe). Dans la mesure où le travailleur perçoit de toute façon une rémunération mensuelle fixe de son emploi salarié, on peut considérer qu'il ne supporte pas le risque lié à sa prestation (Yc).

La case centrale du tableau, celle des « formes intermédiaires de mobilisation du travail », qui ne sont « ni du travail salarié, ni du travail indépendant, mais en même temps du travail salarié et du travail indépendant », permet de caractériser des travailleurs qui, comme les informaticiens d'entreprise de la combinaison 8, possèdent des savoir-faire particuliers qui leur octroient une certaine autonomie dans l'organisation du travail, mais ici le risque est également partagé entre le

niveau collectif et le niveau individuel. On trouve ici des formes de mobilisation du travail à la fois marchandes et organisationnelles, qui résultent de l'interpénétration de ces deux logiques au sein même des entreprises<sup>1</sup>, et qui s'inscrivent dans la volonté managériale de responsabiliser chaque salarié et d'individualiser la relation au travail. Cette combinaison peut être illustrée par les vendeurs de marques dans la grande distribution. Ces vendeurs qualifiés sont mis à la disposition du magasin par le fournisseur qui les emploie, ils disposent d'une relative indépendance dans la façon de réaliser leur travail ( $X_i+c$ ) (ce qui n'était pas le cas des vendeurs de la combinaison 6), et partagent les risques avec leur employeur puisqu'ils sont rémunérés en partie (et parfois en grande partie) par un intéressement sur les ventes réalisées ( $Y_i+c$ ). Les auteurs soulignent que cette combinaison est fréquemment observée dans le secteur des services : outre ces vendeurs de marques, on peut citer les agents commerciaux ou les employés de cabinets d'audit qui ont une clientèle géographiquement dispersée et organisent de façon relativement autonome leur prospection ou leurs interventions. Cette situation correspond tout à fait à celle des salariés exerçant « en mission chez des clients, en business units dans des divisions excentrées », figures des nouvelles formes de coopération, de mise en réseau et de partenariat inter-entreprises dont (parmi d'autres) le groupe Accenture chante les louanges.

Dans cette logique d'hybridation entre travail salarié et indépendant, on peut citer également le phénomène du « portage salarial », dont le principe est le suivant : un indépendant non immatriculé au régime des travailleurs indépendants ou en tant que société trouve une mission de services (conseil le plus souvent) à accomplir, dont il va négocier seul le prix avec l'entreprise cliente. Il s'adresse ensuite à une société de portage, qui va signer un contrat commercial avec l'entreprise cliente et un contrat de travail à durée déterminée (de 15 jours à plusieurs mois) avec le consultant, facturer la prestation au client et reverser les honoraires au consultant sous forme de salaire, après avoir déduit les charges sociales et le montant de sa commission<sup>2</sup>. L'avantage pour le « salarié libéral » est qu'il bénéficie d'une couverture sociale et de droits au chômage, et qu'il n'a pas à effectuer les démarches liées à une création d'entreprise. Le syndicat des entreprises de portage

---

<sup>1</sup> Cf. section suivante.

<sup>2</sup> 10 à 15% du montant hors taxes des honoraires facturés.

salarial (SEPS), créé en 1998 en France, recense une vingtaine de ces sociétés (connues depuis les années 1980 en Grande-Bretagne sous le nom d' « umbrella companies »), et avance le chiffre de 18 000 salariés « portés » en 2001.

Que retenir de cette approche typologique qui permet de caractériser en détail<sup>1</sup> des modes de mobilisation du travail que ne permet pas de saisir une dichotomie trop simple entre salariat et non-salariat ? Tout d'abord, l'hypothèse d'indépendance entre les deux dimensions « organisation » et « risque » se trouve validée par le fait que toutes les combinaisons ont trouvé des illustrations concrètes, alors même que la recherche était limitée au secteur des services. Chaque critère relève d'une logique qui lui est propre. La dimension « organisation » met en jeu une logique de compétence, de qualification et de savoir-faire : sa modalité collective (Xc) renvoie à des pratiques de contrôle hiérarchique, d'autorité et d'ordre, fondées sur la supervision directe et/ou sur des procédures de standardisation des activités de travail ; tandis que la modalité individuelle (Xi) s'appuie sur des pratiques de contrôle relationnel et de négociation, fondées sur les savoirs et les qualifications. Sur cet axe, les auteurs montrent qu'un mode de coordination organisationnel de type hiérarchique peut s'exercer sur une main-d'œuvre traditionnellement dite « indépendante », et qu'à l'inverse, un mode de coordination de type relationnel peut concerner des travailleurs traditionnellement dits « salariés ». De la même façon, l'analyse de la dimension « risque », reposant sur une logique d'arbitrage, met en évidence le fait que la prise en charge unilatérale du risque par le prestataire, qui normalement ne devrait se trouver que dans le travail indépendant, peut être observée dans des situations contractuellement qualifiées de « salariat ». Ces observations permettent de situer des configurations comme la sous-traitance ou l'intérim (relation de travail triangulaire), et même l'emploi précaire (relation de travail bipartite), dans l'espace dessiné par le croisement des deux axes « organisation » et « risque ». On peut considérer que ces formes de mobilisation du travail correspondent, selon les cas, aux combinaisons 2, 3, 5 et 6 : le risque n'est jamais entièrement supporté par l'entité collective (ce qui élimine la colonne de

---

<sup>1</sup> Et encore, comme le précisent les auteurs, le point de vue est synthétique : la dimension du risque, notamment, pourrait être davantage décomposée et donner lieu à d'autres situations intermédiaires.

droite du tableau), et l'organisation du travail n'est jamais complètement libre et individuelle (ce qui élimine la première ligne).

L'ensemble de ces formes de mobilisation du travail s'inscrit dans une fragmentation du processus productif qui questionne de façon aiguë les conditions et les possibilités d'application du droit du travail. Celui-ci s'est en effet constitué autour du paradigme de l'entreprise définie par une collectivité de travail participant à un même processus productif, sous une unité de direction, dans une relation de subordination. On comprend que ce modèle atteint ses limites dès lors que ces caractéristiques se dissolvent : les catégories centrales du droit du travail sont désormais partiellement inaptés à appréhender les nouvelles organisations productives. On peut synthétiser les problèmes émergents autour des points critiques suivants<sup>1</sup> :

### **Sous-traitance et règles de l'emploi**

Par la relation de dépendance dans laquelle il se trouve avec le donneur d'ordre, et par la nécessité dans laquelle il est de réduire les coûts au minimum et de maintenir la plus grande flexibilité possible, le sous-traitant a largement recours aux emplois précaires (CDD, intérim, temps partiel). Certes, le droit du travail pose en principe la non-discrimination entre les salariés en CDI à temps plein et les autres. A qualification et poste de travail identiques, un salarié en CDD ou un intérimaire doit en théorie avoir les mêmes droits qu'un salarié permanent. La loi a même émis des dispositions visant à compenser la précarité, comme l'indemnité de fin de contrat ou la prime de précarité. Mais dans les faits, ce principe d'égalité de traitement s'avère parfois difficilement applicable, par exemple lorsque le poste occupé par le salarié temporaire a été complètement externalisé par l'entreprise utilisatrice, si bien que la comparaison devient impossible, le « poste identique »

---

<sup>1</sup> Les remarques qui suivent concernent principalement la sous-traitance et s'appuient sur MORIN M.-L., « Sous-traitance et égalité de traitement », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, *op. cit.*, pp. 97-109 ; MORIN M.-L., « Sous-traitance et relations salariales. Aspects de droit du travail », *op. cit.* ; ALADINIAN V., *Les réseaux de sous-traitance et le droit du travail*, Mémoire de DEA de Droit social, sous la direction d'A. Lyon-Caen, Université de Paris X-Nanterre, 1997. J'ajoute que cette synthèse, forcément simplificatrice, ne rend que très partiellement compte de la complexité et de la multiplicité des dispositions législatives et jurisprudentielles qui encadrent juridiquement les situations de travail externalisées à divers degrés.

qui serait occupé par un salarié permanent n'existant pas comme référence possible. D'autre part, il est évident que tous les droits liés à l'ancienneté dans l'entreprise ne sont pas applicables aux salariés non permanents. Enfin, ces salariés ont en principe le droit de se présenter aux élections des institutions représentatives dans l'entreprise utilisatrice, mais cela paraît quelque peu illusoire, par exemple lorsque la durée du mandat représentatif excède celle du contrat de travail.

### **Sous-traitance et transfert des risques de l'emploi**

Lorsqu'un donneur d'ordre réduit la charge de travail qu'il demande à ses sous-traitants, ceux-ci peuvent être amenés à réduire leurs effectifs, provoquant parfois une réaction en chaîne ou « effet accordéon » dans les configurations de sous-traitance en cascade. Dans les cas de dépendance totale du sous-traitant vis-à-vis de son donneur d'ordre, le prestataire peut être amené à subir une procédure de redressement ou de liquidation judiciaires<sup>1</sup>.

Le problème est ici celui de l'autonomie juridique entre les deux parties. Le donneur d'ordre et ses sous-traitants n'étant pas constitués en « groupe » au sens du droit du travail, l'obligation de reclassement des salariés n'est pas applicable au donneur d'ordre.

L'article L122-12 du Code du travail prévoit le maintien des contrats de travail des salariés qui changent d'employeurs à la suite du transfert de tout ou partie de l'entreprise, pour autant que l'activité transférée soit un service organisé et spécifique. Cette configuration est classique pour des services comme la restauration collective ou le gardiennage : lorsque le donneur d'ordre change de sous-traitant, les salariés conservent leur poste en changeant d'employeur. Cette disposition peut être applicable à la sous-traitance sur site, qui concerne souvent une fonction identifiée et organisée, mais la sous-traitance externe ne peut que difficilement être assimilée à un service de cette nature. Le maintien de l'emploi des salariés de sous-traitants n'est donc pas envisageable dans ces cas.

---

<sup>1</sup> On peut souligner ici la précarité de certains travailleurs indépendants prestataires de services. Ainsi, parmi les entreprises individuelles de service créées en 1990, seules 37% existent encore en 1995 (pour 45% chez les artisans). Cf. : ESTRADÉ M.-A., MISSÈGUE N., « Se mettre à son compte et rester indépendant », *op. cit.* Parmi les personnes rencontrées en entretien, M. Thimas s'est trouvé dans une telle situation : après avoir été salarié d'une grande enseigne de livraison, il a fondé sa propre entreprise, puis a fait faillite lorsque son donneur d'ordre (unique) a réduit la charge de travail.

Par ailleurs, la sous-traitance sur site est parfois aux limites de l'illégalité. En effet, pour qu'elle se différencie du délit de marchandage, il faut d'une part que l'activité sous-traitée corresponde à une réelle spécialité du sous-traitant (sinon il s'agit d'un simple prêt de main-d'œuvre à but lucratif) ; et d'autre part que le travail soit réalisé sous la responsabilité du sous-traitant. Or, ces deux critères ne sont pas simples à identifier dans des formes mixtes d'organisation du travail qui, on l'a vu, se caractérisent par une direction conjointe du travail et des formes de coordination complexes entre les entreprises.

### **Les effets de la taille des entreprises**

Le développement de la sous-traitance, qui contribue à augmenter le nombre des petites et moyennes entreprises (moins de 50 salariés), engendre le passage d'un nombre croissant de salariés sous les seuils d'effectif minimal qui régissent les possibilités en matière de représentation des personnels et de délégation syndicale. Des effets combinés du petit nombre de salariés (et plus petit encore, celui des salariés permanents) et de la faiblesse ou de l'absence de représentation syndicale<sup>1</sup> résulte le fait que les accords d'entreprise, et en particulier les négociations salariales, sont bien souvent inexistantes chez les sous-traitants, qui en la matière appliquent seulement les minima prévus par les accords de branche.

Pour les mêmes raisons, et bien que des dispositions législatives aient tenté de réduire les disparités<sup>2</sup>, les possibilités en matière de formation pour les salariés de PME restent très peu effectives (sauf dans le cas des relations inter-entreprises de type partenariat dans les secteurs de haute technologie, où la formation et la qualification des salariés est une priorité pour les sous-traitants).

---

<sup>1</sup> Cette faiblesse, on le sait, n'est pas propre aux entreprises sous-traitantes, cf. : MOURIAUX R., *Le syndicalisme en France depuis 1945*, Paris, La Découverte, 1994 ; AMOSSÉ T., « Mythes et réalités de la syndicalisation en France », *Premières synthèses*, n° 44.2, 2004.

<sup>2</sup> Loi du 31 décembre 1991 et article L951-1 du Code du travail qui obligent les entreprises de plus de 10 salariés à financer des actions de formation à hauteur de 1,5% de la masse salariale (0,15% pour les entreprises de moins de 10 salariés).

## **Accords de branche, conventions collectives et accords d'entreprise**

L'un des ressorts essentiels de l'application du principe d'égalité de traitement est la convention de branche, qui définit les droits minimaux applicables à tous les salariés d'une profession, et à toutes les entreprises d'une même branche. S'il est fréquent que donneur d'ordre et sous-traitant appartiennent à la même convention de branche, nombreux sont aussi les cas où, par le jeu de la spécialisation poussée, les deux entreprises n'exercent pas la même activité professionnelle. Ainsi, un même donneur d'ordre peut faire appel à des sous-traitants relevant de nombreuses conventions collectives différentes.

Même lorsque donneurs d'ordre et sous-traitants relèvent de la même convention de branche, les uns et les autres peuvent avoir des accords d'entreprise différents, entraînant de fortes disparités quant aux avantages sociaux dont bénéficient les salariés (salaires, restauration, transports, prévoyance, œuvres sociales du comité d'entreprise, etc.).

Quelles sont alors les possibilités pour les salariés sous-traitants de se faire entendre auprès du donneur d'ordre ? Le droit prévoit que les délégués syndicaux des entreprises sous-traitantes sur site puissent être entendus dans les négociations d'entreprise chez le donneur d'ordre. Mais cette possibilité n'est que très peu utilisée, d'une part parce que la présence syndicale est généralement très faible chez les sous-traitants (effet de la petite taille des entreprises et de la précarité des emplois), et d'autre part parce que les représentants du sous-traitant hésitent à présenter des réclamations qui pourraient compromettre la présence de leur entreprise sur le site.

## **Sous-traitance et conditions de travail**

Les exigences de qualité, de rapidité et de flexibilité qui se sont développées dans l'ensemble de l'économie touchent en particulier les entreprises sous-traitantes, étant donnée la situation de dépendance dans laquelle elles se trouvent avec les donneurs d'ordre. Le sous-traitant étant l'employeur juridique, il est le seul responsable de l'application des règles en matière de conditions de travail. Le droit du travail procède ici de la même logique que pour la gestion de l'emploi : le donneur d'ordre ne peut être tenu pour responsable que s'il dirige effectivement le

travail, c'est-à-dire si la sous-traitance se résume à simple prêt de main-d'œuvre (licite ou illicite)<sup>1</sup>.

Le cas de la sous-traitance sur site a cependant fait l'objet d'un décret de 1992 selon lequel, puisque les salariés travaillent ensemble et dans les mêmes conditions (« coactivité »), les responsabilités en matière d'hygiène et de sécurité sont partagées par le donneur d'ordre et le sous-traitant. Ce texte a conduit les entreprises à clarifier leurs missions respectives et à coordonner l'organisation du travail. Mais comme le rappelle M.-L. Morin, « ce texte est l'un des rares textes du droit du travail qui appréhende directement la relation de sous-traitance elle-même pour en organiser les conséquences sur la gestion de la main-d'œuvre ».

Au terme de cet aperçu des problèmes posés par la sous-traitance (et, plus généralement, l'externalisation) en matière de gestion de l'emploi, d'organisation du travail et de relations salariales, force est de constater combien ces configurations modifient le jeu des règles du droit du travail. Celui-ci s'avère bien souvent inadapté, et quand il ne l'est pas, on observe un décalage très grand entre les principes juridiques énoncés dans les textes et les pratiques réelles. Les solutions envisageables consisteraient essentiellement en une harmonisation des droits entre donneurs d'ordre et sous-traitants<sup>2</sup>, de façon à atténuer les multiples différenciations qui touchent les salariés. Mais, et c'est là tout le paradoxe, la nature même de l'externalisation, sa raison d'être, son intérêt pour les employeurs, résident précisément dans ces différenciations.

Mon propos va maintenant quitter le niveau juridique pour s'intéresser brièvement aux types de rapports de travail induits par ces configurations d'externalisation.

---

<sup>1</sup> La situation est différente dans le cadre du travail temporaire, où l'entreprise utilisatrice est sans ambiguïté tenue pour responsable de l'organisation du travail.

<sup>2</sup> A la manière de ce qui a été fait pour les intérimaires et les salariés en CDD.



***b) Salariés du « noyau dur » et salariés « extérieurs » : quelles formes du « travailler ensemble » ?***

Septembre 1989 : la grève à l'usine Peugeot de Sochaux est lancée depuis quelques jours. (...) Les grévistes marchent lentement. (...) Quand on s'approche de la chaîne quatre - celle qui continue à travailler et dont la direction entend montrer qu'elle tourne - la tension monte. (...) En fait, autour de cette chaîne, la situation est étrange. Parmi les ouvriers qui travaillent, certains, souvent âgés, accomplissent leur tâche sans broncher (...), s'assumant comme non grévistes ; d'autres sont manifestement mal à l'aise. (...) [D'autres encore] restent là, un peu en retrait, souriants, qui semblent vivre le plus souvent la situation sans passion. Ce sont les « jeunes », les intérimaires. Ils sont un peu comme hors du conflit. (...) En passant devant eux, les grévistes évitent de crier des insultes mais font plutôt des petits signes de la main, leur adressant des mots amicaux. On ne les connaît pas personnellement, personne ne les interpelle par leur nom ou leur prénom. Ils sont pris en bloc, là, globalement (ils sont les « intérim »). (...) Certains de ces intérimaires ont placé à côté d'eux (...) un morceau de carton sur lequel ils ont griffonné le mot « intérim », mais leur jeunesse souvent suffirait à les faire reconnaître comme intérimaires. Ce mot constitue une sorte de bouclier protecteur. Il est clair que l'on ne peut pas attendre d'eux ce que l'on demanderait aux autres. (...) Si l'on interroge les anciens, la réponse vient comme l'expression d'une évidence : « ce n'est pas leur faute », « ils ne peuvent pas se payer le luxe de faire grève, eux », « s'ils faisaient grève un seul jour, la boîte d'intérim et l'entreprise s'entendraient pour les mettre immédiatement à la porte ». L'enjeu est si grave - une embauche « en fixe » - qu'on ne peut pas leur demander un tel sacrifice. Non grévistes, les intérimaires ne sont pourtant pas perçus comme des « briseurs de grève », on leur accorde bien volontiers des « circonstances atténuantes ». (...) Il y aurait, sur fond de malentendus, un accord tacite, entre grévistes et intérimaires, et on pourrait interpréter la scène de la pancarte « intérim » (...) comme une sorte de « donnant-donnant ». Les intérimaires donneraient leur estime pour le « courage » des grévistes et demanderaient par avance en retour l'indulgence des grévistes, en échange de quoi les grévistes donneraient l'« absolution » aux intérimaires pour leur non-participation à la grève et demanderaient un engagement moral à se placer plus tard, une fois embauchés, du côté des grévistes. (...) [Les jeunes intérimaires sont] impatients de faire leurs preuves, de démontrer ce qu'ils valent et cherchent à accumuler des « bons points » pour être embauchés après leur contrat d'intérim. (...) Ils ne se sentent donc pas tenus de respecter les traditions qui existent de longue date dans les ateliers, et ils peuvent s'affranchir de la règle ou de la coutume. [Ils ont donné l'impression aux « vieux » OS] qu'ils se conduisaient comme des « ouvriers de passage ». Le rapport au travail de ces jeunes qui se savaient être là de passage, fait de détachement et d'une certaine forme de « je-m'en-foutisme », était en complète opposition avec l'image de l'ouvrier telle qu'elle a été construite par le mouvement ouvrier français. (...) Le « jeune précaire » pour beaucoup de vieux OS, c'est celui qui ne peut pas être pensé comme

véritablement « ouvrier » - au sens où ce mot engage fondamentalement l'idée de lutttes, d'histoire, de combat et d'espérance politique et collective -, celui qui ne fera jamais un militant<sup>1</sup>.

Ce récit fait entrevoir l'ampleur des enjeux de l'externalisation productive. Tout indique ici que pour les salariés à statut précaire, les relations de travail et les identités au travail<sup>2</sup> se jouent sur un autre plan, répondent à d'autres logiques que celles qui ont prévalu pour les « anciens » ouvriers. Comme le montrent S. Beaud et M. Pialoux dans leur monumental travail monographique, le fossé qui sépare les jeunes et les vieux OS est indissociablement affaire d'âge et de statut de l'emploi. Les jeunes précaires, qui ont « déjà fait l'expérience de leur impuissance sociale », ne « disposent pas d'outils symboliques qui leur permettent de se penser comme groupe ou comme classe. Ils n'ont pas de mots collectifs à leur disposition pour dire leur désarroi. (...) Pour "faire leur trou", une des (rares) ressources dont ils disposent est leur disposition à entrer dans la "modernité" en devenant des opérateurs efficaces, disponibles, sérieux, coopératifs, etc. (...) Bref, être ouvrier différemment<sup>3</sup> ».

Le secteur de la construction automobile a également été exploré par A. Gorgeu et R. Mathieu, qui ont étudié l'organisation du travail dans les nouveaux établissements implantés par les équipementiers automobiles à proximité des usines de montage Renault et Peugeot depuis 1988. Ces auteurs montrent eux aussi comment, dans ces établissements dont la main-d'œuvre est souvent très jeune, la gestion de l'emploi et l'organisation du travail se différencient des anciennes usines et redéfinissent la notion même de collectif : « la jeunesse de leur personnel, sans passé professionnel, facilite l'introduction d'une culture d'entreprise et d'un management participatif qui se substituent à la culture ouvrière et à la négociation entre partenaires sociaux<sup>4</sup> ».

---

<sup>1</sup> PIALOUX M., BEAUD S., « Permanents et temporaires », in BOURDIEU P. (dir.), *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993, pp. 317-329 (souligné par moi).

<sup>2</sup> SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, rééd. : Paris, Presses de la Fondation nationale des Sciences Politiques, 1988 ; DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1998.

<sup>3</sup> BEAUD S., PIALOUX M., *Retour sur la condition ouvrière. Enquête aux usines Peugeot de Sochaux-Montbéliard*, Paris, Fayard, 1999, pp. 358 et sq.

<sup>4</sup> GORGEU A., MATHIEU R., « Relations de sous-traitance et organisation du travail. Les équipementiers automobiles en France », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, p. 416.

La maintenance des centrales nucléaires est un autre grand exemple de l'atomisation des collectifs de travail dans un contexte de sous-traitance, d'autant plus criante que le travail s'effectue dans les mêmes lieux. Annie Thébaud-Mony a décrit en détail la nature des relations sociales existant entre les salariés permanents d'EDF et ceux des entreprises extérieures. Ces relations sont structurées par un rapport de subordination : les agents EDF ont le contrôle du travail des intervenants extérieurs, ce qui donne lieu à « deux mondes hiérarchisés qui cohabitent le temps d'un arrêt de tranche, dans le cadre d'une division du travail qui délègue aux uns le travail dont les autres n'accepteraient pas les conditions<sup>1</sup> ». Au-delà de cette division du travail (dont A. Thébaud-Mony montre qu'elle se double d'une division sociale des doses de rayonnements auxquels les salariés sont exposés), la distinction entre les catégories de salariés est matérialisée jusque dans l'organisation des espaces : entrées différentes sur les sites, installations sanitaires spécifiques, lieux de restauration collective réservés aux seuls agents EDF<sup>2</sup>... La présence du salarié extérieur « n'est légitime dans les centrales que provisoirement et dans des conditions qui lui rappellent constamment qu'il ne fait pas partie d'EDF<sup>3</sup> ». Plus encore, outre cette différenciation entre « permanents » et « extérieurs », les pratiques de sous-traitance menées par EDF aboutissent à mettre en concurrence entre eux les salariés des différentes entreprises prestataires, chacun ayant intérêt, pour préserver son emploi, à faire partie des entreprises « préférées » par EDF. Il en résulte une « guéguerre » (terme employé par l'un des salariés extérieurs) qui, en plus du rapport de force entre hiérarchie et exécution, engendre un antagonisme profond entre les travailleurs d'un même site.

Dans ces conditions, on devine l'extrême difficulté de toute action syndicale<sup>4</sup>, d'autant plus que les salariés extérieurs n'ont pas accès aux instances représentatives à l'intérieur d'EDF (syndicats, CHSCT), puisqu'ils ne sont pas contractuellement associés au donneur d'ordre. Quant aux représentants des salariés EDF, ils sont pris entre deux feux : comment leurs revendications peuvent-elles concilier les intérêts des salariés permanents (notamment le maintien du

---

<sup>1</sup> THÉBAUD-MONY A., *L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude*, Paris, EDK/INSERM, 2001, p. 72.

<sup>2</sup> Cette situation est connue dans bien d'autres secteurs d'activité. On en trouve un exemple dans les chantiers navals dans le documentaire de Marcel TRILLAT, *Les prolos* (2002).

<sup>3</sup> THÉBAUD-MONY A., *L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude*, *op. cit.*, p. 77.

<sup>4</sup> PERNOT J.-M., « Syndicats, dynamique sociale et changements du travail », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, *op. cit.*, pp. 391-397.

travail au sein de l'entreprise) et la défense des salariés extérieurs<sup>1</sup> ? Les possibilités de résistance et d'action collectives sont donc réduites de toute part.

Ces deux exemples (construction automobile et maintenance nucléaire) mettent au jour des dynamiques d'éclatement des collectifs de travail qui touchent beaucoup de grandes entreprises et remettent profondément en question des appartenances autrefois communes. Ces processus ne concernent pas uniquement les catégories ouvrières traditionnelles : dans le commerce, dans les services, dans le bâtiment..., nombreux sont ces salariés qui « n'apparaissent que fugitivement sur les lieux de travail ou aux heures où les autres ne sont pas présents<sup>2</sup> » (que l'on pense par exemple au nettoyage des bureaux, effectué la nuit). A cela s'ajoutent d'une part les pratiques de délocalisations et de mutations qui rendent incertain le lieu même du travail et développent un nouveau nomadisme industriel ; et d'autre part le fort turn-over lié à la précarité des contrats qui caractérise bien souvent les entreprises sous-traitantes.

Cette dissolution de la dimension collective du travail est sans doute à l'origine de l'un des résultats des enquêtes Conditions de travail : en 1998, 31% des salariés n'ont jamais l'occasion d'aborder collectivement des questions d'organisation ou de fonctionnement de l'unité de travail, même de manière informelle (hors de réunions organisées). On sait pourtant combien l'aspect collectif du travail, qu'il s'agisse des relations de sociabilité avec des collègues ou, plus généralement, de l'« ambiance » de travail, est importante dans la construction du rapport au travail et dans l'appréciation de la satisfaction au travail<sup>3</sup>. Il y a donc matière à s'interroger sur l'avenir des modes d'inscription de chacun dans des univers de travail de plus en plus fragmentaires, où la division accrue des tâches va de pair avec une division sociale et spatiale des personnels.

---

<sup>1</sup> LALLIER M., « Sous-traitance, éclatement des collectifs de travail et stratégies syndicales dans les centrales nucléaires », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, op. cit., pp. 427-434.

<sup>2</sup> BOLTANSKI L., CHIAPPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit., p. 312.

<sup>3</sup> Ainsi dans l'enquête « RTT et modes de vie » (DARES), le fait d'avoir moins de relations avec les collègues de travail est le facteur de loin le plus fortement associé à la perception d'une dégradation des conditions de travail après application de la RTT. Ne plus avoir le temps de discuter ou d'échanger des informations avec les collègues est également un élément qui pèse fortement sur l'appréciation donnée par les salariés. Cf. : BUÉ J., HAMON-CHOLET S., PUECH I., « Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement », *Premières synthèses*, n° 24.1, 2003.

Les dynamiques de précarisation de l'emploi (et des parcours socioprofessionnels) et de réorganisation des systèmes productifs qui viennent d'être retracées ne constituent évidemment pas le seul point fort des recompositions contemporaines de la société salariale. Conjointement à ces transformations, des changements très profonds ont traversé les contenus, les conditions et les organisations du travail.

### **3. « *Citius, altius, fortius*<sup>1</sup> » : le travail sous le règne de l'intensité**

---

J'aborde maintenant les évolutions que l'on a pu observer au cours des dernières décennies dans l'organisation du travail, inscrites dans les conditions concrètes de réalisation des tâches, pour montrer en quoi ces changements affectent la nature du travail et, finalement, son sens même. Cette synthèse (nécessairement lacunaire) vise à faire ressortir à la fois les principaux constats sur lesquels les observateurs s'accordent, et, plus nombreuses, les questions qui font débat dans un champ extrêmement large qui est celui de l'analyse du travail, où des disciplines différentes cohabitent tantôt dans une difficile entente mutuelle, tantôt dans une complémentarité heuristique féconde<sup>2</sup>.

#### ***a) L'intensification à travers les enquêtes Conditions de travail***

La situation actuelle se caractérise par des processus de flexibilisation et d'intensification du travail découlant des réorganisations de l'activité productive que les entreprises ont mises en œuvre dans un contexte de concurrence croissante et d'incertitude liées aux crises que les économies de marché ont connues au cours des dernières années<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> GOLLAC M., VOLKOFF S., « *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 114, 1996, pp. 54-67.

<sup>2</sup> Cf. par exemple : TEIGER C., DAVID H., « L'interdisciplinarité ergonomie-sociologie, une histoire inachevée » et BORZEIX A., « De quelques fausses similarités, gros malentendus et vrais terrains d'entente », *Travail et emploi*, n° 94, 2003.

<sup>3</sup> Souvent inspirées du modèle japonais, ces réorganisations sont usuellement regroupées sous les termes de « lean production » (ou « production maigre, allégée »). Leurs contenus sont multiples : procédures de

Pour rester compétitives<sup>1</sup>, les entreprises ont développé un « nouveau productivisme » (ou productivisme réactif)<sup>2</sup> visant à réduire au maximum le coût du travail tout en augmentant le rendement et les capacités d'ajustement rapide aux aléas des marchés. Elles ont pour cela introduit des innovations dans les techniques et les organisations productives<sup>3</sup>, qui semblent s'éloigner désormais de l'environnement stable associé au modèle taylorien. Pour atteindre leurs objectifs, les entreprises ont notamment développé différentes formes de flexibilité : la flexibilité interne consiste principalement à développer la polyvalence des salariés, à moduler les temps de travail et à ajuster les effectifs à la conjoncture économique et commerciale ; la flexibilité externe consiste à sous-traiter une proportion variable de la production (cet aspect vient d'être décrit). Parallèlement ont été mises en place des méthodes que l'on regroupe sous les termes « nouveau management », et qui consistent à développer la responsabilité, l'autonomie et l'engagement individuel des salariés (je reviendrai sur ce point dans la section suivante).

Ces évolutions ne sont pas sans conséquences sur le déroulement des activités de travail, et en premier lieu sur l'intensité du travail, sa pénibilité et son caractère plus ou moins « soutenable ».

Je présenterai d'abord un bref état des lieux en m'appuyant principalement sur les enquêtes Conditions de travail depuis 1984<sup>4</sup>, pour montrer la tendance générale à

---

certification et autres démarches de « qualité totale », production et livraison en juste-à-temps, organisation en centres de profit, maintenance préventive, formalisation de contrats en interne... Au total, plus de 4 entreprises sur 5 ont mis en place l'un de ces dispositifs entre 1993 et 1997. Cf. GOLLAC M., GREENAN N., HAMON-CHOLET S., « L'informatisation de l'ancienne économie : de nouvelles machines, de nouvelles organisations et de nouveaux travailleurs », *Economie et statistique*, n° 339-340, pp. 171-201.

<sup>1</sup> C'est en tout cas la « bonne raison » mise en avant dans les discours patronaux et dans les politiques néolibérales pour justifier les restructurations, présentées comme « nécessaires » à la survie même des entreprises. Débattre du fondement réel (ou non) de cette nécessité n'est pas mon objet ici, mais il faut, me semble-t-il, au moins mentionner que cette question se pose, et ne pas entériner a priori les argumentaires visant à légitimer ces pratiques au nom de la fatalité d'une économie mondialisée. Cf. BOURDIEU P., « La pensée Tietmeyer », in *Contre-feux*, Paris, Raisons d'agir, 1998, pp. 51-57 ; COUTROT T., *Critique de l'organisation du travail*, Paris, La Découverte, 1999 ; BOYER T., *Mécanique du plan de licenciement : déconstruction d'argumentaires économique des projets de licenciement*, DARES, Document d'étude n° 53, 2002. La comparaison internationale est une des voies possibles pour déconstruire (c'est-à-dire *dénaturaliser*) ce discours, en faisant ressortir le fait que les évolutions observées dans l'organisation du travail résultent de choix politiques et économiques qui n'ont pas été identiques dans tous les pays.

<sup>2</sup> ASKENAZY P., *Les désordres du travail. Essai sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil, 2004.

<sup>3</sup> COUTROT T., « Les nouveaux modes d'organisation de la production : quels effets sur l'emploi, la formation, l'organisation du travail ? », in *Données sociales 1996, op. cit.*, pp. 209-215.

<sup>4</sup> Enquêtes réalisées en 1984, 1991 et 1998 par la DARES, en complément aux Enquêtes Emploi de l'INSEE. Un questionnaire est soumis à tous les actifs ayant un emploi parmi le tiers sortant de l'échantillon, soit 22 000 personnes en 1998. La comparaison entre les trois dates n'est pas toujours possible, certaines questions ayant été introduites au cours de la période.

l'intensification au cours des deux dernières décennies<sup>1</sup>. Mais il faudra, dans un deuxième temps, s'attarder sur l'interprétation de ces résultats, qui ne sont pas univoques.

### **Risques et pénibilités au travail de plus en plus déclarés**

Si l'on s'intéresse d'abord à l'aspect physique de l'activité professionnelle, à la sollicitation immédiate du corps au travail, on ne peut qu'être frappé par la persistance et même la recrudescence des pénibilités auxquelles les salariés déclarent être soumis. Les enquêtes Conditions de travail le montrent bien<sup>2</sup> : tous les risques et tous les efforts sont plus fréquemment déclarés en 1998 qu'en 1984<sup>3</sup>. Ainsi, 72% des salariés déclaraient en 1998 effectuer au moins un type d'effort physique au cours de leur travail (ils étaient 70% en 1991, et 64% en 1984). Mais le plus notable est le cumul de plus en plus important de ces efforts : la proportion de salariés déclarant effectuer au moins trois types d'efforts est passée de 16% en 1984 à 29% en 1991 et 38% en 1998. Si cette intensification est exprimée dans toutes les catégories d'emploi, les ouvriers restent les premiers concernés<sup>4</sup> (en particulier ceux des secteurs artisanal et agricole). En 1998 ils sont 76% à déclarer devoir *rester longtemps debout* (contre 54% de l'ensemble des salariés, et 26% des cadres), 57% à devoir *tenir dans des postures pénibles ou fatigantes* (37% de l'ensemble des salariés, 13% des cadres), 61% à devoir *porter ou déplacer des charges lourdes* (38% de l'ensemble des salariés, 10% des cadres), et 45% à *effectuer des déplacements à pieds longs ou fréquents* (35% de l'ensemble des salariés, 16% des cadres). Au total, deux-tiers des ouvriers cumulent au moins trois types d'efforts. Les salariés des autres

---

<sup>1</sup> La présentation par grands thèmes ne doit pas faire oublier que tous les aspects des conditions de travail sont liés entre eux, et qu'au-delà du nécessaire commentaire point par point ce sont les effets de cumul, les interactions et les logiques transversales qu'il faut avoir à l'esprit, cf. : GOLLAC M., VOLKOFF S., *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, 1996.

<sup>2</sup> CÉZARD M., HAMON-CHOLET S., « Efforts et risques au travail en 1998 », *Premières synthèses*, n° 16.1, 1999 ; BUÉ J., GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., VINCK L., « Vingt ans de conditions de travail », in *Données sociales 2002-2003*, *op. cit.*, pp. 273-279.

<sup>3</sup> Il a été démontré que tous les écarts observés entre 1984 et 1998 ne sont que très légèrement modifiés si l'on applique une correction en tenant compte des évolutions de la structure salariale par catégorie socioprofessionnelle, par secteur d'activité ou par tranches d'âge, cf. BUÉ J., GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., VINCK L., « Vingt ans de conditions de travail », in *Données sociales 2002-2003*, *op. cit.*, pp. 273-279.

<sup>4</sup> Contre l'idée selon laquelle l'automatisation aurait allégé le travail industriel, Serge Volkoff et Michel Gollac rappellent que « le travail "dématérialisé" du professionnel, à l'abri dans sa salle de contrôle ou aux commandes numériques de sa machine-outil, n'est pas celui de la grande masse des ouvriers dans la France des années 90 », GOLLAC M., VOLKOFF S., « *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 114, 1996, p. 55.

catégories d'emploi cumulent moins les différents efforts, mais sont de plus en plus en plus nombreux à en citer au moins un (et jusqu'à trois ou plus pour 45% des professions intermédiaires de la santé et du travail social).

La mise en jeu du corps dans le travail peut également être appréhendée à travers l'exposition aux risques et aux nuisances. Sur ce point, l'évolution est similaire à celle que l'on observe pour les efforts : de plus en plus de salariés déclarent être exposés à au moins un *risque*. De plus, risques et efforts vont souvent de pair : si l'on est exposé aux uns, on l'est aussi aux autres. L'*inhalation de poussières* (36% des salariés et 65% des ouvriers) et le *risque de blessures* avec des outils ou des matériaux (30% des salariés, 61% des ouvriers) sont les items les plus fréquemment cités, suivis du risque d'être atteint par la *chute de matériaux* ou de faire une *chute grave* (un peu moins d'un quart de l'ensemble des salariés, autour de 45% chez les ouvriers)<sup>1</sup>. Sur le plan des conditions d'hygiène, le risque qui a connu la plus forte augmentation est le *risque d'infection*, cité en 1998 par 28% des salariés, et qui a quasiment doublé depuis 1984 et s'est étendu à d'autres métiers que ceux de la santé et du nettoyage.

Il faut noter également que cette augmentation généralisée des efforts, des risques et des nuisances<sup>2</sup> est observée alors que simultanément diminue le nombre d'ouvriers, qui sont traditionnellement les plus concernés par ces aspects des conditions de travail.

### **Une charge mentale qui progresse et se diversifie**

Le travail n'est pas seulement une activité corporelle. Il est aussi une activité mentale, cognitive et émotionnelle qui, selon les choix d'organisation du travail, peut être plus ou moins intensive, pénible et stressante, et qui reste plus difficile à évaluer que les pénibilités physiques<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> En réalité le risque cité en troisième position, mais qui se situe sur un plan un peu différent des autres, est le risque d'accident de la circulation, qui concerne 18% à 37% des salariés selon le type d'emploi.

<sup>2</sup> Ce constat général est également établi (lorsque la comparaison est possible) par les enquêtes Conditions de vie et SUMER (Surveillance médicale des risques). Cette dernière a été effectuée en 1994 et en 2002-2003 auprès d'un échantillon d'environ 50 000 salariés à l'occasion d'une visite en médecine du travail. Elle montre qu'en 2003, l'exposition des salariés à la plupart des risques et des pénibilités du travail a augmenté, cf. : HÉRAN-LE ROY O., « Les risques professionnels pour la santé », in *Données sociales 1999, op. cit.*, pp. 264-270 ; ARNAUDO B., MAGAUD-CAMUS I., SANDRET N., COUTROT T., FLOURY M.-C., GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., WALTISPERGER D., « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003 », *Premières synthèses*, n° 52.1, 2004.

<sup>3</sup> CÉZARD M., HAMON-CHOLET S., « Travail et charge mentale », *Premières synthèses*, n° 27.1, 1999.



Cette charge mentale peut se mesurer à l'aune du sentiment de *responsabilité* et de l'enjeu perçu des tâches à effectuer. Ainsi, un salarié sur deux estime qu'une *erreur* de sa part aurait un *impact financier* sur son entreprise. Cela concerne surtout les cadres et les professions intermédiaires des entreprises, mais aussi les chauffeurs, et les ingénieurs et agents de maîtrise. Les ouvriers sont nettement plus nombreux qu'en 1991 (de 50% à 62%) : cette augmentation peut être comprise comme le résultat des politiques de motivation envers les salariés visant à les faire adhérer davantage aux valeurs de l'entreprise.

Les conséquences de l'erreur peuvent aussi être redoutées sur un plan plus personnel : 60% des salariés déclarent, en cas d'*erreur* de leur part, craindre des *sanctions*, en particulier sur leur emploi ou leur rémunération. Cette proportion a fortement progressé depuis 1991 (c'est l'indicateur qui a le plus augmenté) et concerne toutes les catégories d'emploi. Les salariés en intérim et en CDD sont encore un peu plus nombreux à craindre ces sanctions (64%).

Dans le quotidien des activités de travail, la charge mentale, c'est aussi le degré et l'intensité de *vigilance* et d'attention immédiate que réclame le travail, par exemple lorsqu'on *ne peut pas le quitter des yeux*, ce qui est le cas pour un peu moins d'un tiers des salariés. Si cette exigence est particulièrement forte dans le secteur industriel (54% des ouvriers industriels sont dans ce cas), elle s'étend également de plus en plus aux employés de commerce. Ce constat est à rapprocher de l'usage de l'informatique, et plus généralement des nouvelles technologies de l'information et de la communication qui s'est fortement répandu dans beaucoup de milieux de travail<sup>1</sup>.

L'exigence généralisée de *polyvalence* peut être considérée comme un autre aspect de la charge mentale de travail, puisqu'elle suppose que l'on passe d'un poste à l'autre, parfois à plusieurs reprises dans une même journée, en fonction des besoins. Cet impératif qui lui aussi progresse depuis 1991 concerne 23% des salariés en 1998 (27% des agents de maîtrise et contremaîtres, 29% des employés de commerce, et un tiers des ouvriers, qu'ils soient qualifiés ou non<sup>2</sup>). Il faut noter que

---

<sup>1</sup> Et qui n'est pas sans lien également avec la forte augmentation du nombre de salariés qui déclarent devoir effectuer des efforts visuels dans leur travail. Cf. : DARES, « L'utilisation de l'informatique et des nouvelles technologies par les salariés », *Les dossiers de la DARES*, n°1, 2001 ; CÉZARD M, VINCK L., « En 1998, plus d'un salarié sur deux utilise l'informatique dans son travail », *Premières synthèses*, n° 53.2, 1998.

<sup>2</sup> Chez les ouvriers cette polyvalence peut prendre la forme d'une diversification des tâches qui leur incombent : en plus de l'exécution proprement dite, ils doivent de plus en plus souvent procéder en même temps à de la maintenance de premier niveau, à des contrôles de qualité (41% en 1987, 58% en 1993) ou à de

cette polyvalence prend plus souvent la forme d'une intensification du travail par l'augmentation du nombre de tâches à effectuer que celle d'une diversification qui pourrait rendre le travail plus agréable en rompant la monotonie<sup>1</sup>.

Enfin, la charge mentale, c'est aussi le fait de devoir *interagir avec autrui*, qu'il s'agisse des supérieurs et des collègues, ou d'une clientèle. On touche ici à la dimension relationnelle et émotionnelle du travail. Parmi les salariés qui ont des supérieurs hiérarchiques, 31,5% déclarent vivre avec eux des *situations de tension* (39% parmi les cadres d'entreprise et les contremaîtres et agents de maîtrise, 37% chez les professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises). Avec les collègues, cette proportion est de 23,5% (30% chez les cadres d'entreprise, et 33% chez les contremaîtres et agents de maîtrise, chez qui ces situations de tensions sont liées à la position d'interface qu'ils occupent, entre direction et exécution<sup>2</sup>).

La proportion de salariés qui déclarent être en contact direct avec le public ou la clientèle n'a presque pas augmenté entre 1991 et 1998, se situant autour de 62%. En revanche, il semble que pour certains groupes professionnels ces contacts sont plus souvent source de tensions : en 1998, 48% des salariés ayant des contacts avec le public déclarent vivre des situations de tension – ils n'étaient que 34,4% en 1991<sup>3</sup>. Cette proportion atteint 55% parmi les professions intermédiaires et 56% parmi les cadres d'entreprise.

### **Davantage d'autonomie...**

Les nouveaux modes de management ont pour but de favoriser l'autonomie, l'initiative, l'implication, voire la créativité personnelles des salariés. On

---

l'entretien (56% en 1987, 66% en 1993), cf. : CÉZARD M., VINCK L., « Contraintes et marges d'initiative des salariés dans leur travail », in *Données sociales 1996*, *op. cit.*, pp. 217-224.

<sup>1</sup> L'accroissement de la polyvalence est en effet un des facteurs le plus fortement associés à une appréciation négative de la part des salariés interrogés sur leurs conditions de travail post-RTT, cf. : BUÉ J., HAMON-CHOLET S., PUECH I., « Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement », *op. cit.*

<sup>2</sup> Position parfois particulièrement difficile lorsqu'ils sont eux-mêmes d'anciens ouvriers, cf. : PIALOUX M., « L'ouvrière et le chef d'équipe, ou comment parler du travail », *Travail et emploi*, n° 62, 1995, pp. 4-39.

<sup>3</sup> Et cette tendance concerne aussi bien l'industrie que le tertiaire : en 1991, 28% des salariés du secteur industriel qui sont en contact avec le public déclarent vivre des situations de tension, ils sont 39% en 1998. Dans le tertiaire, ces proportions sont passées respectivement de 36% à 50%, cf. : GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., « Au contact avec le public, des conditions de travail particulières », *Premières synthèses*, n° 09.3, 2003.

s'éloignerait donc du modèle taylorien du travail contraint, répétitif et laissant peu de marges de liberté. Qu'en est-il exactement ?

On constate d'abord que l'autonomie dans le travail semble plus grande aujourd'hui qu'il y a une vingtaine d'années : les salariés sont dans l'ensemble de plus en plus souvent responsables des moyens d'effectuer le travail, on leur impose moins qu'auparavant des modes opératoires précis, et cela concerne notablement des catégories d'emploi qui traditionnellement n'avaient que peu d'autonomie, à savoir les ouvriers et les employés.

L'autonomie, évaluée par exemple à travers la proportion de salariés qui déclarent que leurs supérieurs hiérarchiques leur indiquent *seulement l'objectif à atteindre*, sans leur dire comment faire le travail, concerne la quasi-totalité des cadres et des professions intermédiaires (de 91% à 97%), et plus de 80% des employés, avec pour toutes les catégories une augmentation légère entre 1991 et 1998. A l'inverse, la proportion de salariés auxquels on dit comment faire le travail est passée entre 1991 et 1998 de 18% à 14%. La baisse est particulièrement forte chez les ouvriers du secteur industriel.

De plus, si les salariés dans leur ensemble sont encore 80% à recevoir des *ordres, consignes ou modes d'emploi*, ils sont de moins en moins nombreux à devoir les appliquer strictement (de 42% en 1991 à 37% en 1998), même et surtout parmi les ouvriers<sup>1</sup>.

Cependant, ce gain d'autonomie ne rend pas nécessairement le travail plus simple – et l'on s'aperçoit que la notion d'autonomie est profondément ambivalente, pouvant être positive pour certains, négative pour d'autres. Par exemple, l'autonomie se traduit-elle par un gain de liberté ou par davantage de solitude dans le travail ? Certains chiffres évoquent plutôt la deuxième hypothèse. 31% des salariés déclarent qu'ils ne sont *pas aidés* par leurs supérieurs hiérarchiques s'ils ont du mal à faire un travail délicat et compliqué. Cette proportion n'est que de 14% lorsqu'il s'agit de faire appel aux collègues. Encore faut-il noter que 13,5% des

---

<sup>1</sup> Moins de prescriptions ne signifie pas pour autant qu'elles soient plus lisibles : 44% des salariés concernés par des ordres, consignes ou modes d'emploi déclarent recevoir des ordres contradictoires (49% chez les cadres d'entreprise, 51% chez les techniciens, 58,4% chez les contremaîtres et agents de maîtrise). Un exemple en est donné par une recherche menée auprès de trois entreprises agroalimentaires dans lesquelles les prescriptions en matière d'hygiène-propreté-qualité sont parfois incompatibles (« nettoie ta machine/ne nettoie pas ta machine ») : « la contradiction pratique ainsi inscrite dans l'individu correspond à la contradiction présente dans l'organisation prise comme un tout », cf. : DASSA S., MAILLARD D., « Exigences de qualité et nouvelles formes d'aliénation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 115, 1996, p. 35.

salariés travaillent seuls, et l'on peut entrevoir ici le glissement de sens de l'autonomie à la solitude dans le travail<sup>1</sup>. Les répondants à l'enquête Conditions de travail de 1998 sont un quart à devoir souvent *se débrouiller seuls dans des situations difficiles*, et 56% à déclarer qu'ils *règlent personnellement les incidents* (50% en 1991, avec une hausse de 8% chez les employés et les ouvriers). Mais cette autonomie n'empêche pas par ailleurs la dépendance au travail d'autrui, et même celle-ci augmente : 27% des salariés déclarent en 1998 que leur *rythme de travail dépend de celui de leurs collègues* (23% en 1991, 11% en 1984).

En résumé, le développement de l'autonomie dans le travail pourrait être considéré comme un aspect positif, s'il ne s'accompagnait dans le même temps d'une croissance des contraintes et d'une généralisation de la pression temporelle. Ainsi, « considérer ensemble autonomie procédurale et contrainte temporelle évite de prendre la nouvelle division du travail pour la fin de la division du travail<sup>2</sup> ».

### **... mais persistance des contraintes**

Décrire les contraintes qui pèsent actuellement sur le travail, c'est d'abord rappeler que le travail taylorisé n'a pas disparu. Le *travail à la chaîne* se maintient et même progresse pour les ouvriers de type industriel (de 7,5% en 1984 à 15% en 1998 chez les ouvriers qualifiés, de 20% à 30% chez les ouvriers non qualifiés). Plus généralement, les *contraintes de rythme liées aux machines* (cadences automatiques, déplacement automatique des produits ou des pièces) progressent dans les moyennes entreprises (alors qu'elles diminuent ou se stabilisent dans les plus grandes), et concernent désormais de plus en plus de techniciens et d'agents de maîtrise<sup>3</sup>.

La contrainte de la *demande*, même si elle demeure une spécificité du tertiaire (en particulier pour les employés de commerce, les professions intermédiaires de la

---

<sup>1</sup> C. Baudelot et M. Gollac soulignent que leur questionnaire d'enquête a « sous-estimé la solitude comme facteur d'insatisfaction au travail ». Ils n'avaient en effet retenu que les aspects positifs de l'autonomie : liberté dans le travail, choix de l'ordre des tâches, choix des rythmes de travail. Les entretiens ont révélé la dimension potentiellement négative du travail solitaire, cf. : BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard, 2003, p. 79 (enquête « Travail et modes de vie » INSEE/DARES/ENS, complémentaire à l'enquête « Conditions de vie », menée en 1997 auprès de 6000 répondants).

<sup>2</sup> GOLLAC M., VOLKOFF S., « *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail », *op. cit.*, p. 63.

<sup>3</sup> BUÉ J., ROUGERIE C., « L'organisation du travail : entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête Conditions de travail de 1998 », *Premières synthèses*, n° 32.1, 1999.

santé, des entreprises et de la fonction publique<sup>1</sup>), tend à pénétrer l'univers industriel. Au total, 54% des salariés déclarent que leur rythme de travail est régi par une *demande à satisfaire immédiatement* (46% en 1991, 28% en 1984). Cette proportion a triplé entre 1984 et 1998 dans le secteur industriel pour atteindre 47%. Les organisations dites en « flux tendu » sont particulièrement propices à diffuser dans chaque étape du travail les impératifs de la demande extérieure, en organisant le travail de façon à ce que les salariés soient à la fois clients et fournisseurs tout au long de la ligne de production.

La contrainte peut enfin prendre la forme du contrôle sur le travail effectué. Le *contrôle hiérarchique permanent* pendant le travail concerne en 1998 34% des salariés dans l'industrie, 30% dans la construction, et 28% dans le tertiaire (dont 38% des employés de commerce, soit le triple de la proportion de 1984, et 53% des employés de libres-services).

Derrière ces constats se profile une organisation du travail où les salariés gèrent entièrement et personnellement les contradictions entre les moyens et les buts, le prescrit et le réel. Ils sont confrontés à un ensemble d'injonctions paradoxales : exigence de rapidité, de qualité et d'autonomie d'une part, fortes contraintes matérielles et psychologiques de l'autre.

### **Un principe transversal : la règle de l'urgence**

*« Ce n'est pas que je ne sois pas travailleur, mais j'aime suspendre de temps en temps mon travail, regarder autour de moi, juste pour savoir qui je suis, où je suis et à quel point j'en suis. (...) Et je me disais que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue si l'on ne prend parfois le temps de souffler, juste le temps de penser qu'on est en train de vivre ».*

Alberto Moravia<sup>2</sup>

Plusieurs travaux mettent l'accent sur une généralisation de la règle de l'urgence, induite par des modèles productifs fondés sur la production à la demande, la recherche de rentabilité optimale et l'élimination des temps morts<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., « Au contact avec le public, des conditions de travail particulières », *op. cit.*

<sup>2</sup> In *Nouvelles romaines*, « La ruine de l'humanité », trad. fr. : Paris, Flammarion, 1957, p. 166.

<sup>3</sup> Par exemple dans l'exécution des travaux de maintenance et de nettoyage des équipements industriels, effectués dans des délais records, pendant les courtes périodes d'arrêt de la production ou même sans

D'après l'enquête Conditions de travail de 1998, un peu plus de la moitié des salariés estiment qu'ils sont obligés de *se dépêcher* « toujours » ou « souvent ». Ceux qui répondent « toujours » (20% de l'ensemble) exercent surtout des métiers commerciaux : professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises (26%), employés de commerce (24,3%); ou occupent des postes d'ouvriers non qualifiés du secteur industriel (24,5%). Ceux qui répondent « souvent » se trouvent plutôt parmi les cadres et les professions intellectuelles supérieures (39%, et 44% pour les cadres d'entreprise).

Cette pression temporelle est de plus en plus le fait de la hiérarchie : en 1991, 23% des salariés déclaraient que leur rythme de travail leur était imposé par un contrôle constant de leurs supérieurs hiérarchiques, ils sont 29% en 1998.

Plus de 60% des salariés de l'industrie, presque autant dans la construction, et 37% des salariés du tertiaire déclarent être soumis à des *délais à respecter* dans la journée. 23% des salariés (35% chez les ouvriers) déclarent travailler sous la pression de normes de production ou de délais inférieurs à l'heure (contre 16% en 1991 et 7% en 1984). Ajoutons que la possibilité de *faire varier les délais fixés* existe pour environ les deux-tiers des salariés, mais seulement pour un peu plus de la moitié des ouvriers.

Bien sûr, le travail dans l'urgence affecte les jugements des salariés quant à leur travail : un quart des répondants de 1998 estiment *ne pas pouvoir effectuer correctement leur travail à cause d'un manque de temps* (34% chez les cadres et professions intellectuelles supérieures).

Les contraintes temporelles s'associent de façon paradoxale avec les interruptions dans le travail : d'un côté, ces dernières sont fréquentes lorsqu'elles sont exigées par l'organisation du travail ; de l'autre, les interruptions volontaires et choisies sont relativement limitées. Ainsi, la proportion de salariés qui déclarent *devoir fréquemment abandonner une tâche en cours pour en effectuer une autre non prévue* est passée de 48% en 1991 à 56% en 1998, et augmente avec le niveau de l'emploi. Près de la moitié des salariés concernés par ces interruptions estiment que cela perturbe leur travail, et seulement 15% considèrent que c'est un aspect positif. En même temps, 29% des salariés déclarent qu'il leur est impossible *d'interrompre leur travail en dehors des pauses prévues* (ou s'il n'y en a pas). Cette proportion est stable

---

interruption des machines, cf. BRETIN H., « Hommes et femmes en service précaire : le nettoyage industriel », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, op. cit., pp. 269-284.

depuis 1984 pour l'ensemble des salariés, mais elle est passée de 34% à 45,5% pour les cadres du public et les professions intellectuelles et artistiques, de 37,5% à 45% pour les employés de commerce, de 32,5% à 39% dans les services directs aux particuliers, de 35% à 37% pour les ouvriers non qualifiés, et elle atteint 42% chez les professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé et du secteur public.

### ***b) De l'objectivation des risques du travail à son intensification réelle***

Les résultats de ces enquêtes Conditions de travail, retracés ici très sommairement<sup>1</sup>, semblent donc abonder dans le sens d'une intensification du travail dans ses différents aspects<sup>2</sup>. Mais avant d'entériner cette conclusion<sup>3</sup>, il faut essayer de répondre à une question fondamentale pour l'interprétation : ces résultats sont-ils le reflet d'une réelle dégradation des environnements et des conditions de travail, ou bien sont-ils l'expression d'une perception et d'une sensibilité accrues des salariés à l'égard de leurs conditions de travail ?<sup>4</sup>

Cette dernière thèse semble, dans un premier temps, avoir quelque fondement. On remarque par exemple que les évolutions sont parfois plus marquées (et jamais moins) pour les questions plus « floues », celles qui laissent le plus de place à l'interprétation « subjective<sup>5</sup> ». Mais précisément, c'est cette subjectivité qu'il s'agit d'interroger, en la resituant dans les processus sociaux d'objectivation des risques.

---

<sup>1</sup> Je renvoie aux références bibliographiques pour des analyses beaucoup plus fines, notamment sur les différences inter- et intra-CSP ou entre les sexes.

<sup>2</sup> Cette tendance a surtout été observée lors de l'enquête de 1991, à tel point que l'on a cru d'abord à une erreur dans la saisie ou les programmes informatiques... Entre 1991 et 1998, les écarts sont moindres, mais vont dans le même sens.

<sup>3</sup> Et bien sûr après avoir vérifié, ce qui fut le cas pour ces enquêtes, que les évolutions observées ne proviennent pas des changements dans le protocole d'enquête - par exemple, l'orientation moins « ouvriériste » du questionnaire de 1991. Il s'avère que les biais dus au protocole d'enquête n'expliquent pas les (nombreux) écarts supérieurs à 7 points. Cf. : GOLLAC M., « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *Revue française de sociologie*, XXXVIII, n° 1, 1997, pp. 5-36.

<sup>4</sup> Il est notable que les déclarations des non-salariés en matière de conditions de travail et d'exposition aux risques rejoignent largement celles des salariés (sauf en ce qui concerne l'autonomie proprement dite, qui reste plus présente chez les indépendants). Le statut professionnel (indépendant ou salarié) semble moins influencer sur la perception des risques que le métier exercé. Cf. : HAMON-CHOLET S., « Les conditions de travail des non-salariés sont proches de celles des salariés », *Économie et statistique*, n° 319-320, 1998, pp. 113-125.

<sup>5</sup> L'exemple du bruit est à ce titre très parlant. A la question « quand vous travaillez, si une personne placée à 2 ou 3 mètres de vous vous adresse la parole, est-ce que vous l'entendez si elle parle normalement ? », 16% des salariés répondaient par la négative en 1984, et 19% en 1991, soit une augmentation relativement faible pour cette question dont la formulation est précise et peu équivoque. En revanche, on passe de 24% à 31% de répondants qui déclarent subir des « bruits très forts ou très aigus », formulation qui laisse une plus grande marge d'interprétation. Cependant, même moindres, les évolutions indiquent une détérioration.

Il est plausible en effet que, sous l'influence de débats qui ont émergé avec force dans la société, des risques liés au travail soient mieux perçus aujourd'hui qu'il y a une vingtaine d'années - c'est-à-dire perçus précisément en tant que risques. Ce passage du risque « incorporé », ou « naturalisé<sup>1</sup> », au risque objectivé, peut donner sens aux variations de certains items de l'enquête : ainsi, le plus grand nombre de personnes déclarant « respirer des fumées » est à rapporter aux politiques de sensibilisation aux dangers du tabagisme (passif notamment) ; la plus grande présence du risque d'accident de la circulation peut, de la même façon, se lire à l'aune des campagnes pour la sécurité routière. La perception de certains risques par l'ensemble des salariés a également pu être accélérée par certains mouvements sociaux catégoriels qui ont occupé le devant de la scène (infirmières, policiers, cheminots, chauffeurs routiers), ou par un meilleur niveau d'information générale (par exemple en matière de manipulation de produits « toxiques », davantage déclarée aujourd'hui peut-être parce que la toxicité de ces produits n'était pas connue auparavant).

L'essentiel ici est de rappeler que l'objectivation des conditions de travail ne va pas de soi. Au contraire, les individus ont plutôt tendance à les « naturaliser », à ne pas les dissocier de l'ensemble de leur expérience de travail<sup>2</sup>. Face à cette occultation spontanée (et, souvent, stratégique), les médecins soignants, les médecins du travail, les syndicats, les comités d'hygiène et sécurité, l'État (à travers l'ANACT ou l'INRS), ou même les conversations informelles sur les lieux de travail, sont autant d'instances qui peuvent contribuer à dénaturer les conditions de travail, c'est-à-dire à les faire apparaître en tant que telles, pouvant être décrites, analysées pour elles-mêmes, et éventuellement améliorées ou simplement modifiées.

Dans le même ordre d'idée, il est possible que les évolutions du cadre de vie hors travail aient pu déplacer les normes socialement acceptables, y compris dans le travail, et rendre les salariés plus « exigeants », par exemple en matière de

---

<sup>1</sup> Cette vision fataliste des « risques du métier » a pu correspondre par exemple au « mécanisme psychologique complexe qui joue lorsqu'un mineur tend à accepter comme une fatalité la pétrification de ses poumons et la réduction de sa durée de vie », in DUCLOS D., *La santé et le travail*, Paris, La Découverte, 1984, p. 6.

<sup>2</sup> Jusqu'à adopter des « stratégies défensives de métier », observées chez les ouvriers, qui consistent à nier le risque, pour se protéger de l'angoisse qu'il entraînerait. Cf. : CRU D., « Les règles des métiers », in DEJOURS C. (dir.), *Plaisir et souffrance dans le travail*, Paris, Éditions de l'Aocip avec le concours du CNRS, 1988, pp. 29-50.



déplacements à pieds, de charges lourdes, de postures pénibles, d'état des locaux sanitaires.

Enfin, on peut supposer, au moins à titre d'hypothèse, que les réponses aux enquêtes Conditions de travail portent la marque des inquiétudes ressenties par les salariés face aux restructurations organisationnelles et aux innovations technologiques qui reconfigurent les univers de travail. Il s'agirait alors d'interpréter les résultats de ces enquêtes comme des réactions à des changements que les salariés perçoivent comme stressants et/ou menaçants.

Ainsi, la thèse de l'explication par la « perception » n'est pas à exclure. Mais il faut la comprendre non comme l'affirmation d'une subjectivité arbitraire - ce qui invaliderait les résultats de ces enquêtes (et d'ailleurs de toute enquête par questionnaire), mais comme la prise en compte dans l'interprétation des processus sociaux d'objectivation des conditions de travail. Comme l'écrit Michel Gollac, « que l'objectivation des conditions de travail soit un processus social ne signifie pas qu'elle soit arbitraire. (...) Ce n'est pas n'importe quelle condition de travail qui peut être objectivée par n'importe qui : les conditions de l'objectivation sont objectives, même si elles peuvent varier au cours du temps<sup>1</sup>. On n'est pas fondé à dénoncer le caractère "subjectif" des réponses à l'enquête sur les conditions de travail<sup>2</sup> ».

Si l'on cherche maintenant à étayer la thèse d'une réelle intensification du travail, force est de constater que les arguments sont nombreux. « Partout, et quels que soient les instruments de mesure, c'est-à-dire les questions posées, les résultats vont dans le sens d'une intensification du travail au cours des années 80. Il n'est guère possible d'attribuer ces résultats concordants à des artefacts statistiques. Il est même peu plausible qu'ils soient dus à des processus d'objectivation simultanés<sup>3</sup> ».

---

<sup>1</sup> M. Gollac rappelle par exemple qu'il existe un lien étroit entre la reconnaissance par les ouvriers de certains risques ou pénibilités et la reconnaissance (à travers des primes spécifiques) de ces risques par les entreprises employeuses.

<sup>2</sup> GOLLAC M., « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *op. cit.*, p. 24. Sur cette idée que le « subjectif » est toujours au moins partiellement indexé sur de l'« objectif », on peut citer une enquête montrant la convergence entre les caractéristiques objectives des emplois et les jugements des salariés, cf. : RITTER J., ANKER R., « Bons emplois, mauvais emplois : les jugements des travailleurs dans cinq pays », *Revue internationale du travail*, vol. 141, n° 4, 2002, pp. 365-396.

<sup>3</sup> GOLLAC M., « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *op. cit.*, p. 29. On peut souligner que les ergonomes ont été surpris par ces résultats, car ils estiment que les employeurs ont fait des efforts dans le sens d'une amélioration des conditions de travail. Mais les études ergonomiques concernent surtout les grandes entreprises ; or, les détériorations observées sont souvent le fait des petites ou moyennes entreprises. Par ailleurs, les résultats des enquêtes Conditions de travail

Ajoutons que ces constats sont confirmés par de nombreuses enquêtes quantitatives et qualitatives, notamment par les travaux de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail<sup>1</sup>.

Cette intensification globale du travail, ou « néo-stakhanovisme<sup>2</sup> », résulte notamment de l'interpénétration croissante des logiques industrielles et marchandes dans l'organisation du travail. En effet, un double mouvement est observé, tant dans les enquêtes statistiques que dans les études monographiques : d'une part, l'installation de contraintes de type industriel dans le secteur des services (délais courts à respecter strictement, dépendance au travail d'autrui, rythmes imposés par des dispositifs technologiques); et d'autre part, le développement de contraintes marchandes ou commerciales dans l'industrie (production à la commande, pression de la demande par exemple avec le pilotage des flux par l'aval, qui a pour effet de faire remonter la pression temporelle de la demande tout le long du processus de production<sup>3</sup>, secteurs productifs traités comme des centres de profits autonomes, mis en concurrence entre eux et avec l'extérieur), ce qui exige des individus à la fois polyvalence, responsabilité et soumission à des procédures contraignantes<sup>4</sup>. Cette intrication de contraintes industrielles (essentiellement physiques) et de contraintes marchandes (essentiellement mentales et cognitives) pour une part grandissante de salariés amène à infirmer l'hypothèse d'une dualisation du travail qui différencierait « d'un

---

rejoignent les observations des inspecteurs du travail, qui sont nombreux à signaler des manquements à la législation du travail en matière d'hygiène et de sécurité, et cela en particulier dans les PME.

<sup>1</sup> La Troisième enquête européenne sur les conditions de travail a été effectuée en 2000 auprès de 21 703 actifs en emploi originaires de 15 pays de l'U.E. Elle montre par exemple que 18% des salariés européens doivent adopter des postures douloureuses ou pénibles pendant la totalité de leur temps de travail (pour 16% en 1990), et que 12% doivent manipuler des charges lourdes (9% en 1990), cf.: PAOLI P., MERLLIÉ D., *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000*, op. cit. ; BOISARD P., CARTRON D., GOLLAC M., VALEYRE A., *Temps et travail : l'intensité du travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002 ; VALEYRE A., « Les formes d'intensification du travail industriel et leurs déterminants » et GALLIE D., « Work Intensification and Work Strain in Europe », Communications au colloque *Organisation, intensité du travail, qualité du travail* (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., DE CONINCK F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octarès, à paraître.

<sup>2</sup> ASKENAZY P., *La croissance moderne*, op. cit.

<sup>3</sup> VALEYRE A., « Le travail industriel sous la pression du temps », *Travail et emploi*, n° 86, 2001, pp. 127-149.

<sup>4</sup> « Les salariés qui subissent la double contrainte marchande et industrielle sont ceux pour lesquels on dénombre le plus de situations de tension au sein du collectif de travail, la perception la plus aiguë du sentiment de responsabilité, l'obligation de toujours se dépêcher, et de changer fréquemment de tâche pour une autre non prévue », HAMON-CHOLET S., ROUGERIE C., « La charge mentale au travail : des enjeux complexes pour les salariés », *Économie et statistique*, n° 339-340, 2000, p. 250.

côté, ceux qui subissent les affres psychiques du travail *moderne*, de l'autre, ceux qui endurent les maux physiques du travail *classique*<sup>1</sup> ».

Mais surtout, ce sont les contraintes de rythme qui constituent le cœur des processus d'intensification<sup>2</sup>, et pourraient presque à elles seules expliquer les dégradations observées pour les autres aspects du travail : tout est plus difficile et plus pénible si on est obligé de se dépêcher en permanence<sup>3</sup>. L'accroissement de la contrainte de temps produit ainsi un dépassement du « seuil de déclaration ». C'est pourquoi l'analyse doit prendre en compte la transversalité de la dimension temporelle et appréhender le travail dans sa globalité : il n'est pas pertinent de s'arrêter par exemple au constat selon lequel « la question du port de charges lourdes s'est aggravée », mais bien plutôt de dire que « l'intensification du travail a aggravé la question du port de charges lourdes ».

Le temps émerge donc comme dimension centrale pour comprendre la nature profonde de ce qui fait « intensité<sup>4</sup> ». Et il ne s'agit pas seulement d'un temps quantitatif, celui de l'urgence, dont l'intensité se mesurerait à la masse d'actions à effectuer dans une durée définie, mais aussi (et peut-être surtout) d'un temps qualitatif, c'est-à-dire de la possibilité laissée aux travailleurs de disposer de leur temps, de se ménager des moments de recul, d'appropriation et de transition. F. de Coninck développe cette idée du « temps devant soi », qui est « un temps que l'on met entre soi et les exigences productives, qui permet de voir venir, de mettre à distance, de s'approprier les choses sans les subir dans une immédiateté perturbante. (...) Avoir du temps devant soi, c'est avoir de la visibilité, pouvoir anticiper, pouvoir prendre le temps de se décider, pouvoir prendre ses dispositions, avoir le temps de digérer après coup et, au total, avoir prise sur le temps<sup>5</sup> ». C'est pouvoir travailler dans la *vitesse* sans pour autant travailler dans la *hâte*. Or il semble bien, d'après les nombreuses études de cas, que cette possibilité de maîtriser

---

<sup>1</sup> ASKENAZY P., *Les désordres du travail*, op. cit., p. 7.

<sup>2</sup> BOISARD P., CARTRON D., GOLLAC M., VALEYRE A., *Temps et travail : l'intensité du travail*, op. cit.

<sup>3</sup> Et quand bien même cette contrainte n'aurait pas d'existence réelle, « il suffit que le travailleur se croie contraint de répondre à une demande pour que ceci ait un effet réel sur son rythme de travail », GOLLAC M., « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », op. cit., p. 29.

<sup>4</sup> Tout comme nous avons vu précédemment que les questions de temporalités sont au cœur de ce qui fait « précarité ».

<sup>5</sup> DE CONINCK F., « Avoir du temps devant soi. La construction d'un temps transitionnel entre temps du sujet et temps de la production », Communication au colloque *Organisation, intensité du travail, qualité du travail* (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., DE CONINCK F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, op. cit. N. Hatzfeld décrit par exemple le « grignotage d'interstices de repos que, par leur savoir-faire gestuel, les ouvriers se sont aménagés dans l'accomplissement même [des] opérations », in HATZFELD N., *Les gens d'usine. Peugeot-Sochaux, 50 ans d'histoire*, Paris, éditions de l'Atelier, 2002.

son temps est mise à mal dans un grand nombre des configurations actuelles de travail. Notons que la réduction du temps de travail n'est pas étrangère aux processus décrits ici. On peut résumer de façon schématique ses effets en considérant que la RTT a généralement joué comme facteur de segmentation de la main-d'œuvre, en creusant des disparités déjà existantes dans les situations de travail entre les différentes catégories socioprofessionnelles : amélioration ou pas de changement perçu dans les conditions de travail pour les cadres et les professions intermédiaires, dégradation pour les employés et les ouvriers<sup>1</sup>.

Finalement, on peut distinguer trois contenus derrière le terme d'intensification : une *massification* par l'élargissement des tâches et l'augmentation de leur nombre (mais ces tâches étant hétérogènes, il n'est pas forcément pertinent de raisonner en termes quantitatifs<sup>2</sup>), une *accélération* dans les rythmes et les cadences, et une *densification* par l'élimination de certains actes et moments qui sont décisifs du point de vue du *sens* du travail, et qui sont considérés à tort comme des temps non-productifs<sup>3</sup>.

On s'aperçoit donc que l'intensification, phénomène complexe, multidimensionnel, est finalement difficile à définir, et plus encore à mesurer de façon simple. Ses formes actuelles ne s'identifient pas à celle que décrivait Marx avec le développement du machinisme, et qui consistait pour l'ouvrier à « dépenser, au moyen d'une tension supérieure, plus d'activité dans le même temps<sup>4</sup> ». L'intensification contemporaine se déploie sur plusieurs axes mettant en jeu la nature des activités de travail, les modes techniques et humains de contrôle et d'évaluation, les différents types de régulation<sup>5</sup>, l'organisation interne et externe à

---

<sup>1</sup> Cf. : BUÉ J., HAMON-CHOLET S., PUECH I., « Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement », *op. cit.* ; ESTRADÉ M.-A., MÉDA D., ORAIN R., « Les effets de la réduction du temps de travail sur les modes de vie. Qu'en pensent les salariés un an après ? », *Premières synthèses*, n° 21.1, 2001.

<sup>2</sup> « L'important ce n'est pas le poids des cartons, c'est la façon dont on travaille avec », déclare l'une des ouvrières interrogées par D. Lorient (« Accidents et organisations du travail : les enjeux de l'arrêt de travail », *Travail et emploi*, n° 88, 2001, p. 58). C'est également en ce sens qu'il faut comprendre la remarque faite par certains ouvriers de montage dans la construction automobile interrogés sur l'évolution du travail : « avant, c'était plus pénible, mais c'était moins chargé<sup>2</sup> », in HATZFELD N., « Une intensification en cachera-t-elle une autre ? De l'accroissement de la charge aux mutations de l'usine », Communication au colloque *Organisation, intensité du travail, qualité du travail* (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., DE CONINCK F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, *op. cit.*

<sup>3</sup> Le temps par exemple de ranger son poste de travail, de communiquer avec des collègues pour échanger des informations qui participent des modes d'apprentissage, d'organiser mentalement la suite du travail, etc.

<sup>4</sup> MARX K., *Le capital*, Livre Premier, Tome II, Section IV, Chapitre XV.

<sup>5</sup> REYNAUD J.-D., « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, n° 1, 1988, pp. 5-18.

l'entreprise<sup>1</sup>. On comprend dès lors que le sens de ces processus soit ambivalent : un travail « intense » peut être plus difficile et stressant, mais aussi (et simultanément) plus efficace, plus intéressant et plus satisfaisant. Il ne faut donc pas « identifier intensification et dégradation du travail en général. (...) La question posée est plutôt celle du caractère soutenable de ce travail : on peut s'y investir mais finir par craquer à cause de la dureté des conditions de travail<sup>2</sup> ». Mais pour vivre de façon positive un travail intense, encore faut-il que cette intensité laisse au sujet son temps et sa place, ce qui, comme nous l'avons vu, semble se vérifier de moins en moins, en particulier pour les ouvriers et les employés<sup>3</sup>.

Finalement, il est essentiel de se souvenir que les évolutions dans le travail que l'on pourrait à première vue qualifier de positives pour les salariés – et qui le sont parfois véritablement (accroissement de la polyvalence, gain en autonomie, responsabilisation et valorisation de l'initiative) – prennent place dans un contexte caractérisé simultanément par des processus massifs et profonds d'intensification du travail et de précarisation de l'emploi<sup>4</sup>, dont les effets n'annulent pas, mais s'adjoignent de façon complexe à ceux des améliorations partielles de l'organisation du travail. Face à ce paradoxe dont j'ai tenté de décrire les formes et les enjeux, je conclurai en souscrivant à l'observation de M. Gollac et S. Volkoff : « quand l'intensification du travail rend celui-ci plus pénible, dévalorise l'expérience du poste, gêne les apprentissages, perturbe les collectifs, les termes d'autonomie ou de

---

<sup>1</sup> L'intensification est un processus global mettant en jeu l'organisation du travail dans son ensemble. C'est pourquoi il est essentiel de mettre en regard les conditions de travail (en tant que modes concrets de réalisation des tâches) et l'organisation générale du travail à l'échelle de l'entreprise. M. Gollac et S. Volkoff rappellent ainsi que « le risque existe d'isoler, à travers l'outil d'observation que constituent les enquêtes, certains éléments du travail, et de renoncer ainsi à les construire comme fait social. (...) Les besoins des économistes comme des sociologues les portent aujourd'hui à préconiser des enquêtes portant à la fois sur les salariés et sur les entreprises qui les emploient, de façon à situer les conditions de travail dans leur contexte », in GOLLAC M., VOLKOFF S., « *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail », *op. cit.*, p. 58.

<sup>2</sup> CARTRON D., GOLLAC M., « Fast work et maltravail », Communication au colloque *Organisation, intensité du travail, qualité du travail* (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., DE CONINCK F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, *op. cit.*

<sup>3</sup> Mais pas seulement : les groupes professionnels traditionnellement plus préservés des pénibilités connaissent aussi des formes d'intensification et de densification du travail : la pression se fait sentir aussi pour les personnels plus haut placés dans la hiérarchie. Je reviendrai au chapitre III sur les implications de l'intensification en termes de santé physique, mentale et morale pour les salariés.

<sup>4</sup> Qui, j'y reviendrai plus loin, s'associent bien souvent.

participation changent de sens. Le zéro mépris<sup>1</sup> se combine alors avec une infinie duplicité<sup>2</sup> ».

Cette réflexion amène également à rappeler la nécessité de ne pas rester prisonnier d'une représentation idéalisée et désincarnée des transformations du travail, dont Alain Fernex montre, à partir d'une remarquable étude de textes<sup>3</sup>, qu'elle imprègne nombre de recherches consacrées au travail et à son organisation. Dans cette représentation, « le travail et ses évolutions sont perçus sous une forme abstraite, détachée des conditions réelles. Les conditions de travail telles qu'elles peuvent être ressenties par les salariés n'apparaissent pas ou peu dans le propos. (...) Il en résulte la vision d'un travail nouveau dominé par les dimensions d'autonomie des individus, les échanges d'information, le déclin des hiérarchies, la mobilisation des compétences... ».

Ces thèmes font précisément l'objet d'un débat autour de la question de savoir si nous serions entrés dans un modèle ou une ère « post-tayloriste ». A ce sujet, les points de vue quant à la portée et à la signification des changements à l'œuvre sont contrastés. S'il n'y a pas consensus, c'est parce que les réalités elles-mêmes sont ambivalentes et peuvent donner lieu à des interprétations plurielles, voire divergentes.

### ***c) « Post-taylorisme » ou « taylorisme assisté par ordinateur » ?***

Dans le sens d'une sortie du taylorisme, certains auteurs<sup>4</sup> mettent en avant l'affaiblissement de la coupure traditionnelle entre conception et exécution, avec la part croissante d'autonomie, d'initiative et de responsabilité laissée aux salariés, dans une organisation du travail où la gestion de la main-d'œuvre se rapprocherait

---

<sup>1</sup> En référence à un classique du « nouveau management » : Hervé Séryeix, *Le Zéro mépris*, Paris, Interéditions, 1982.

<sup>2</sup> In GOLLAC M., VOLKOFF S., « *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail », *op. cit.*, p. 67. T. Coutrot formule un constat analogue : « la trouvaille du modèle néo-libéral est d'avoir libéré l'organisation du travail tout en approfondissant la domination sur les travailleurs », in COUTROT T., *Critique de l'organisation du travail*, *op. cit.*, p. 54.

<sup>3</sup> FERNEX A., *Intensité du travail, définition, mesure, évolutions. Premiers repérages*, ISESER, Études et recherches n° 169, 1998.

<sup>4</sup> CORIAT B., *L'atelier et le robot. Essai sur le fordisme et la production de masse à l'âge de l'électronique*, Paris, Christian Bourgois, 1990, cité par LINHART D. et R., « L'évolution de l'organisation du travail », in KERGOAT J. et al. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 301-309 ; DE TERSSAC G., *Autonomie dans le travail*, Paris, PUF, 1992.

du travail indépendant<sup>1</sup> et s'éloignerait donc du « one best way » typiquement taylorien. Ainsi, P. Veltz et P. Zarifian<sup>2</sup> affirment que le taylorisme (défini moins comme « technique d'organisation du travail ou comme ensemble de recettes de management social » que comme « modèle d'organisation ») est en train de connaître un changement structurel profond, qui se manifeste à trois niveaux. Premièrement, le modèle de l'*opération*, caractéristique du taylorisme (l'opération comme « unité » d'action et de mesure du travail), est de plus en plus contesté par les travailleurs (aspect social) ; il est également de moins en moins compatible avec une productivité dont les éléments se sont considérablement complexifiés (aspect économique) ; il est enfin devenu inapte à penser les modes de travail actuels qui ne cadrent plus avec des procédures de prescription strictes, stables et centrées sur le facteur humain de production (aspect technique). Deuxièmement, le modèle taylorien de la *coopération*, fondé sur la division des tâches en séquences de production (modèle séquentiel, additif et objectif, qui économise au maximum la communication inter-humaine), a lui aussi perdu de sa pertinence dès lors que la performance (en qualité, en flexibilité, en coût) repose de plus en plus sur la qualité de l'organisation et des interactions communicationnelles entre les acteurs. Enfin, le modèle d'innovation et d'apprentissage propre au taylorisme, qui repose sur la *distinction entre conception et exécution* comme structures organisationnelles bien identifiées et autonomes, est remis en question par l'interdépendance entre ces deux niveaux qui caractérise désormais les organisations. Ainsi, c'est « la nature même de ce qu'on appelle apprentissage et innovation » qui change avec la « nécessité de les sortir de leur gangue fonctionnelle spécialisée pour en faire des processus actifs dans toute l'épaisseur de l'organisation ».

Les auteurs en arrivent à la conclusion selon laquelle « le noyau du modèle classique d'organisation, tel qu'il est structuré depuis environ un siècle, est aujourd'hui objectivement miné dans ses fondations mêmes ». Ce modèle,

---

<sup>1</sup> Et même du travail artistique, selon P.-M. MENER qui développe l'hypothèse selon laquelle « non seulement les activités de création artistique ne sont pas ou plus l'envers du travail, [mais elles] sont au contraire de plus en plus revendiquées comme l'expression la plus avancée des nouveaux modes de production et des nouvelles relations d'emploi engendrées par les mutations récentes du capitalisme. (...) Il faudrait désormais regarder le créateur comme une figure exemplaire du nouveau travailleur », *Portrait de l'artiste en travailleur*, Paris, Seuil, 2002, p. 8.

<sup>2</sup> VELTZ P., ZARIFIAN P., « Vers de nouveaux modèles d'organisation », *Sociologie du travail*, n° 1, 1993, pp. 3-25.

précisent-ils, n'est pas appelé à être remplacé par un autre modèle productif unique, mais par une diversité, une hétérogénéité de formes de travail.

De multiples objections peuvent être opposées à cette interprétation. Pour les synthétiser, je m'appuierai sur un texte de Danièle Linhart<sup>1</sup> qui propose, plutôt que des discours prophétiques sur l'avènement éventuel d'un nouveau modèle, de « s'en tenir à une analyse des dispositions en cours à partir des enquêtes disponibles. A une analyse qui accorde une importance équivalente à ce qui change et à ce qui ne change pas ». D. Linhart structure cette analyse autour des trois points qui constituent les trois piliers d'un modèle organisationnel : le *fonctionnement interne* de l'entreprise, les *relations sociales* qui y prévalent, et enfin *l'organisation du travail* proprement dite. L'intérêt particulier de son approche est de différencier, pour chacun de ces trois aspects, le niveau des discours et le niveau des pratiques et des résultats concrets.

Sur le plan du fonctionnement interne de l'entreprise, le thème omniprésent dans les discours est incontestablement celui de la participation, de la coordination, de la solidarisation des acteurs et des activités de l'entreprise. Mais si de nombreuses initiatives technologiques et organisationnelles ont été mises en place dans cette optique, les résultats sont encore loin des objectifs, « les féodalités professionnelles ne se laissant pas si aisément déraciner du terreau de l'entreprise, la hiérarchie intermédiaire ne témoignant pas d'un grand enthousiasme à l'idée de s'effacer pour faciliter la communication et la décentralisation ».

Sur le plan des relations sociales, les discours managériaux sont passés de la méfiance et du soupçon qui prévalaient il y a une trentaine d'années à l'affichage explicite d'une volonté de « zéro mépris », dans l'idée d'une entreprise « citoyenne » où chacun pourrait s'exprimer. Sur ce point, D. Linhart estime qu'un réel changement s'est effectivement opéré dans les pratiques avec la multiplication des cercles de qualité, des groupes d'expression et de toutes sortes de projets participatifs. Mais là encore, les résultats sont décevants : « la persistance avec laquelle les directions d'entreprises impulsent les unes après les autres, comme en rafales successives, des formules participatives, ne parvient pas à masquer le doute grandissant que développent des couches de plus en plus importantes de salariés ».

---

<sup>1</sup> Commentant notamment l'article de P. Veltz et P. Zarifian cité, cf. : LINHART D., « A propos du post-taylorisme », *Sociologie du travail*, n° 1, 1993, pp. 63-74.



Enfin, sur la question de l'organisation du travail *stricto sensu*, on retrouve le discours optimiste du post-taylorisme qui fait une large place à des formes d'organisation du travail responsabilisantes et qualifiantes : les « missions » remplacent les « tâches », les « compétences » se substituent aux « qualifications<sup>1</sup> », les « ouvriers » sont devenus des « opérateurs », etc. Qu'en est-il dans la réalité ? D. Linhart distingue trois tendances à l'œuvre :

- la première tendance conduit effectivement à des formes d'organisation qui rompent avec les principes tayloriens. Elle est surtout observable dans les industries de process, dont il ne faut pas oublier qu'elles sont très spécifiques. D'ailleurs, ce n'est pas dans ce type d'industries caractérisées par un travail en continu que le taylorisme a été le plus développé. On ne peut donc pas parler d'un dépassement du taylorisme là où il n'a jamais réellement été un modèle central<sup>2</sup>, et encore moins tenir ce que l'on observe dans ces industries particulières pour représentatif d'un mouvement d'ensemble des organisations productives ;

- la deuxième tendance aboutit au contraire à un durcissement taylorien des situations de travail, comme dans l'habillement, le textile ou le bâtiment ;

- enfin, le cas de figure largement dominant est celui des entreprises où, malgré d'importants changements technologiques, l'organisation antérieure est purement et simplement reconduite. La coupure entre conception et exécution est maintenue, le champ d'intervention professionnel des travailleurs ne s'étend pas significativement, la polyvalence actuelle est limitée et ne remet pas en question la spécialisation productive caractéristique de la division taylorienne du travail<sup>3</sup>.

Les observations de D. Linhart (sous réserve de changements majeurs dans les toutes dernières années) me semblent être corroborées par les données statistiques évoquées précédemment. On a vu qu'en effet de l'autonomie a été gagnée (moins de salariés à qui on dit comment faire le travail ou qui doivent appliquer strictement des consignes...). Il est vrai aussi que le travail ouvrier, avec la diffusion des technologies (automatisation et informatisation), a souvent évolué en s'éloignant du contact direct avec la matière pour se rapprocher d'un travail de

---

<sup>1</sup> Je reviendrai dans la section suivante sur cette évolution lexicale riche de sens.

<sup>2</sup> LINHART D. et R., « L'évolution de l'organisation du travail », *op. cit.*

<sup>3</sup> Cf. : PÉCOUT M.-N., « La maintenance productive », in BOLLIER G., DURAND C. (dir.), *La nouvelle division du travail*, Paris, Les Éditions ouvrières, 1999, pp. 50-76.

surveillance, de contrôle et de gestion des aléas<sup>1</sup> en temps réel au cours de la production. Mais on a vu aussi que parallèlement à cette autonomie et à cette participation accrues, non seulement les contraintes traditionnellement associées à l'environnement taylorien sont loin d'avoir disparu, mais que se sont développées des formes de contrôle et de contraintes qui modèrent fortement cette idée d'un passage au post-taylorisme. On parlera plutôt d'un « taylorisme assisté par ordinateur<sup>2</sup> » dans les industries de série<sup>3</sup>, ou d'un néo-taylorisme, consistant en un aménagement des principes tayloriens réadaptés à l'aune des innovations technologiques et des politiques de management, sans réelle remise en question de l'« ancien » modèle.

Enfin, un dernier argument loin d'être négligeable peut être opposé à la thèse du post-taylorisme : la plupart des travaux qui s'inscrivent dans ce courant ont étudié le travail dans des grandes entreprises industrielles. Or, qu'en est-il dans les petites et moyennes entreprises (dont on sait par ailleurs qu'elles sont en nombre croissant) ? Et dans les entreprises non industrielles, a fortiori celles du secteur non marchand (associations, collectivités territoriales...) et des services aux particuliers ? Certes, le taylorisme a beaucoup moins dominé ces secteurs. Mais je les mentionne pour rappeler que « le travail », ce n'est pas seulement le travail industriel (qu'il soit ou non post-taylorien), et que l'ensemble des propos développés ici n'épuise pas, loin s'en faut, la réalité et les représentations du travail dans la multiplicité de ses formes organisationnelles.

Pour finir sur ce point, je dirai que d'une façon générale, la plupart des auteurs s'accordent sur l'hétérogénéité des principes à l'œuvre dans les entreprises<sup>4</sup>. Mais

---

<sup>1</sup> Ce qui a pour effet de faire reculer les contraintes tayloriennes classiques, mais en laissant place à d'autres types de contraintes qualifiées d'« événementielles », cf. : VALEYRE A., « Les formes d'intensification du travail industriel et leurs déterminants », *op. cit.*

<sup>2</sup> Des enquêtes ont par ailleurs montré que l'informatisation, tout en étant un auxiliaire des nouvelles formes d'organisation économique et en facilitant aussi certaines formes d'organisation sociale, reste étroitement liée aux clivages traditionnels liés au niveau de l'emploi ou la qualification, cf. : GOLLAC M., GREENAN N., HAMON-CHOLET S., « L'informatisation de l'"ancienne" économie : nouvelles machines, nouvelles organisations et nouveaux travailleurs », *Économie et statistique*, n° 339-340, 2000, pp. 171-201.

<sup>3</sup> LINHART D., *Le torticolis de l'autruche. L'éternelle modernisation des entreprises françaises*. Paris, Seuil, 1991 ; GORGEU A., MATHIEU R., « Nouvelles usines, nouvelle gestion des emplois ? », *La Lettre du CEE*, n° 36, 1995.

<sup>4</sup> A partir des données de la Troisième enquête européenne sur les conditions de travail, A. Valeyre et E. Lorenz distinguent 4 formes d'organisation du travail contrastées : les organisations « apprenantes » (39% des salariés) et « au plus juste » (28%) sont relativement nouvelles, tandis que les organisations « tayloriennes » (14%) et « de structure simple » (19%) correspondent à des modèles plus classiques, cf. : VALEYRE A., LORENZ E., « Les nouvelles formes d'organisation du travail en Europe », *Connaissance de l'emploi*, n° 13, 2005.

au-delà du constat, le débat se situe (pour le dire brièvement) entre ceux qui y voient un progrès majeur, mettant en avant le gain d'autonomie, la participation accrue, le recul de la conception taylorienne de l'ouvrier-machine, et pour qui ces tendances positives encore émergentes dessinent l'entreprise de demain ; et ceux qui, tout en ne niant pas ces évolutions, insistent plutôt sur leur caractère relatif et limité, et sur leurs conséquences potentiellement néfastes pour les salariés en termes d'identité au travail et de lien social. Il faut, semble-t-il, postuler que la vérité n'est pas *entre* les deux visions, mais *à la fois* dans l'une et dans l'autre : « décrire ce qui se passe aujourd'hui en entreprise, c'est assurément accumuler les paradoxes. (...) On peut tout autant remarquer l'éclosion de nouveaux principes de rationalisation, post-tayloriens, et constater que l'ancien continue de matricer l'émergent<sup>1</sup> ».

Je propose de m'arrêter maintenant plus en détail sur l'une des caractéristiques des nouvelles organisations du travail : la place importante qu'elles accordent (au moins en théorie) à la mobilisation subjective des salariés et aux compétences individuelles. Ces orientations prônent un nouveau type de rapports sociaux dans le travail, en rupture avec les hiérarchies et les identités professionnelles classiques. Il est important d'en souligner les effets ambivalents.

---

<sup>1</sup> THUDEROZ C., « Du lien social dans l'entreprise. Travail et individualisme coopératif », *Revue française de sociologie*, vol. XXXVI, n° 2, 1995, pp. 332-333.

## 4. Néomanagement et enrôlement des subjectivités

---

*« La liberté de jeu laissée aux agents est la condition de leur contribution à leur propre exploitation. C'est en s'appuyant sur ce principe que le management moderne, tout en veillant à garder le contrôle des instruments de profit, laisse aux travailleurs la liberté d'organiser leur travail, de manière à déplacer leur intérêt du profit externe du travail (le salaire) vers le profit intrinsèque, lié à « l'enrichissement des tâches ». (...) L'illusion que l'on pourrait avoir parfois que se trouve réalisée, au moins en quelques lieux, l'utopie de la maîtrise entière du travailleur sur son propre travail, ne doit pas faire oublier les conditions cachées de la violence symbolique exercée par le nouveau management ».*

Pierre Bourdieu<sup>1</sup>

A travers l'analyse d'un corpus de textes de management à l'adresse des cadres, Luc Boltanski et Ève Chiapello ont finement déconstruit l'argumentaire managérial des années 1990 et en ont montré les différences avec celui des années 1960. L'extrait suivant permet de résumer tout de suite l'essentiel du propos :

« Il s'agit bien toujours d'obtenir la collaboration des salariés à la réalisation du profit capitaliste. Mais, tandis que dans la période précédente ce résultat avait été recherché, notamment sous la pression du mouvement ouvrier, par l'intermédiaire de l'intégration collective et politique des travailleurs à l'ordre social et par une forme d'esprit du capitalisme liant le progrès économique et technologique à une visée de justice sociale, il peut dorénavant être atteint en développant un projet d'accomplissement de soi liant le culte de la performance individuelle et l'exaltation de la mobilité à des conceptions réticulaires du lien social<sup>2</sup> ».

Le néomanagement associé au « nouvel esprit du capitalisme » s'appuie tout d'abord sur une virulente critique des principes organisationnels qui caractérisaient le modèle antérieur, cristallisés dans la notion de « bureaucratie ». Première cible de la critique : la hiérarchie, associée à l'autoritarisme et à l'arbitraire à travers la figure-repoussoir du « petit chef ». L'argument est doublement fondé : d'une part, on met en avant la lourdeur et l'inefficacité d'un système fortement hiérarchisé ;

---

<sup>1</sup> In *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, 1997, pp. 241-244.

<sup>2</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit., p. 295.

d'autre part, sur un plan éthique, ce sont les rapports de domination qui sont dénoncés. Le terme même de « cadre », renvoyant à cette « ancienne » organisation, est récusé au profit de ceux de « manager », « leader », « coach » ou « chef de projet ».

Le refus de la planification et de ses rigidités<sup>1</sup> constitue le deuxième trait saillant de cet argumentaire : une attention que les auteurs qualifient d' « obsessionnelle » est au contraire accordée à l'adaptation, au changement, à la flexibilité de l'organisation comme des individus qui y participent. Le modèle valorisé est alors celui de salariés travaillant en équipes autonomes et flexibles, dont le véritable patron est le client (logique marchande), et qui ne sont plus dirigés par un « chef » mais aidés par un « coordinateur ».

La question qui se pose est alors la suivante : comment ce néomanagement peut-il encore assurer sa fonction première, qui consiste à contrôler le travail et les salariés, si ces derniers sont désormais autonomes, libérés des pesanteurs hiérarchiques et des sujétions traditionnelles ? En d'autres termes, comment réussir ce que T. Coutrot décrit comme un « pari managérial » : « comment déléguer du pouvoir sans perdre le contrôle<sup>2</sup> » ? Une première partie de la réponse réside dans la mise en avant de la logique marchande qui, comme cela vient d'être dit, vient se substituer au contrôle hiérarchique : plus que jamais, le client est roi, c'est directement pour lui et sous sa pression que l'on travaille<sup>3</sup>. Mais surtout, le contrôle repose désormais sur l'*autocontrôle* des salariés par eux-mêmes, ce qui « consiste à déplacer la contrainte de l'extériorité des dispositifs organisationnels vers l'intériorité des personnes<sup>4</sup> ». D'où l'appel constant qui est fait à l'implication personnelle, à l'engagement individuel de chacun dans son travail<sup>5</sup>. Mais pour susciter l'enthousiasme et emporter l'adhésion des salariés (de tous les salariés, et non plus seulement des cadres comme dans la période précédente), éléments indispensables à la réussite de ce modèle d'engagement au travail, il faut que le discours managérial propose deux types d'arguments, si possible convaincants :

---

<sup>1</sup> Cf. la « religion des carnets de commandes » dénoncée dans le texte d'*Accenture* cité précédemment.

<sup>2</sup> COUTROT T., *Critique de l'organisation du travail*, op. cit., p. 55.

<sup>3</sup> P. Askenazy souligne que cette figure du client-roi est en grande partie une construction managériale destinée à légitimer le pouvoir renforcé de l'encadrement et les changements organisationnels, in *Les désordres du travail*, op. cit., pp. 47 et sq.

<sup>4</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit., p. 125.

<sup>5</sup> Ce point s'avérera particulièrement important lorsqu'il s'agira (chapitre VIII) de montrer en quoi cette intériorisation est aussi une *incorporation* et s'inscrit dans l'ordre de la santé physique et psychologique.

d'une part, il doit faire apparaître l'intérêt personnel des salariés à se conformer à ces injonctions, d'autre part, il doit pouvoir se justifier en termes de bien commun. Sur le premier point, celui des aspects attractifs pour les salariés, les avantages proposés sont déclinés autour de deux notions, la *liberté* et *l'épanouissement personnel* : liberté de travailler sans être limité dans sa créativité, sans être soumis à l'autorité pesante d'un « chef », sans être enfermé dans la prison bureaucratique ; épanouissement individuel apporté par un travail qui fait appel à toutes les capacités personnelles, permettant par là une meilleure connaissance de soi-même et un développement personnel<sup>1</sup>. Le deuxième niveau de légitimité du discours, celui des justifications en termes de bien commun, reprend une partie des arguments classiques de défense du capitalisme : le thème des libertés et celui du service du consommateur. En revanche, la justification par le progrès social semble moins facile à invoquer dans un monde de chômage de masse. Elle est donc rabattue sur le thème de la survie économique de l'entreprise dans un contexte de concurrence exacerbée, rendant « nécessaires » les solutions proposées<sup>2</sup>.

Le système de justice locale (c'est-à-dire les critères de rétribution de chaque salarié) n'est plus celui de la méritocratie qui prévalait dans la période antérieure, mais évalue des qualités personnelles (on parle aussi de « compétences douces ») telles que « l'autonomie, la spontanéité, la mobilité, la capacité rhizomatique, la pluricom pétence (...), la convivialité, l'ouverture aux autres et aux nouveautés, la disponibilité, la créativité, l'intuition visionnaire, la sensibilité aux différences, l'écoute par rapport au vécu et l'accueil des expériences multiples, l'attrait pour l'informel et la recherche de contacts personnels<sup>3</sup> ». Sont ainsi réintroduits des critères de personnalité et d'usage des relations personnelles qui avaient été évacués du modèle précédent (les auteurs parlent d'une « marchandisation de l'authentique »). Le néomanagement s'appuie au moins autant sur le « savoir-être » que sur le « savoir » ou le « savoir-faire<sup>4</sup> ». Se repose alors la question du contrôle :

---

<sup>1</sup> On trouve chez Mme Mermoz une intériorisation très poussée de ce type de discours.

<sup>2</sup> T. Coutrot souligne que le capitalisme néo-libéral « pousse à l'extrême une tendance spontanée de l'organisation capitaliste du travail : la dissociation entre l'efficacité économique et la justice sociale », COUTROT T., *Critique de l'organisation du travail*, p. 41.

<sup>3</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, *op. cit.*, p. 151. Les auteurs proposent d'interpréter cette façon d'évaluer les personnes (qui tranche nettement avec les préceptes de justice antérieurs) comme l'émergence d'un « nouveau sens ordinaire de la justice ».

<sup>4</sup> G. Balazs et J.-P. Faguer montrent de leur côté comment, dans une entreprise de « haute technologie », « l'aptitude à théâtraliser la présentation de soi est un atout essentiel pour mener à bien sa carrière », cf. : BALAZS G., FAGUER J.-P., « Une nouvelle forme de management : l'évaluation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 114, 1996, pp. 68-78.

dans ce contexte, comment garantir que les salariés resteront loyaux à l'entreprise, et ne développeront pas des « mauvaises manières » (opportunisme, recherche de l'intérêt propre) ? Ce sont alors les mécanismes de réputation qui sont invoqués comme régulateurs des comportements, chacun ayant intérêt à avoir une « bonne réputation » pour espérer réussir. Mais la question est aussi celle du respect de l'intégrité des personnes : quelles limites y a-t-il à l'intrusion dans leur intimité, à la mise en jeu de leurs qualités les plus personnelles<sup>1</sup> ? Le néomanagement répond sur ce point en mettant en avant la déontologie des managers et des coachs, dont on pose en principe qu'ils ont une profonde préoccupation éthique. C'est ici le motif de la confiance qui instrumente l'argumentaire.

Enfin, reste l'épineuse question de savoir quelle sécurité les individus peuvent espérer de ce modèle. La réponse est simple : à peu près aucune, étant donné que la sécurité n'est pas une valeur dominante dans l'univers de discours du néomanagement<sup>2</sup>. Les perspectives assurées des carrières hiérarchiques sont remplacées par la succession des projets, censés permettre un enrichissement personnel toujours renouvelé et une amélioration continue de son « employabilité », définie comme le « capital personnel que chacun doit gérer et qui est constitué de la somme de ses compétences mobilisables<sup>3</sup> ». Dans cette optique, la seule forme de sécurité que le management peut proposer est d'assurer à chacun, pour peu qu'il joue le jeu, de l'aider à développer cette employabilité (argument qui apparaît peu convaincant pour les masses importantes de personnes qui « aspirent

---

<sup>1</sup> Il est demandé aux salariés de mettre au service de leur travail ce que R. Sennett décrit comme leur « caractère », c'est-à-dire « la valeur éthique que nous attachons à nos désirs et à nos relations avec les autres. (...) Le caractère a des accointances particulières avec l'évolution à long terme de notre expérience émotionnelle. Il s'exprime par la loyauté et l'engagement mutuel, à travers la poursuite d'objectifs à long terme, ou encore par la pratique de la gratification différée au nom d'une fin plus lointaine. (...) Le caractère se rapporte donc aux traits de personnalité que nous apprécions le plus en nous et par lesquels nous cherchons à être appréciés par les autres », in *Le travail sans qualités, op. cit.*, pp. 10-11. Sur ce point, la valorisation par le néomanagement de la subjectivité et de l'« authenticité » peut être considérée comme une forme de tromperie, dans la mesure où l'objectif réel n'est pas de faire en sorte que chaque individu soit « lui-même » ou « s'épanouisse » dans le travail, avec son « caractère » propre : le « soi » n'est valorisé que s'il est conforme au modèle de l'individu performant, flexible, réactif, « communicant », positif, etc. (cf. : EHRENBURG A., *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991).

<sup>2</sup> J'ajoute que la récurrence de la référence au modèle sportif en est un des signes : c'est la performance ponctuelle, toujours remise en question à l'épreuve suivante, qui est valorisée, dans l'idée que l'insécurité amène chacun à donner le meilleur de soi-même. Si sport il y a, il s'agit d'un sport d'« équipe » (mais où chacun joue aussi individuellement) mais aussi d'un sport de combat, à en croire la profusion des métaphores guerrières (« mobilisation générale », « guerre économique »...).

<sup>3</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme, op. cit.*, p. 144.

à une vie plus protégée<sup>1</sup> », même si moins exaltante au regard des nouveaux critères)<sup>2</sup>.

L. Boltanski et E. Chiapello concluent avec l'idée suivante : s'il est vrai que la taylorisation du travail consiste à traiter les êtres humains comme des machines, « le caractère rudimentaire des méthodes mises en œuvre, précisément parce qu'elles sont de l'ordre de la robotisation des hommes, ne permet pas de mettre directement au service de la recherche du profit les propriétés les plus humaines des êtres humains, leurs affects, leur sens moral, leur honneur, leur capacité d'invention ». En rompant avec ce modèle considéré – à juste titre par ailleurs – comme inhumain, le néomanagement permet aussi, précisément en travaillant la matière humaine, de « pénétrer plus profondément dans l'intériorité des personnes » et rend possible une « instrumentalisation des hommes dans ce qu'ils ont de proprement humain<sup>3</sup> ».

Reprenons, avec d'autres auteurs, quelques-uns des points importants de cette analyse.

L'approche historique de J.-P. Le Goff<sup>4</sup> rappelle que la volonté de mobiliser les salariés, de les « moraliser » et de normaliser leurs comportements, n'est pas nouvelle : on la trouve dès les débuts de l'industrialisation à travers les diverses formes de paternalisme d'entreprise. Le socialisme des années 1980, en revalorisant l'entreprise, a donné une vigueur nouvelle à l'idée (au « mythe », selon J.-P. Le Goff) d'une entreprise citoyenne, démocratique, humaine, « morale ». Les contradictions que l'on peut observer aujourd'hui dans les modes de gestion des organisations sont héritières de cette double volonté managériale de permettre l'épanouissement individuel des sujets tout en veillant à ce qu'ils partagent les mêmes valeurs que tous dans un lien communautaire.

David Courpasson, dans une analyse centrée sur le travail des cadres et le management « par projet », défend lui aussi l'idée que le contrôle taylorien « tend à être remplacé par un contrôle social individualisé des comportements, de

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 150.

<sup>2</sup> La flexibilité des parcours professionnels dans les entreprises en réseau ainsi que la valorisation des prises de risque dans un monde fondamentalement incertain contribuent, selon R. Sennett, à faire de la mobilité professionnelle dans les sociétés contemporaines un processus « illisible », cf. : SENNETT R., *Le travail sans qualités*, *op. cit.*, p. 119.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 152.

<sup>4</sup> LE GOFF J.-P., *Le mythe de l'entreprise*, Paris, La Découverte, 1996.



l'engagement et de la loyauté dans l'organisation<sup>1</sup> », ce qui va de pair avec la construction d'une nouvelle forme de régulation dans les organisations. Pour rendre compte de cette régulation, il propose de recourir au paradigme de l'action contrainte (et non à celui du compromis feutré et de l'autonomie que, selon lui, la sociologie du travail promeut depuis une décennie). Cet auteur affirme que si l'acteur accepte aujourd'hui d'être un acteur *contraint*, ce n'est pas seulement par adhésion subjective à la rhétorique du néomanagement, c'est aussi parce que celui-ci est instrumenté par un système de menaces et de sanctions crédibles. Le gouvernement contemporain des organisations met ainsi en place un véritable modèle de gestion des hommes, celui de la « contrainte souple », qui s'appuie sur trois composantes :

- en premier lieu, il applique (sans les énoncer d'une façon totalement explicite) des règles fondées sur un système de récompenses (financières et symboliques) individualisées, qui fait que le chef de projet est « contraint de contraindre<sup>2</sup> », c'est-à-dire obligé de remplir son rôle de contrôle et de surveillance pour arriver à ses propres fins<sup>3</sup> ;

- en deuxième lieu, ce mode de gestion des salariés est étayé par l'instauration d'une culture de précarité menaçante, qui sous-entend que l'individu qui voudrait échapper au modèle professionnel proposé (ici le chef de projet) se rend vulnérable aux yeux de l'organisation, et court le risque de se voir contraint à partir. L'intériorisation par tous de cette règle implicite, de cette « sélectivité douce », aboutit à une justification et une acceptation collectives des conséquences excluantes de toute « rébellion » ;

- enfin, D. Courpasson décrit le principe de « marchandage organisationnel » par lequel l'entreprise, via la sanction indirecte de la réputation, arrive à faire accepter à

---

<sup>1</sup> COURPASSON D., « Régulation et gouvernement des organisations. Pour une sociologie de l'action managériale », *Sociologie du travail*, n° 1, 1997, p. 40.

<sup>2</sup> C'est aussi la thèse soutenue, dans un autre registre (celui de la psychodynamique du travail) par C. Dejours (*Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1993), qui développe l'idée selon laquelle la « banalisation du mal » (de l'injustice sociale) repose sur le consentement de chacun à participer au système, malgré la présence d'un « sens moral ». La peur et la précarisation sont à l'origine d'une souffrance dont chacun se défend en la niant chez autrui, donc en acceptant de « fermer les yeux » sur l'injustice sociale. On sait que cette thèse a été vivement discutée, notamment le parallèle fait par l'auteur entre la banalisation du mal dans le monde du travail contemporain et celle qui a caractérisé le système nazi. Cf. : DURAND J.-P., BASZANGER I., DEJOURS C., « Symposium sur *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale* », *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 2, 2000, pp. 313-340.

<sup>3</sup> Le sentiment de malaise qui peut être éprouvé par les managers à cause de cette injonction est décrit dans PROCOLI A., « Du bon et du mauvais management. Un stage de formation au Centre national des Arts et Métiers », *Ethnologie française*, vol. XXX, n° 1, 2000, pp. 97-107. Il est également mis en scène dans le film de J.-M. MOUTOUT, *Violence des échanges en milieu tempéré* (2004).

un individu d'être à la fois plus isolé (par son rôle de contrôle des autres salariés) et plus interdépendant (puisque la réussite du projet nécessite le bon vouloir de tous). Concurrence et coopération sont donc plus que jamais en tension.

Le déplacement de la contrainte vers l'intériorité des salariés, ou « enrôlement des subjectivités<sup>1</sup> » est un aspect souligné également par Danièle Linhart, qui rappelle que l'un des objectifs du management, objectif « plus sophistiqué et moins aisément repérable<sup>2</sup> » que le seul contrôle disciplinaire, consiste à « s'employer à changer les salariés avant de changer le travail », en les amenant à « intérioriser les modes de raisonnement, les points de vue, le langage, les rationalités dominantes » de l'entreprise. Deux types de moyens sont mis en œuvre dans ce but : d'une part, il s'agit de minimiser l'emprise des collectifs sur les travailleurs (par exemple avec des politiques d'individualisation des salaires et des carrières, de mobilité systématique, ou avec l'instauration de lieux de sociabilité concurrents comme les groupes de réflexion et d'échange ou les cercles de qualité). L'idée est d'« émanciper » les travailleurs de leurs collectifs naturels en les faisant participer à d'autres rapports sociaux plus conformes à l'esprit de l'entreprise. L'autre moyen consiste, par le biais de stages et de séminaires, à s'attaquer directement aux mentalités et aux identités, afin de transformer les collectifs en groupes subjectivement acquis aux intérêts de l'entreprise.

Il y a bien un changement profond par rapport au modèle taylorien : dans celui-ci, le collectif est à la fois un collectif de production et un collectif de contestation de l'ordre établi. D. Linhart avait proposé de considérer ce type d'engagement dans l'entreprise comme un « consentement paradoxal » (ou « participation paradoxale »), qui consiste à la fois à élaborer et mobiliser des savoirs empiriques et des capacités de micro-innovation pour améliorer les conditions et l'efficacité de la production, tout en exprimant une défiance et une distance par rapport aux règles du jeu de l'entreprise taylorienne. Il était possible aux travailleurs de servir *objectivement* les intérêts de la production et de l'entreprise tout en conservant pour eux-mêmes une *subjectivité* « réfractaire, récalcitrante et rebelle<sup>3</sup> », appuyée sur des

---

<sup>1</sup> SEGRESTIN D., « La normalisation de la qualité et l'évolution de la relation de production », *Revue d'économie industrielle*, n° 75, 1996, pp. 291-307, cité in COURPASSON D., « Régulation et gouvernement des organisations. Pour une sociologie de l'action managériale », *op. cit.*

<sup>2</sup> LINHART D., « A propos du post-taylorisme », *op. cit.*

<sup>3</sup> LINHART D. et R., « L'évolution de l'organisation du travail », *op. cit.*, p. 306.

valeurs communes (référence au métier, à la « belle ouvrage ») et des identités collectives. La nouveauté dans le modèle qui se dessine aujourd'hui est que « ce qu'on attend des salariés est une coopération consentante *sur le plan subjectif*<sup>1</sup> ». Le renversement est d'autant plus remarquable que dans l'ordre taylorien, la subjectivité individuelle était considérée au contraire comme le lieu de la faille potentielle, la faiblesse du système, et à ce titre combattue et niée.

Ce modèle qui valorise l'engagement du salarié en tant que personne, et donc accroît les attentes de chacun envers autrui, suppose, pour être vécu positivement, qu'en retour soit exprimée une reconnaissance pour le travail et l'investissement personnel fournis. Lorsque cela n'est pas le cas, les salariés peuvent éprouver un grand désarroi<sup>2</sup>, comme le montre O. Cousin en analysant le rapport au travail des salariés peu qualifiés des centres d'appel. Dans ces entreprises, on retrouve bien cette mobilisation subjective des salariés : on attend d'eux une « mise en scène de soi, qu'on leur demande de mettre au service de leur travail<sup>3</sup> », et qui doit se manifester dans le fait d'être souriant, docile, calme, patient et même capable d'empathie avec les clients, débrouillard et dynamique. Or, les salariés estiment que ces aspects de leur travail ne sont pas pris en compte. Ils sont exigés, mais jamais évalués explicitement. Le contrôle (par le biais de la double écoute par exemple) et les différentes modalités d'évaluation « sont donc moins critiqués pour la pression qu'ils exercent sur les salariés que parce qu'ils ne servent que trop rarement à certifier leur travail<sup>4</sup> ». C'est l'une des ambivalences des modes contemporains de gouvernement des entreprises : les exigences multiples et le contrôle constant du travail ne sont pas contrebalancés par des formes de reconnaissance professionnelle qui permettraient aux salariés de se construire une identité professionnelle valorisante.

Christian Thuderoz, à partir d'une recherche menée auprès d'ouvriers en sidérurgie, métallurgie et construction automobile, développe l'idée que les dispositifs participatifs contribuent à une redéfinition du lien social dans l'entreprise. Dans l'organisation taylorienne, l'individualisation allait de pair avec

---

<sup>1</sup> *Ibid.* (souligné par moi).

<sup>2</sup> Surtout s'ils y ont « laissé des plumes » en matière de santé, comme on le verra au chapitre VIII.

<sup>3</sup> COUSIN O., « Les ambivalences du travail : les salariés peu qualifiés dans les centres d'appels », *Sociologie du travail*, vol. 44, n° 4, 2002, p. 512.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 513.

une indifférenciation et une intégration de chacun dans le grand corps de l'entreprise. Le lieu faisait lien, et ce lien trouvait son expression majeure dans le syndicalisme. Le changement profond est qu'aujourd'hui l'organisation, par son fonctionnement en réseau et par l'insistance des discours managériaux sur les nécessités extérieures (celles de la concurrence internationale ou celles des exigences du client), suscite chez les salariés un sentiment d'appartenance moins immédiatement local, où l'atelier n'est plus le monde social par excellence, et où le « hors l'usine » tient une plus grande place<sup>1</sup>. De nouveaux groupes de salariés se constituent, non calqués sur la division du travail, mais selon les principes de coopération encouragés par les dispositifs participatifs, dont le but, entre autres, est de faire en sorte que le contrat salarial soit « honoré au-delà du strict minimum<sup>2</sup> ». Ainsi, l'une des conséquences de l'appel à la subjectivité dans le travail (et, plus largement, dans l'ensemble des mondes sociaux<sup>3</sup>) est que les travailleurs se pensent effectivement davantage comme sujets et moins comme acteurs sociaux (au sens des collectifs de classe, professionnels ou syndicaux). Il en résulte que chacun estime désormais que son devenir est dissocié de son ou ses groupes d'appartenance<sup>4</sup>, et que sa relation au collectif est devenue plus instrumentale : le projet personnel l'emporte sur la volonté collective. On a donc « d'un côté, un affaiblissement des anciennes formes de vie communautaire au profit d'une nouvelle appartenance productive, autour de la technique et de sa qualité, de l'autre côté, des aspirations fortes à la promotion individuelle, sur fond d'un surcroît de coopération dans le travail ». C. Thuderoz propose les termes d'*individualisme coopératif* pour nommer cette double dynamique. Le paradoxe, d'ailleurs, n'est peut-être qu'apparent : la situation actuelle poursuit finalement le développement de la solidarité organique décrite par Durkheim<sup>5</sup>, qui par le biais de la division du travail et de la spécialisation allie différenciation et

---

<sup>1</sup> F. de Coninck, en mobilisant les approches théoriques de Simmel et de Weber, propose une intéressante réflexion sur la double dynamique contemporaine d'individualisation et de mise en interdépendance qui rend problématique la notion d'autonomie des salariés. Cf. : DE CONINCK F., « Rationalisation des rapports de travail et autonomie des salariés dans les organisations industrielles », in CHATZIS C., MOUNIER C., ZARIFIAN P., VELTZ P. (dir.), *L'autonomie dans les organisations. Quoi de neuf ?*, Paris, L'Harmattan, 1999.

<sup>2</sup> THUDEROZ C., « Du lien social dans l'entreprise. Travail et individualisme coopératif », *op. cit.*, p. 331.

<sup>3</sup> « Pourquoi l'entreprise serait-elle à l'abri des effets de la subjectivation et du souci de soi ? », s'interroge l'auteur (*ibid.*, p. 351).

<sup>4</sup> L'étude menée par C. Thuderoz montre ainsi que, selon les usines, 50% à 73% des salariés qui travaillent en équipe déclarent qu'il leur serait indifférent de quitter leurs compagnons de travail (*ibid.*, p. 346).

<sup>5</sup> DURKHEIM É., *De la division du travail social*, rééd. : Paris, PUF, 1998.

individualisation d'une part, renforcement des liens d'interdépendance et de coopération d'autre part.

Si C. Thuderoz adopte un point de vue plus optimiste que D. Linhart, il souligne tout de même l'ambivalence essentielle de cette « nouvelle donne » dans l'entreprise : elle « porte en elle la marginalisation de ceux qui ne peuvent ou ne veulent accepter les formes désormais requises d'implication dans l'entreprise. Celle-ci profiterait ainsi aux acteurs déjà les plus autonomes et les plus culturellement aptes au changement » (ceux dont le « caractère », au sens de R. Sennett<sup>1</sup>, est en affinité avec un monde flexible et fragmentaire). L'étude menée par l'auteur sur un site de construction automobile et un de ses sous-traitants met au jour, outre une forte corrélation entre satisfaction au travail et qualification professionnelle, une très nette distinction entre « deux usines : d'un côté, l'usine des salariés formés et informés, insérés dans des dispositifs participatifs, engagés dans des trajectoires professionnelles ascendantes ; de l'autre, des salariés à qui l'on demande rarement leur avis, peu qualifiés, peu présents dans les instances et les démarches participatives<sup>2</sup> ».

Un ouvrage de N. Dodier met en lumière un point important et cohérent avec les autres analyses mentionnées dans ce chapitre : il s'agit de la « crise des obligations » qui caractérise les organisations flexibles (ou distribuées). Celles-ci se distinguent des organisations planifiées par une valorisation de la flexibilité, ce qui suppose de considérer les règles comme des outils toujours révisables en fonction des besoins organisationnels. « Dans un contexte où l'adaptation fonctionnelle aux circonstances devient la règle, il n'existe plus de place pour des règles considérées comme des obligations, c'est-à-dire dignes de respect au sens de Durkheim, valant en tant que telles, indépendamment de toute autre considération. (...) Il n'y a pas de place pour cette forme spécifique d'obligation qu'est par exemple la révérence faite au passé d'un opérateur, ne serait-ce que par l'intermédiaire de son âge ou de son ancienneté ». L'attitude attendue de la part des opérateurs est une disponibilité constante aux adaptations fonctionnelles exigées par les circonstances, au détriment

---

<sup>1</sup> « Les vrais gagnants ne souffrent pas de fragmentation », cf. : SENNETT R., *Le travail sans qualités*, op. cit., p. 85.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 341. Sur les liens entre type d'organisation et gestion de l'emploi, cf. : COUTROT T., « La gestion de la main-d'œuvre dans les entreprises innovantes », in *Données sociales 2002-2003*, op. cit., pp. 281-289.

des notions de respect ou d'obligation. Les organisations distribuées doivent donc faire face à un nouveau type de tensions internes : « à un problème chronique de légitimité de la hiérarchie et de l'autorité dans les organisations planifiées, se substitue une crise de la notion d'obligation, tant vis-à-vis des opérateurs, que dans le rapport que les opérateurs eux-mêmes entretiennent avec leur environnement<sup>1</sup> ».

La qualification, on le sait, est un enjeu de taille dans la construction des identités professionnelles et des expériences de travail. L'histoire des classifications professionnelles a montré combien est importante la question de savoir *qui* détient légitimement le pouvoir de qualifier le travail (ou celui qui l'effectue)<sup>2</sup>. Ce n'est donc pas un hasard si le management s'est emparé de cette problématique pour, en cohérence avec l'individualisation de fond, tenter de la rabattre sur celle de la *compétence*. Une littérature très abondante existe sur cette tension entre qualification et compétence : je me limiterai ici à dessiner les contours de la réflexion sur cette vaste question, en m'appuyant sur un texte de C. Paradeise et Y. Lichtenberger<sup>3</sup>.

De nombreux auteurs ont souligné en quoi le passage de la qualification à la compétence est, beaucoup plus qu'un glissement sémantique, un basculement fondamental, un changement de paradigme. Qualification et compétence divergent a priori point par point. Le premier terme s'institutionnalise après la deuxième guerre mondiale avec les classifications Parodi. La qualification se définit progressivement comme une relation stabilisée entre valeur d'usage et valeur d'échange du travail, et repose sur deux types de variables : d'une part les capacités individuelles manifestées par le diplôme et/ou par l'ancienneté ; d'autre part le poste de travail décrit par l'ensemble des tâches prescrites. La grande caractéristique de la qualification est de reposer sur un accord social durable, qui permet d'associer systématiquement à une qualification un ensemble de minima salariaux qui s'appliquent à tous, par le biais de la négociation au sein des systèmes de relations professionnelles (branches, entreprises). Les salariés échangent subordination contre sécurité et progression dans l'espace des qualifications. Cet ensemble de conventions et de règles quasi naturalisées permet la construction et la

---

<sup>1</sup> DODIER N., *Les hommes et les machines*, Paris, Métallié, 1995, pp. 340-342.

<sup>2</sup> DESROSIÈRES A., THÉVENOT L., *Les catégories socio-professionnelles*, Paris, La Découverte, 1988.

<sup>3</sup> PARADEISE C., LICHTENBERGER A., « Compétence, compétences », *Sociologie du travail*, vol. 43, n° 1, 2001, pp. 33-48.

stabilisation des identités de métier et de classe. Ce modèle ne prend sens que dans le contexte macro-social de la régulation fordienne, qui associe production et consommation standardisées de masse, et organisation productive découpée en fonctions et postes de travail. Avec l'essoufflement du modèle fordien, le paradigme de la qualification perd de son efficacité comme structure de référence. C'est alors que le modèle de la compétence est convoqué et que s'opère un déplacement conceptuel (qui rappelle celui que l'on avait observé dans le passage du modèle du métier à celui de la qualification).

Le modèle de la compétence répond à la volonté de mobiliser autrement les capacités de travail dans l'entreprise : à la subordination et l'isolement se substituent l'autonomie et l'interdépendance, la confiance prend le pas sur le contrôle, et la performance globale de l'entreprise est le résultat de la construction croisée des compétences individuelles et de la compétence collective. Alors que le modèle de la qualification, dont la légitimité est indissociablement technique et sociale, ancre l'échange entre prestation et rétribution dans des règles générales et impersonnelles fixées a priori, le modèle de la compétence fait reposer l'échange sur une évaluation *en situation* des prestations et des rétributions. Dès lors, la compétence ne peut se définir et se valider que dans le contexte concret de l'action : elle est personnelle, réversible et instable.

Compétence et qualification semblent donc, dans une première approche, largement opposées. Cependant, si l'on revient à l'histoire de la constitution du modèle de la qualification, on est amené à relativiser cette opposition. D'une part, la forme « pure » du modèle de la qualification n'a jamais eu une emprise totale et homogène : il faut au contraire rappeler son caractère relativement éphémère (30 ans), localisé (dans la grande industrie à marchés du travail internes) et interprétable. D'autre part, il est important de se souvenir que l'avènement des grilles à critères classants résulte notamment du combat mené par les travailleurs eux-mêmes pour que soient reconnues précisément leurs « compétences », c'est-à-dire leur part d'initiative et de responsabilité, qui fait toute la différence entre travail prescrit et travail réel. Le modèle de la compétence s'inscrit donc dans la continuité de cet espace de négociation. Mais en systématisant l'importance des capacités individuelles, évaluées indépendamment du type d'activité et des connaissances requises, ce modèle constitue une dérégulation majeure du rapport salarial. La question est alors de savoir si une « re-régulation » est envisageable, c'est-à-dire de savoir dans quelle mesure l'organisation peut offrir aux salariés des

garanties qui dépassent les murs de l'entreprise. C. Paradeise et Y. Lichtenberger esquissent une réponse en analysant les usages concrets du modèle de la compétence, qui se déploient entre deux pôles correspondant à deux types d'évaluation : le pôle de l'évaluation *des* compétences (seul compte le résultat produit par le salarié, et toute la rétribution dépend de lui : la relation salariale est essentiellement une relation marchande); et le pôle de l'évaluation de *la* compétence (la rétribution repose sur des acquis relativement stables et sur une reconnaissance globale de niveau). Selon que l'on se situe plus près d'un pôle ou de l'autre, les possibilités de négociation et de contestation dont disposent les salariés sont plus ou moins réelles. Il n'y a donc pas lieu d'affirmer que le modèle de la compétence serait par nature porteur d'une relation entre salarié et entreprise moins équitable que dans le modèle de la qualification, les deux modèles n'étant d'ailleurs pas nécessairement exclusifs l'un de l'autre. En revanche, les usages stratégiques qui sont faits de ces deux notions recouvrent des enjeux politiques très forts. E. Oiry et A. d'Iribarne montrent notamment que les promoteurs de la notion de compétence récusent la filiation entre les deux notions et instrumentalisent la compétence pour « mettre hors-jeu les institutions (négociation paritaire, conventions collectives, poste de travail et diplôme)<sup>1</sup> ». C'est ce que montre également J.-D. Reynaud<sup>2</sup>, en s'appuyant sur une analyse de textes présentés aux « Journées internationales de la formation » organisées par le MEDEF en 1998. Cet auteur attire l'attention sur un certain nombre de constats et de questions que je ne peux que mentionner brièvement : le propre de la compétence (telle que défendue dans le discours managérial) serait de rendre le salarié entièrement responsable du résultat, d'être régulée uniquement de façon locale dans l'entreprise, de produire une définition de l'employabilité incompatible avec la recherche de sécurité pour les salariés, etc.

Ces quelques réflexions très partielles autour de la problématique qualification/compétence ont leur intérêt pour moi dans le cadre de ce travail dans la mesure où la tension entre qualification et compétence s'actualise dans l'expérience des salariés et peut éclairer l'analyse de leurs rapports au travail :

---

<sup>1</sup> OIRY E., D'IRIBARNE A., « La notion de compétence : continuités et changements par rapport à la notion de qualification », *Sociologie du travail*, vol. 43, n° 1, 2001, p. 64.

<sup>2</sup> REYNAUD J.-D., « Le management par les compétences : un essai d'analyse », *Sociologie du travail*, vol. 43, n° 1, 2001, pp. 7-32.



comment définissent-ils leur « valeur » en tant que travailleurs ? Face à cette question, on peut faire l'hypothèse que mettre en avant sa ou ses « compétences » ne relève pas de la même logique subjective (et objectivement fondée) qu'une auto-identification soutenue par le « métier » ou le diplôme<sup>1</sup>.

La disparition, ou tout au moins l'affaiblissement des rapports de domination prôné par le néomanagement est également un point qui appelle certains commentaires. S'il est vrai d'une part que le nombre de niveaux hiérarchiques a diminué dans les entreprises, qui ainsi semblent s'éloigner de la forme strictement pyramidale de l'organisation bureaucratique, et d'autre part que le fonctionnement en réseau avec des « partenaires » est une caractéristique réelle des systèmes productifs contemporains, le pouvoir n'a pas pour autant changé de mains. Richard Sennett parle de « concentration sans centralisation<sup>2</sup> » : le pouvoir reste concentré chez les dirigeants des grands groupes internationaux, tandis qu'au niveau local, il apparaît comme décentralisé car réparti entre les différents fragments du réseau productif (cette répartition étant inégale et instable)<sup>3</sup>. Le contrôle s'exerce à travers l'exigence de production ou de profit adressée aux équipes, aux filiales et aux sous-traitants du groupe, qui sont plus que jamais soumis à un pouvoir à distance, bien réel mais illisible parce qu'impersonnel. « La "concentration sans centralisation" est une façon de perpétuer un système de commandement dans une structure qui n'a plus la clarté d'une pyramide, [et où] la domination du sommet est à la fois forte et informe<sup>4</sup> ». On peut insister sur ce deuxième aspect avec l'idée que les instances de pouvoir sont dépersonnalisées, donc illisibles pour les salariés : la contrainte extérieure abstraite (celle du marché et de la concurrence) s'impose à tous, jusqu'aux dirigeants eux-mêmes qui n'auraient que partiellement le choix de leurs conduites. « Ainsi naît la fiction que, dans le travail en équipe moderne, les employés ne sont pas véritablement en concurrence les uns avec les autres. A cette

---

<sup>1</sup> Cf. : chapitre VI.

<sup>2</sup> Il reprend ainsi une expression de B. Harrison (*Lean and mean*, New York, Basic Books, 1994), cf. : SENNETT R., *Le travail sans qualités*, op. cit., p. 76.

<sup>3</sup> B. Appay parle d' « autonomie contrôlée » pour désigner cette association sophistiquée d'autonomie dans le travail et d'atomisation productive d'un côté, de concentration du pouvoir et de renouvellement de la domination de l'autre. Cf. : APPAY B., « Concentration and atomisation of productive systems : the paradox of controlled autonomy », Communication au XIII<sup>e</sup> Congrès mondial de sociologie, 1994.

<sup>4</sup> SENNETT R., *Le travail sans qualités*, op. cit., p. 76.

fiction s'en ajoute une autre, encore plus importante, à savoir que les ouvriers et les patrons ne sont pas antagonistes<sup>1</sup> ».

\*  
\* \*

## Les deux dimensions de l'intégration professionnelle

---

*« Le régime néo-libéral pousse ce paradoxe traditionnel à l'extrême : les salariés, sommés de déployer autonomie et créativité, peuvent être remerciés à tout moment. Ils sont des sujets dans leur travail et des objets dans leur emploi ».*

Thomas Coutrot<sup>2</sup>

Les dynamiques essentielles qui traversent le monde du travail depuis une vingtaine d'années et qui ont été restituées ici sont donc la précarisation de l'emploi et la multiplication des déviations par rapport à la relation salariale canonique ; l'intensification du travail ; les mutations structurelles de la division sociale du travail ; et le renouvellement des modes d'encadrement et de mobilisation des individus au travail.

Je voudrais pour terminer ressaisir conjointement les deux premiers aspects en étudiant dans quelle mesure ils s'associent et se recouvrent. Autrement dit, les salariés employés en contrats précaires sont-ils, plus que les autres, confrontés aux différents aspects de l'intensification du travail ? Pour esquisser une réponse à cette question, je me référerai d'abord aux travaux de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, dont les enquêtes permettent d'analyser le croisement entre statut de l'emploi et conditions de travail<sup>3</sup>. Sous

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 156.

<sup>2</sup> In *Critique de l'organisation du travail*, *op. cit.*, p. 109.

<sup>3</sup> LETOURNEUX V., *Précarité et conditions de travail dans l'Union Européenne*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1998 ; FONDATION EUROPÉENNE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL, *Le statut de l'emploi et la santé*, 1999. Les données sont issues des résultats de la

l'angle de l'exposition aux risques physiques tout d'abord, l'enquête montre que les salariés en CDD (11,6% de l'échantillon) et en intérim (3,5%) sont plus que les salariés en CDI exposés à des pénibilités physiques dans la réalisation du travail (postures pénibles, manutention de charges lourdes) et dans leur environnement (bruit, exposition à des toxiques). Le travail répétitif (mouvements répétitifs de la main ou du bras pendant au moins un quart du temps) concerne près des deux-tiers des salariés en CDD et en intérim, pour seulement 55% des travailleurs en CDI. Aux emplois en CDD et en intérim sont également associés des rythmes de travail plus intenses<sup>1</sup> et davantage de contraintes de rythme de type cadences industrielles. Sur le plan de l'autonomie dans le travail, là encore, on observe que les salariés en contrats précaires ont moins que les autres la possibilité de choisir ou de modifier leur vitesse de travail, l'ordre des tâches et la méthode de travail. Ils sont également beaucoup plus nombreux à être soumis à un contrôle hiérarchique direct (51,5% des CDD et 55,5% des intérimaires pour 37,5% des employés en CDI), et à connaître des horaires et des temps de travail atypiques (journées très longues ou au contraire très courtes, travail de nuit, plus forte proportion de temps partiel<sup>2</sup>). Il est intéressant de remarquer que simultanément à ce cumul de désavantages, les personnes qui travaillent en contrats précaires font état d'un absentéisme moins fréquent et moins long que les salariés en CDI. Enfin, les indicateurs d'intégration dans l'entreprise (accès à la formation, participation aux discussions et aux consultations internes) montrent que celle-ci est nettement moindre pour les salariés en contrat non permanent.

Il est important de souligner que l'écart observé entre salariés en contrats précaires et salariés permanents se retrouve à l'intérieur de chaque catégorie d'emploi, ce qui conduit à nuancer l'hypothèse du degré de qualification comme facteur explicatif. Si les salariés en contrats précaires sont plus exposés à des conditions de travail

---

Deuxième enquête européenne sur les conditions de travail, effectuée en 1996 auprès de 15 800 travailleurs (salariés et indépendants) des 15 états membres.

<sup>1</sup> Lorsque je demande à Mlle Arène (manutentionnaire à La Poste, en intérim puis en CDI) si son travail n'est pas « trop intensif », elle répond : « non... Enfin nous on l'est parce qu'on est encore au rythme intérim, t'es obligée de faire le plus de boulot possible en le moins d'heures ».

<sup>2</sup> L'analyse des horaires et temps de travail des salariés en contrats précaires en France montre globalement que ces salariés connaissent plus souvent des horaires de travail atypiques, irréguliers et contraints, et cela indépendamment de l'effet du niveau des emplois, cf. : CANCEL R., FRÉCHOU H., « Les contrats courts : source d'instabilités mais aussi tremplin vers l'emploi permanent », *op. cit.* ; GALTIER B., « Les temps partiels : entre emplois choisis et emplois "faute de mieux" », *op. cit.* ; COTTRELL M., LETREMY P., MACAIRE S., MEILLAND C., MICHON F., « Le temps de travail des formes particulières d'emploi », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 169-189.

pénibles et contraintes, cela est certes dû en partie à leur qualification globalement plus faible qui les concentre dans certains types d'emplois, mais au-delà de cette explication, il y a bien un effet propre du statut de l'emploi : « toutes choses égales par ailleurs », un contrat de travail précaire est associé à des conditions de travail moins bonnes<sup>1</sup>.

Une autre enquête de la Fondation européenne, qualitative cette fois, permet à la fois de confirmer l'association statistiquement avérée entre flexibilité de l'emploi et conditions de travail, tout en la relativisant<sup>2</sup>. Cette recherche aboutit en effet à une double conclusion : le cumul entre précarité de l'emploi et conditions de travail dégradées est effectivement observé dans une partie des entreprises étudiées, mais cette configuration (appelée « *précarité extensive* » ou cumulative) n'épuise pas l'ensemble des situations rencontrées. Des formes de « *précarité intensive* » sont également repérées, lorsque seule l'une des deux dimensions est altérée.

Le premier type de situation (précarité extensive) fait apparaître deux dimensions en interaction :

- d'une part, l'insécurité de l'emploi s'articule avec des conditions de travail éprouvantes : les salariés sont confrontés à des postures et des tâches pénibles et pour lesquelles ils ne disposent pas toujours (en quantité ou en qualité) des moyens matériels nécessaires ; ils font également état de manques dans les apprentissages professionnels (méconnaissance du travail et de l'entreprise qui peut rendre particulièrement stressant le contact avec une clientèle que l'on ne peut pas renseigner correctement, méconnaissance aussi des règles de sécurité pouvant renforcer la dangerosité du travail). Dans ce contexte, ce sont toutes les marges de manœuvres qui permettraient de diminuer la pénibilité ou de s'en protéger qui font défaut aux salariés ;

---

<sup>1</sup> Ce résultat a été confirmé dans la Troisième enquête européenne, mais avec d'autre part un fort pouvoir explicatif du secteur d'activité et des caractéristiques organisationnelles qui, pour certaines dimensions, produisent une homogénéisation entre permanents et non permanents, par le biais de la dégradation des conditions de travail pour les premiers. Cf. : GOUDSWAARD A., ANDRIES F., *Employment status and working conditions*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002.

<sup>2</sup> DE NANTEUIL M., « Vers de nouvelles formes de vulnérabilité sociale ? Réflexion sur les rapports entre flexibilité et précarité », *Travail et emploi*, n° 89, 2002, pp. 65-80. Les résultats sont issus de 15 monographies d'entreprises réalisées dans 7 pays européens.

- d'autre part, la recherche montre que les salariés en contrats précaires se voient souvent attribuer les postes les plus pénibles, dangereux ou dévalorisés, qui ne demandent aucune compétence spécialisée.

Ainsi, dans cette première configuration, « l'insécurité atteint les salariés dans la construction de leur rapport au travail : en les assignant à des positions dévalorisées, elle les place dans des environnements professionnels éprouvants, tout en les privant des supports formatifs leur permettant d'évoluer dans l'entreprise ou sur le marché du travail. A la disqualification statutaire s'ajoute une disqualification organisationnelle, caractéristique de la "précarité extensive"<sup>1</sup> ».

Quant à la précarité intensive, elle trouve trois expressions spécifiques dans les données recueillies :

- le cas des salariés de la sous-traitance (ici dans le secteur chimique), qualifiés et en contrat stable (même s'ils peuvent le percevoir comme menacé), mais dont les conditions de travail très dégradées et même dangereuses mettent directement en jeu leur santé ;

- le cas, inverse, de salariés exerçant en contrat précaire, souvent à temps partiel, mais dont les conditions de travail restent proches de celles des salariés permanents : ils sont intégrés dans l'entreprise comme les travailleurs du « noyau dur », et grâce notamment à une présence syndicale forte (il s'agit d'une entreprise allemande de grande distribution) leur rapport au travail peut se construire favorablement bien que leur emploi soit fragilisé ;

- enfin, le dernier cas de figure associe emploi stable et conditions de travail dégradées, dans un contexte organisationnel en pleine mutation qui place le travail sous le signe de l'intensification, de la polyvalence et des contraintes de rythme (il s'agit d'une entreprise italienne de construction automobile). Ces conditions de travail éprouvantes semblent être le prix que les salariés, initialement recrutés sous des statuts précaires, ont dû payer pour stabiliser leur emploi.

De ces différentes configurations M. de Nanteuil conclut que les liens entre intensification du travail et précarisation de l'emploi ne sont pas dans un rapport de superposition stricte : « la vulnérabilité change de forme : les salariés fragilisés

---

<sup>1</sup> DE NANTEUIL M., « Vers de nouvelles formes de vulnérabilité sociale ? Réflexion sur les rapports entre flexibilité et précarité », *op. cit.*, p. 72.

ne cumulent pas nécessairement toutes les formes de précarité, certains s'en sortent mieux que d'autres, les modes de vulnérabilité se différencient de plus en plus<sup>1</sup> ».

L'approche développée par Serge Paugam permet de synthétiser ce constat tout en prenant acte de sa complexité. Cet auteur propose une typologie où se croisent le *rapport au travail* et le *rapport à l'emploi*, chacun donnant lieu à un type de « précarité » :

- le *rapport au travail* se définit par les dimensions de la satisfaction ou de l'insatisfaction des salariés dans l'exercice de leur travail, et s'opérationnalise à travers des indicateurs comme le niveau de salaire, les conditions de travail, les relations avec les supérieurs et les collègues, les espoirs d'améliorations et les possibilités de revendications collectives. « Les personnes en situation précaire dans l'entreprise seront alors celles qui éprouvent peu ou pas de satisfactions personnelles<sup>2</sup> ». La précarité ainsi inscrite dans le rapport au travail et découlant de la logique productive industrielle s'apparente à une forme d'*aliénation* ;

- le *rapport à l'emploi* relève quant à lui de la logique protectrice de l'État-Providence, et se définit dans le degré de stabilité de la situation professionnelle, manifestée par la nature du contrat de travail mais aussi par la politique de l'entreprise et la probabilité qu'elle recoure à des licenciements collectifs. La précarité de l'emploi est souvent associée avec celle des conditions de vie, et lorsqu'elle est durable et subie, elle correspond alors à une forme d'*exploitation*.

S. Paugam rappelle que les deux dimensions sont souvent amalgamées à tort, et qu'il faut au contraire partir du principe que l'emploi précaire n'est pas mécaniquement associé à une impossibilité d'épanouissement dans le travail, pas plus que, comme on vient de le voir, la stabilité de l'emploi n'est nécessairement synonyme d'une bonne intégration professionnelle.

A partir de la distinction entre ces deux axes (celui de la *production* et celui de la *protection*) et d'une analyse des évolutions structurelles de l'organisation du travail et du marché de l'emploi, S. Paugam propose une *typologie des formes contemporaines de l'intégration professionnelle*. Le type idéal en est l'*intégration assurée*, qui peut être définie comme « la double assurance de la reconnaissance matérielle et symbolique

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 75.

<sup>2</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, *op. cit.*, p. 25.

du travail et de la protection sociale qui découle de l'emploi<sup>1</sup> ». Le premier point renvoie aux différentes formes de satisfaction que les salariés peuvent éprouver dans leur travail, et qui s'adressent à l'*homo faber* (satisfaction liée à la valeur accordée au travail, à l'acte de travail lui-même et à son statut d'œuvre), à l'*homo œconomicus* (satisfaction liée à la valeur instrumentale du travail comme moyen d'obtenir une rétribution matérielle), et à l'*homo sociologicus* (satisfaction liée à la qualité des échanges et des relations sociales dans l'univers de travail). Le deuxième point renvoie à la stabilité de l'emploi en tant qu'elle donne à celui qui l'occupe une certaine sécurité et lui permet de planifier son avenir.

S. Paugam définit alors trois déviations par rapport à ce modèle, que le tableau ci-dessous résume :

Rapport à l'emploi	Rapport au travail	
	<i>Satisfaction</i>	<i>Insatisfaction</i>
<i>Stable</i>	Intégration assurée	Intégration laborieuse
<i>Précaire ou menacé</i>	Intégration incertaine	Intégration disqualifiante

L'*intégration incertaine* allie satisfaction dans le travail et précarité de l'emploi (celle-ci étant définie, rappelons-le, par la nature non durable du contrat, mais aussi par l'incertitude sur l'avenir de l'emploi dans l'entreprise).

L'*intégration laborieuse* correspond à une forme d'intégration classique qui a caractérisé le modèle fordiste, et repose sur l'association entre stabilité de l'emploi et absence de satisfactions dans le travail. La relation au travail est essentiellement instrumentale.

Enfin, l'*intégration disqualifiante* est le type le plus éloigné du modèle de l'intégration assurée, et correspond à la situation de salariés qui expérimentent simultanément la précarité de l'emploi et l'insatisfaction dans le travail, ce qui remet en question leur statut social et leur identité au travail et permet de parler de « disqualification sociale » au sens où S. Paugam a analysé ce processus<sup>2</sup>.

L'enquête menée par S. Paugam permet de mettre à l'épreuve la typologie et d'approfondir la connaissance de chacun des types. Cette enquête, effectuée pour la CFDT dans le cadre de l'Observatoire Sociologique du Changement (OSC),

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 97.

<sup>2</sup> PAUGAM S., *La disqualification sociale, op. cit.* ; du même auteur, « Les statuts de la pauvreté assistée », *Revue française de sociologie*, vol. XXXII, 1991, pp. 75-101.

comporte un volet quantitatif et un volet qualitatif. Le premier a été réalisé auprès de 1036 salariés rencontrés à leur domicile en 1995, dans 5 bassins d'emploi représentant des secteurs d'activités très diversifiés. Les salariés ont été recrutés dans les fichiers du personnel de 15 entreprises pour chaque site, et le mode d'échantillonnage permet de conclure à une bonne représentativité pour chaque entreprise. Le deuxième volet de l'enquête a consisté à rencontrer 83 salariés des entreprises précédemment étudiées pour des entretiens approfondis autour de plusieurs thèmes (le sens que les salariés donnent à leur travail et à leur carrière, ce qu'ils pensent de leur entreprise et de leurs relations de travail, leur engagement dans la vie syndicale et sociale...).

En définissant des indicateurs de la satisfaction au travail et de la stabilité de l'emploi<sup>1</sup>, S. Paugam a pu répartir les 1036 salariés interrogés selon la typologie de l'intégration professionnelle : 42% des individus sont proches de l'intégration assurée, 18% connaissent une intégration incertaine, l'intégration laborieuse et l'intégration disqualifiante concernent chacune 20% de l'échantillon.

Je reviendrai en détail dans la troisième partie (chapitre VI) sur la fécondité de cette dissociation analytique du rapport au travail et du rapport à l'emploi, en reprenant et en prolongeant la typologie de S. Paugam au regard de mes propres données d'enquête.

Nous arrivons au terme de ce tour d'horizon dont le but, je le rappelle, était de décrire les principales dynamiques et les enjeux centraux qui caractérisent le monde du travail contemporain, tant sur le versant de l'emploi et des modes d'insertion professionnelle que sur celui des activités de travail elles-mêmes.

Le chapitre suivant élargit le regard à l'ensemble de l'organisation sociale et propose quelques perspectives d'analyse pour comprendre dans quelle mesure et jusqu'à quel point les processus de précarisation et les réorganisations productives s'inscrivent dans une dynamique plus large d'effritement du modèle salarial.

Une mise au point lexicale doit être faite avant de poursuivre. Les mutations contemporaines du travail et de l'emploi décrites dans les pages précédentes recouvrent quatre dynamiques principales : la précarisation de l'emploi

---

<sup>1</sup> Pour une explicitation des indicateurs, voir PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, *op. cit.*, pp. 104-109.



(normalisation des emplois non durables et de la flexibilité des temps de travail) ; la reconfiguration structurelle de la division du travail (externalisation et atomisation des collectifs) ; l'intensification du travail (massification et densification) ; et le développement de nouveaux modes d'encadrement, de contrôle et de mobilisation subjective des salariés (néomanagement). Ces phénomènes ne sont pas simplement simultanés, mais constituent les différentes facettes d'une même configuration socio-historique. Dans une démarche analytique, chacun des aspects mérite d'être étudié spécifiquement, mais le sens profond de ces dynamiques n'est compréhensible qu'en gardant à l'esprit leur complémentarité. Dès lors, quel(s) terme(s) employer pour les désigner conjointement ? Il n'existe pas à ma connaissance de concept à la fois assez large pour subsumer les quatre composantes rappelées plus haut, et assez précis pour dépasser le niveau de généralité d'expressions comme « mutations contemporaines du travail et de l'emploi » ou « capitalisme contemporain » (ou « flexible », ou « actionnarial<sup>1</sup> », ou « néolibéral », ou bien encore « néocapitalisme<sup>2</sup> »). En l'absence d'un tel terme qui reste à inventer, je me rangerai à un usage devenu commun – mais souvent non explicité – consistant à parler de « précarisation du travail » pour désigner l'ensemble solidaire des processus énumérés ci-dessus. Si cet usage du terme « précarisation » est bien adapté pour qualifier les transformations de l'emploi allant dans le sens d'une plus grande incertitude et d'une plus grande instabilité (est précaire ce qui n'est pas assuré de durer), il peut en revanche sembler quelque peu inapproprié pour désigner les évolutions observées dans les organisations et les activités de travail, sauf à considérer – et cela n'est finalement pas erroné – que ces activités elles-mêmes sont devenues plus incertaines quant à leurs temporalités, leurs lieux, leurs contenus et leurs modes d'évaluation. De plus, comme je l'ai déjà mentionné, l'étymologie du terme comporte une dimension plus politique, la précarité étant définie comme une situation de domination sociale (est précaire ce qui est obtenu par la prière et soumis à une autorisation révocable). Et cette lecture rend bien compte des réalités observées. L'expression « précarisation du travail » sera donc à entendre de façon extensive comme désignant l'ensemble des phénomènes décrits

---

<sup>1</sup> PLIHON D., *Le nouveau capitalisme*, Paris, La Découverte, 2003.

<sup>2</sup> Je m'en tiendrai à considérer ces termes comme équivalents, bien qu'une analyse approfondie en montrerait les différentes inflexions. Le terme « néocapitalisme » étant le plus général, c'est celui que je privilégierai.

dans ce premier chapitre, dans leur dimension empirique mais aussi dans leur portée culturelle et symbolique.



## Chapitre II

# Effritement du modèle salarial et dynamiques de précarisation sociale

*« Toute notre législation d'assurance sociale, ce socialisme d'État déjà réalisé, s'inspire du principe suivant : le travailleur a donné sa vie et son labeur à la collectivité d'une part, à ses patrons d'autre part, et, s'il doit collaborer à l'œuvre d'assurance, ceux qui ont bénéficié de ses services ne sont pas quittes envers lui avec le paiement du salaire, et l'État lui-même, représentant la communauté, lui doit, avec ses patrons et avec son concours à lui, une certaine sécurité dans la vie, contre le chômage, contre la maladie, contre la vieillesse, la mort ».*

Marcel Mauss<sup>1</sup>

Des approches historiques telles que celle de Robert Castel<sup>2</sup> montrent comment le travail, sous la forme du salariat, est devenu une matrice essentielle d'organisation sociétale. La société salariale se caractérise par un « montage » inédit associant stabilité et protection de l'emploi et des revenus, protection sociale à travers le système assurantiel, et intégration des salariés dans des solidarités concrètes (collectifs de travail, mouvements syndicaux, etc.)<sup>3</sup>. Le contrat de travail réalise l'inscription du salarié dans un statut collectif soumis à un régime de droit, et s'accompagne de garanties et de protections qui le mettent à l'abri des aléas économiques et des risques individuels. Le statut social lié au travail est également un marqueur d'appartenance sociale qui structure les identités et les rapports sociaux intra- et inter- groupes, classes ou catégories socioprofessionnelles. Or,

---

<sup>1</sup> In « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques » (1925), in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 4<sup>e</sup> éd. 1991, pp. 260-261.

<sup>2</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit.

<sup>3</sup> Même si de nombreux auteurs rappellent qu'il faut se garder de mythifier la société salariale des « Trente Glorieuses », loin d'être parfaite sur plusieurs points.

force est de constater que ces lignes de force sont pour le moins remises en question par un ensemble de phénomènes qui se sont développés depuis une vingtaine d'années.

En déplaçant le regard de la sphère du travail et de l'emploi vers l'observation de la société dans sa globalité, je propose maintenant de décrire les grandes lignes de cet effritement du modèle salarial, et d'évoquer certaines perspectives d'avenir esquissées par différents auteurs.

## 1. Les remises en question du modèle salarial

---

*« Ou bien il n'y a, comme Gambetta le prétendait, que des "problèmes sociaux" particuliers, une pluralité de difficultés à affronter une à une ; ou bien il y a une question sociale, et c'est la question du statut du salariat, parce que le salariat en est venu à structurer notre formation sociale presque tout entière ».*

Robert Castel<sup>1</sup>

Je m'arrêterai sur trois points de cristallisation de cette déconstruction du modèle salarial : les évolutions de la *condition salariale*, à travers le rapport à l'emploi et les conditions de vie ; la question des *positions sociales* et le référentiel des classes sociales ; enfin, les dynamiques de *précarisation sociale* qui ne se limitent pas à la sphère du travail et de l'emploi.

### *a) Les nouveaux visages de la condition salariale*

La dynamique de précarisation de l'emploi a été décrite dans le chapitre précédent. Je n'y reviens pas, sauf pour rappeler que cette précarisation ne concerne pas seulement les salariés qui y sont directement confrontés par le biais de leur contrat de travail<sup>2</sup>. Comme le chômage, elle représente un horizon menaçant pour ceux qui

---

<sup>1</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit., p. 385.

<sup>2</sup> Je rappellerai simplement que si l'on additionne le nombre de salariés travaillant en CDD, en intérim, en stages et contrats aidés et en temps partiel, c'est plus de 20% du salariat (auxquels bien sûr il faut ajouter les chômeurs) qui est aujourd'hui en dehors de la forme idéal-typique d'emploi de la société salariale, le CDI à temps plein.

disposent d'un emploi stable, et cette perception d'une menace est devenue l'une des composantes majeures du rapport au travail pour un grand nombre de salariés. Serge Paugam<sup>1</sup> met cela en évidence en rappelant que l'insécurité de l'emploi a fortement augmenté depuis 30 ans. Ainsi, 1% des personnes en emploi en 1973 étaient au chômage en 1974. En 1997 (par rapport à l'année 1996), cette proportion est passée à 5% (et de 2% à près de 16% pour les moins de 25 ans). Le chômage de masse et les licenciements collectifs liés pour partie à la désindustrialisation des économies de marché occidentales sont entrés dans la conscience des travailleurs sous la forme d'une probabilité perçue de perdre son emploi. Comparant les résultats de l'enquête INSEE « Conditions de vie » (dite aussi « Situations défavorisées ») 1986-1987 et ceux de l'enquête qu'il a réalisée à l'Observatoire sociologique du changement (OSC) en 1995<sup>2</sup>, S. Paugam montre que l'incertitude éprouvée par les salariés quant à l'avenir de leur emploi s'est accrue. A la question : « pensez-vous que dans les deux prochaines années, il y ait un risque pour que vous soyez licencié ? », les trois-quarts des 4855 salariés interrogés en 1986 avaient répondu « probablement non », tandis que près de 12% avaient estimé que ce risque existait (3,2% ont répondu « sans doute que oui » et 8,4% « peut-être que oui »). Environ 14% ont déclaré ne pas savoir. En 1995, alors que la même question a été posée à 1036 salariés, on s'aperçoit que si la structure des réponses n'est pas profondément modifiée, les résultats (toute prudence gardée quant à la comparaison d'échantillons différents) montrent une augmentation du nombre de salariés qui perçoivent une incertitude : la réponse « je ne sais pas » est choisie à près de 25%, tandis que la réponse « probablement non » représente moins des deux-tiers de l'échantillon (62%). L'incertitude s'est donc accrue, ainsi que le sentiment de risque<sup>3</sup>.

Dans notre échantillon midi-pyrénéen, une question similaire a été posée aux 200 salariés interrogés<sup>4</sup>. Il ne s'agissait pas précisément d'un risque de licenciement, mais plus largement du « sentiment de pouvoir perdre son emploi à court ou

---

<sup>1</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, op. cit., pp. 79 et sq.

<sup>2</sup> J'ai présenté brièvement cette enquête dans le chapitre précédent.

<sup>3</sup> Ce constat est également formulé par J. Palmade et R. Dorval, qui ont mené deux recherches sur le rapport au travail (1977 et 1998) permettant une perspective longitudinale, cf. : PALMADE J., DORVAL R., « L'évolution du rapport au travail en vingt ans », *Travail et emploi*, n° 80, 1999, pp. 29-66 ; PALMADE J. (dir.), *L'incertitude comme norme*, Paris, PUF, 2003.

<sup>4</sup> Je rappelle que cet échantillon se compose pour moitié de personnes désignées comme « précaires » par les médecins du travail qui ont administré le questionnaire.

moyen terme ». 31% des salariés ont répondu par l'affirmative et 10% n'ont pas répondu<sup>1</sup>.

Il est intéressant de rapporter ces résultats au statut de l'emploi des répondants. On n'est pas étonné de constater que les personnes en contrat précaire (CDD, intérim et contrat aidé) sont plus nombreuses à percevoir un risque ou une incertitude (53% dans notre enquête, et près de 70% dans l'enquête OSC), mais deux autres remarques peuvent être faites : d'une part, il est essentiel de prendre acte du fait que la perception d'un risque existe aussi chez des salariés en CDI (près de 12% dans l'enquête OSC, 20% dans l'enquête toulousaine<sup>2</sup>). D'autre part, comment comprendre les réponses des salariés qui, tout en ayant un contrat précaire, déclarent ne pas percevoir de risque pour leur emploi (et qui représentent tout de même plus de 30% de l'échantillon OSC et 47% dans notre enquête) ? Sur ce point, Serge Paugam propose une interprétation qui repose sur le fait qu'une part non négligeable (environ 15%) des salariés en CDI ont été auparavant employés dans la même entreprise en contrat précaire. On peut donc comprendre l'optimisme de ceux qui, malgré un emploi précaire, pensent que leur intégration dans l'entreprise est relativement assurée. Dans le cas de l'enquête toulousaine, cette hypothèse est sans doute à retenir également, mais nous ne disposons pas des moyens de la vérifier<sup>3</sup>. Une autre piste réside dans la formulation de la question, qui laissait une large part à la subjectivité des répondants quant à l'estimation du « court ou moyen terme » : il est possible par exemple que les personnes ayant un contrat d'assez longue durée (plus d'un an pour certains) considèrent que la fin du contrat, donc le moment de la perte de l'emploi, relève du long terme<sup>4</sup>. On peut rappeler également que plusieurs personnes ont déclaré ne pas connaître la date de fin de leur contrat. Enfin, sur un autre registre, l'analyse qualitative du questionnaire ainsi que les entretiens suggèrent que certaines personnes ont interprété la question de la façon suivante : « pensez-vous que, *par votre faute*, vous risquez de perdre votre

---

<sup>1</sup> On sait, grâce aux annotations portées sur les questionnaires, que certaines de ces non-réponses correspondent à un « ne sait pas », et d'autres à un « sans objet » lorsque des salariés en contrat précaire ont estimé que leur contrat étant par nature non durable, cette question ne les concernait pas.

<sup>2</sup> L'enquête a été effectuée environ 5 ans après celle de S. Paugam, et dans un contexte d'emploi globalement plus favorable.

<sup>3</sup> De même que nous ne pouvons pas, comme le fait S. Paugam, rapporter les réponses des salariés à la perception qu'ils ont du développement ou du déclin de leur entreprise. Dans l'enquête OSC, il apparaît très clairement que lorsque l'entreprise est jugée en déclin, le risque perçu de licenciement est fortement accru.

<sup>4</sup> Cette hypothèse n'est cependant pas confirmée : on ne trouve pas moins de salariés percevant un risque pour leur emploi parmi ceux qui ont des contrats de longue durée (plus d'un an). Mais ces derniers étant peu nombreux, ce résultat manque de fiabilité statistique.

emploi...». L'idée de « perdre son emploi » aurait été associée à une perte « anormale », non prévisible, autre que celle induite par la simple durée du contrat. Et dans ce sens, on peut comprendre que les salariés, ayant presque tous par ailleurs le sentiment d'être assez compétents pour l'emploi qu'ils occupent, n'envisagent pas une rupture anticipée de leur contrat.

L'une des caractéristiques de la société salariale, à savoir l'assurance que pouvaient avoir les travailleurs d'une certaine sécurité de leur emploi, est donc fortement affaiblie à la fois factuellement par le développement structurel de la précarité de l'emploi, et au niveau des représentations par la diffusion d'une menace perçue par tous.

On a vu également que la précarisation de l'emploi ne se résume pas à la montée en nombre des emplois précaires, mais relève aussi, avec les nouvelles formes de travail indépendant et de sous-traitance, d'une dynamique de dérégulation<sup>1</sup> que le droit du travail peine à appréhender<sup>2</sup>. Alors que la construction du modèle salarial avait consisté à armer le passage du « travail » (comme prestation individualisée « au jour la journée ») à l'« emploi » (comme statut collectif inscrit dans un contrat soumis à un ordre public), il semblerait que l'on assiste aujourd'hui au mouvement inverse : un retour à la prestation de travail simple, accompagnée d'une protection moindre, non inscrite dans une relation stable<sup>3</sup>. Pour une partie des travailleurs en tout cas : c'est ce que conceptualisent les approches autour de la notion de segmentation ou de dualisation du marché de l'emploi. Il y aurait désormais d'une part un « noyau dur » de salariés permanents, qualifiés, protégés, intégrés dans les entreprises et disposant de perspectives de carrière (des « insiders »)<sup>4</sup>, et tout

---

<sup>1</sup> Précarisation et dérégulation sont en effet des processus bien différents : « rien n'est plus régulé que l'intérim aux Pays-Bas, en France, en Allemagne, en Belgique (...) La vraie menace qui pèse sur les standards du contrat de travail et de la relation d'emploi, en quelque sorte sur le contrat à durée indéterminée à temps plein et la protection sociale qui lui est attachée, c'est peut-être moins la dérégulation et la suppression des protections sociales que la "triangulation" de la relation d'emploi, l'externalisation de la gestion de la main-d'œuvre hors des responsabilités de l'entreprise utilisatrice, avec tous les risques de dilution des responsabilités sociales de l'employeur qui l'accompagnent », in LEFÈVRE G., MICHON F., VIPREY M., *Les stratégies des entreprises de travail temporaire, op. cit.*, p. 119.

<sup>2</sup> SUPIOT A., *Critique du droit du travail*, Paris, PUF, 1994.

<sup>3</sup> B. Appay propose le concept de « labilité productive » pour désigner une forme ultime de la flexibilité, dans laquelle le rapport salarial serait affranchi des négociations et des régulations qui l'ont historiquement construit. Cf. : APPAY B., « Précarisation sociale et restructurations productives », *op. cit.*, p. 548.

<sup>4</sup> Il ne faut pas oublier que ces salariés qui apparaissent comme « privilégiés » ne sont par ailleurs pas épargnés par les effets de l'intensification du travail. De plus, il ne manque pas de voix néolibérales pour déplorer encore le manque de flexibilité du contrat à durée indéterminée, et pour réclamer d'autres assouplissements du droit *du* travail au nom du droit *au* travail.



autour une (ou deux, selon les auteurs<sup>1</sup>) périphérie de travailleurs temporaires, de sous-traitants et de travailleurs indépendants sur qui le risque (naguère mutualisé) est reporté, une nébuleuse d'« outsiders », de « travailleurs contingents », d'« intérimaires permanents », relégués aux marges du salariat, « renvoyés au travail marchandise et à l'assistance<sup>2</sup> ». Bien sûr, le marché de l'emploi a toujours été traversé de différenciations entre plusieurs catégories de travailleurs<sup>3</sup>, en ce sens le principe de la segmentation n'est pas nouveau. Ce qui l'est davantage, c'est le caractère de plus en plus structurel et généralisé<sup>4</sup> de ces divisions, inscrites à la fois dans l'organisation du travail et dans les politiques publiques en matière d'emploi, et le fait qu'elles reposent désormais au moins autant sur le statut de l'emploi que sur la nature du travail<sup>5</sup>. Je reviendrai un peu plus loin sur ce point.

A travers cette fragilisation et cet éclatement de la condition salariale, c'est « l'ensemble de la société salariale, définie non pas par le seul travail salarié, mais bien plutôt par l'emploi (indistinctement travail salarié et travail indépendant), donc ce montage particulier de travail et de protection déterminant une situation de sécurité, qui est remis en cause<sup>6</sup> ».

Un autre aspect fondamental de la condition salariale réside dans l'association qu'elle instaure entre emploi et revenu. Or, le fait d'avoir un emploi n'est plus aujourd'hui garant d'un niveau de vie matériel minimum : on voit ainsi réapparaître des formes de pauvreté dans le travail, des « travailleurs pauvres », qui étaient 1 305 000 en 1996<sup>7</sup> (dont 60% de femmes). Il est frappant de constater que les deux-tiers de ces personnes ont pourtant occupé un emploi (en tant que salarié dans 60% des cas) continûment pendant les 12 derniers mois : la pauvreté

---

<sup>1</sup> BERNARD BRUHNES CONSULTANTS, *L'Europe de l'emploi*, Paris, Éditions d'Organisation, 1994 ; MICHON F., « Les marchés du travail », in PAUGAM S. (dir.), *L'exclusion. L'état des savoirs*, op. cit., pp. 239-247.

<sup>2</sup> SUPJOT A., « Du bon usage des lois en matière d'emploi », *Droit social*, n° 3, 1997, p. 232.

<sup>3</sup> PIRE M., SABEL C., *Les chemins de la prospérité*, Paris, Hachette, 1984, cité in COUTROT T., *Critique de l'organisation du travail*, op. cit. ; MARUANI M., REYNAUD E., *Sociologie de l'emploi*, Paris, La Découverte, 3<sup>e</sup> éd. 2001.

<sup>4</sup> C'est-à-dire transversal aux secteurs d'activité, cf. : CASES C., MISSEGUE N., « Une forte segmentation des emplois dans les activités de services », *Économie et statistique*, n° 344, 2001, pp. 81-108.

<sup>5</sup> Au passage, on peut souligner que cette dissociation travail/emploi fonde la pleine pertinence d'une sociologie de l'emploi qui, pourrait-on dire, commence là où s'arrête la sociologie du travail.

<sup>6</sup> MÉDA D., « Travail, emploi, activité : de quoi parle-t-on ? », in *Données sociales 1996*, op. cit., p. 107.

<sup>7</sup> Le seuil de pauvreté correspond ici à la moitié du niveau de vie (tous les revenus moins les impôts directs) médian de l'ensemble des ménages, soit 3500 F pour une personne seule en 1996. Les chiffres sont issus de l'enquête INSEE/DGI « Revenus fiscaux ». Cf. : LAGARENNE C., LEGENDRE N., « Les "travailleurs pauvres" », op. cit. Des mêmes auteurs : « Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux », *Économie et statistique*, n° 335, 2000, pp. 3-25.

n'est donc pas liée uniquement à l'alternance entre emploi et chômage<sup>1</sup> ou au travail à temps partiel<sup>2</sup>, mais aussi à la faiblesse des revenus procurés par l'emploi (ou les emplois successifs). Le CDI, même à temps complet, n'évite pas d'être pauvres à tout de même 270 000 travailleurs.

Si l'on prend comme repère non plus le seuil de pauvreté, mais le SMIC, ce sont plus de 3,5 millions de personnes en emploi (et parmi elles, 80% de femmes) dont le revenu est inférieur à cette somme.

Au-delà des chiffres eux-mêmes, c'est donc un revirement lourd de sens que connaît la société salariale, qui se manifeste de façon frappante dans le fait que depuis 1993, les salariés sont plus souvent pauvres que les retraités<sup>3</sup>.

La stabilité professionnelle ainsi que la sécurité matérielle ne sont donc plus des composantes assurées de la condition salariale. Ce changement des *conditions* est-il adossé à une permanence des *positions*<sup>4</sup> sociales dans une société salariale qui, à bien des égards, n'est plus ce qu'elle a été ? C'est une très vaste question, objet de nombreux et très riches débats, que celle de savoir quelle pertinence peut encore avoir aujourd'hui une approche sociologique en termes de « classes sociales ». J'en reprendrai les principales lignes en suivant l'exposé instructif qu'en donne Louis Chauvel<sup>5</sup>, puis je proposerai quelques réflexions sur la thématique de l'« exclusion ».

---

<sup>1</sup> BREUIL-GENIER P., « Les variations des revenus individuels entre périodes de chômage et d'emploi », *Économie et statistique*, n° 348, 2001, pp. 61-79.

<sup>2</sup> COLIN C., « Les salariés à temps partiel : combien gagnent-ils ? », *INSEE Première*, n° 549, 1997.

<sup>3</sup> HOURRIEZ J.-M., « Plus de ménages pauvres parmi les salariés, moins chez les retraités », *INSEE Première*, n° 761, 2001.

<sup>4</sup> COUTROT L., « Les catégories socioprofessionnelles : changement des conditions, permanence des positions ? », *Sociétés contemporaines*, n° 45-46, 2002, pp. 107-129.

<sup>5</sup> CHAUVEL L., « Le retour des classes sociales ? », *Revue de l'OFCE*, n° 79, 2001, pp. 316-359. Voir également le précieux ouvrage de synthèse : BOUFFARTIGUE P. (dir.), *Le retour des classes sociales*, Paris, La Dispute, 2004.

## *b) Une reconfiguration de la structure sociale ?*

### **Persistance des inégalités de classes et nouveaux clivages**

Avant d'évaluer si elles existent ou n'existent plus, il convient de se donner une définition des classes sociales. L. Chauvel distingue sur ce point deux grandes approches :

- d'un côté, une tradition marxienne, selon laquelle les classes sociales sont des collectifs structurés par une position spécifique dans le système économique (notamment selon le critère de la propriété des moyens de production), position que l'on peut saisir objectivement (« classes en soi »), et animés par une conscience collective de leur être et de leur intérêt commun (« classes pour soi »). Dans cette approche qualifiée de « réaliste », les classes sociales sont des entités véritables et tangibles, et non des constructions intellectuelles ;

- d'un autre côté, la tradition weberienne définit les classes sociales comme des groupes d'individus partageant une dynamique probable similaire (« chances de vie »), sans en être nécessairement conscients. Les classes ne sont alors qu'un mode de découpage parmi d'autres, elles sont des concepts plus que des choses (nominalisme).

La conception marxienne étant plus exigeante (puisqu'elle suppose une conscience de classe construite dans une conflictualité radicale), elle aboutit plus souvent à conclure à la disparition des classes sociales.

Une définition intermédiaire et plus opératoire est adoptée par les sociologues à des fins de vérification empirique. Elle postule qu'il y a « classe sociale » dès lors que des groupes réunissent les deux éléments suivants : être inégalement situés et dotés dans le système productif ; être caractérisés par une identité de classe - cet aspect pouvant être décomposé en identité temporelle (stabilité de la catégorie dans le temps), culturelle (références symboliques, modes de vie et façons de faire partagés) et collective (capacité à agir collectivement dans la sphère politique). Dès lors, l'argumentation de la fin des classes sociales<sup>1</sup> reprend chacun de ces critères et défend l'idée d'une diminution des inégalités économiques, d'une hausse de la

---

<sup>1</sup> Pour une présentation critique de cette argumentation, en particulier des thèses de Robert Nisbet, voir : CHAUVEL L., « Classes et générations. L'insuffisance des hypothèses de la théorie de la fin des classes sociales », texte disponible sur le site de l'auteur <<http://louis.chauvel.free.fr/>>.

mobilité sociale, d'une homogénéisation culturelle générale par le biais de la consommation de masse, et d'un recul des consciences et des identités collectives. L. Chauvel répond sur ces différents points (dans la mesure de la disponibilité des données, dont il souligne qu'elle n'est que très partielle et laisse de nombreux angles morts, par exemple pour les informations sur le patrimoine économique des individus). Je ne peux évidemment pas reprendre ici le détail de son argumentation, fondée essentiellement sur une analyse outillée par cette construction complexe que sont les CSP (puis les PCS)<sup>1</sup>, que L. Chauvel estime être « weberiennes sans l'avouer » et « marxiennes sans le dire<sup>2</sup> ». Je restituerai seulement quelques-unes de ses observations :

- l'analyse sur 30 ans de la répartition en CSP montre que les catégories moyennes et supérieures du salariat se développent, tandis que baisse le nombre des ouvriers<sup>3</sup>. Cependant, on est fondé à considérer qu'une grande part des employés sont, d'un point de vue structurel, les ouvriers des services<sup>4</sup>. En additionnant ces deux catégories, leur nombre est stable au cours de la période ;

- un mouvement massif de rapprochement des salaires entre cadres et ouvriers a bien eu lieu à la fin des Trente Glorieuses, mais l'écart entre ces deux extrêmes est stabilisé depuis une vingtaine d'années<sup>5</sup> ;

- lorsqu'on s'intéresse au patrimoine, « les écarts deviennent des gouffres<sup>6</sup> » ;

- l'analyse de la structure budgétaire de la consommation selon les catégories socioprofessionnelles fait apparaître des sur- et des sous- consommations qui caractérisent de façon significative les différentes catégories. Les moyens économiques des classes populaires servent toujours à couvrir les besoins de base, tandis que les cadres se tournent vers des services élaborés qui font appel à des « nouveaux métiers » (qui sont d'ailleurs « le plus souvent vieux comme le

---

<sup>1</sup> Pour une réflexion de haut vol sur les CSP et notamment sur leurs liens avec la notion de « classes sociales », voir : CHAUVEL L., CHENU A., « Enjeux et usages des catégories socioprofessionnelles : traditions nationales, comparaisons internationales et standardisation européenne », débat animé par M. Oberti et E. Prétéceille, *Sociétés contemporaines*, n° 45-46, 2002, pp. 157-185.

<sup>2</sup> CHAUVEL L., « Le retour des classes sociales ? », *op. cit.*, p. 322.

<sup>3</sup> RETIÈRES J.-N., SCHWARTZ O., « Où en est la classe ouvrière ? », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 727, 1994 ; CHENU A., « Une classe ouvrière en crise », in *Données sociales 1993*, *op. cit.*, pp. 476-485.

<sup>4</sup> C'est tout le sens d'une expression comme celle d' « OS du tertiaire » qui condense de façon parlante le rapport au travail d'un grand nombre de travailleurs des services. Cf. : AUDRIC-LERENARD A., TANAY A., « Ouvriers et employés non qualifiés : disparités et similitudes sur le marché du travail », *Premières synthèses*, n° 47.1, 2000.

<sup>5</sup> cf. : HOURRIEZ J.-M., ROUX V., *Vue d'ensemble des inégalités économiques*, INSEE, Document de travail F0103, 2001 ; LEFRANC A., PISTOLESI N., TRANNOY A., « Le revenu selon l'origine sociale », *Économie et statistique*, n° 371, 2004, pp. 49-88.

<sup>6</sup> CHAUVEL L., « Le retour des classes sociales ? », *op. cit.*, p. 331.

monde ») : aide à domicile, services de proximité... Une autre façon de dire qu' « acheter le temps de travail d'autrui demeure le lieu des principaux clivages<sup>1</sup> » ;

- les indices de mobilité sociale, d'homogamie et plus généralement de fluidité entre catégories montrent que la porosité des frontières sociales demeure faible, même si elle est un peu plus importante aujourd'hui qu'il y a 30 ans<sup>2</sup> ;

- l'hypothèse d'une fragmentation des classes sociales comme mouvement de fond, à la fois objectif et subjectif, est un élément central de l'argumentation de la fin des classes sociales. Fragmentation économique d'une part, produite par les nouvelles caractéristiques du monde productif (précarisation, flexibilité, rémunérations de type stocks-options...); fragmentation symbolique d'autre part, avec la multiplication des formes d'appartenances (de genre, de génération, de religion, d'ethnie ou d'orientation sexuelle...) dans lesquelles viendraient se dissoudre les clivages traditionnels. En d'autres termes, la variance intra-classe augmenterait, tandis que la variance inter-classes diminuerait : moins d'homogénéité interne à chaque classe, davantage entre les différentes classes. Cela correspondrait à l'exact inverse de ce qui a caractérisé la société salariale (forte variance inter-classes, maîtrise de la variance intra-classe). Or, les données examinées par L. Chauvel ne l'amènent pas à confirmer cette hypothèse ;

- enfin, reste la question de la conscience de classe, sans doute la plus problématique à opérationnaliser. Si l'on se donne comme indicateur la participation à des entités collectives comme les syndicats ou les partis politiques, la perte de mobilisation ne fait pas de doute. En revanche, un indicateur comme les orientations politiques saisies à travers le vote reste discriminant (avec un vote « bourgeois » vers la gauche et la droite modérées ou « centristes », et un vote populaire plus facilement radical et porté aux extrêmes). Quant au « sentiment d'appartenance » à une classe sociale, l'analyse des réponses aux divers sondages (avec toutes les réserves quant à leur interprétation) indiquent d'une part une augmentation du nombre de personnes se sentant appartenir à la « classe

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 337.

<sup>2</sup> Cf. : GOUX D., MAURIN E., « Destinées sociales : le rôle de l'école et du milieu d'origine », *Économie et statistique*, n° 306, 1997, pp. 13-26. J'ajoute que si la relative stabilité des processus de reproduction sociale est visible à l'échelle statistique, le brouillage des catégories traditionnelles et la valorisation de l'individu font naître, à l'échelle biographique, des espoirs et des projets qui se heurtent souvent à la réalité du monde du travail, cf. : POUILLAUQUE C., « Les familles ouvrières face au devenir de leurs enfants », *Économie et statistique*, n° 371, 2004, pp. 3-22.

moyenne », et d'autre part - et ce point me semble particulièrement intéressant - une multiplication des réponses « autres ». L'hypothèse retenue par L. Chauvel est qu'il s'agit là des réponses de tous ceux (« petits », « peuple », « exclus », « pauvres »...) qui ne se reconnaissent pas comme appartenant à la « classe ouvrière », se situant quelque part entre celle-ci et la pauvreté marginalisée. Ce constat amène à redécouvrir un fait que l'on avait quelque peu occulté : la « classe ouvrière » n'est pas (et peut-être de moins en moins) la seule composante des « classes populaires ».

L. Chauvel conclut en soulignant ce qui constitue selon lui l'erreur principale commise par les tenants de la fin des classes sociales : celle de croire en la linéarité de l'histoire, et de penser qu'une tendance à l'égalisation qui a été réelle pendant 30 ans doit se prolonger indéfiniment au même rythme. « Les tendances des Trente Glorieuses ont fait des classes sociales un objet sociologique dépassé, mais ces dernières décennies semblent leur redonner un contenu et des contours plus stables<sup>1</sup> ». Sachant que les inégalités persistent indéniablement, et qu'il existe un décalage temporel entre la réalité de ces inégalités et leur visibilité dans les consciences (de classe) collectives, un « retour » des classes sociales est une hypothèse plausible.

Il y a donc persistance des inégalités et d'une forme de hiérarchisation objectivée dans l'espace des positions sociales. Mais parallèlement, l'un des points abordés par L. Chauvel amène à approfondir et à nuancer le constat : une fragmentation croissante des classes semble pouvoir être observée. Certes, la PCS reste un indicateur central de l'intégration professionnelle et sociale, mais l'analyse de la précarisation de l'emploi et des nouveaux modes de production permet de montrer que de nouveaux clivages se superposent aux anciens. Ils ne reposent pas en premier lieu sur des différences de qualification, de métier ou d'appartenance professionnelle, mais sur le statut de l'emploi, le type d'organisation du travail et les caractéristiques de l'entreprise - autant de critères devenus essentiels et que les PCS ne sont pas aptes à saisir. M. Maruani écrit ainsi que « le statut de l'emploi structure le statut au travail et contribue ainsi à la définition du statut social, de la stratification et des classes sociales. (...) La plupart des éléments qui, classiquement,

---

<sup>1</sup> CHAUVEL L., « Le retour des classes sociales ? », *op. cit.*, p. 357.

définissent le statut au travail (salaires, qualifications, promotions, etc.) dépendent très fortement du statut de l'emploi. Ainsi en est-il de la qualification, par exemple : à travail égal, à niveau de formation égal, on n'a pas la même qualification selon que l'on est employé à temps plein ou à temps partiel, à durée déterminée ou indéterminée. Dans tel hypermarché, les ouvriers-boulangers sont des employés non qualifiés lorsqu'ils travaillent à temps partiel et des ouvriers professionnels lorsqu'ils sont à temps plein<sup>1</sup> ». Dans ce contexte, des approches complémentaires à celles qui passent par les PCS deviennent nécessaires : la typologie de l'intégration professionnelle proposée par S. Paugam (présentée précédemment) en est un exemple. Elle permet d'appréhender ces nouvelles différenciations transversales aux catégories socioprofessionnelles traditionnelles, et s'avère même d'ailleurs plus discriminante que ces dernières au regard d'indicateurs de santé et de détresse psychologique (perte de confiance en soi, sentiment d'être « mal dans sa peau »), de difficultés familiales ou d'attitudes radicales en politique<sup>2</sup>. L'intégration laborieuse, qui correspond à une situation stable mais marquée par des insatisfactions dans le travail, n'est pas récente, mais les sources et les formes de ces insatisfactions sont grandement renouvelées aujourd'hui. L'intégration incertaine et l'intégration disqualifiante, en revanche, se caractérisent par une instabilité de l'emploi qui, elle, est relativement nouvelle, compte tenu du quasi-plein emploi des décennies d'après-guerre.

S'agissant des évolutions complexes des modes de structuration sociale dans le contexte contemporain, la thématique de l'« exclusion » doit être abordée ici ainsi que, dans le prolongement, l'hypothèse parfois avancée selon laquelle une nouvelle classe sociale serait apparue, une « underclass » rassemblant tous ceux qui n'ont même plus accès à la classe « ouvrière ».

---

<sup>1</sup> MARUANI M., « Statut social et modes d'emplois », *Revue française de sociologie*, vol. XXX, 1989, pp. 32-33. J'ajoute que, dans l'enquête toulousaine, le codage en catégories d'emploi que nous avons effectué à partir de la question ouverte sur la profession a tenu compte de cet élément (cf. : Chapitre IV).

<sup>2</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, *op. cit.* Des constats de cet ordre ont également pu être formulés dans notre enquête, où le statut de l'emploi et/ou le sentiment de pouvoir perdre son emploi sont très liés au bien-être général.

## **« Exclusion », « underclass » : des conceptualisations insuffisantes**

Le thème de l' « exclusion » a donné lieu à une littérature pléthorique que je ne peux pas présenter en détail ici. Je me limiterai à quelques remarques sur l'histoire et le statut de ce terme, dont le destin social est pertinent comme objet d'analyse pour la sociologie<sup>1</sup>, mais qui est à peu près inutilisable en tant que concept heuristique.

Le concept d' « exclusion » a été popularisé en 1974 par un livre célèbre de R. Lenoir<sup>2</sup>. Il désignait alors essentiellement les handicapés physiques ou mentaux, exclus de fait du travail et d'une société de consommation qui, à ce moment-là, était encore marquée par la croissance économique. L'acceptation de ce terme s'élargit ensuite (notamment à travers son utilisation par les milieux humanitaires et caritatifs), jusqu'à désigner à partir du milieu des années 1980 « non plus seulement les porteurs de handicaps, mais toutes les victimes de la nouvelle misère sociale<sup>3</sup> », en lien avec la grande visibilité sociale de la « nouvelle pauvreté ». Aujourd'hui encore le terme, omniprésent dans les discours médiatiques aussi bien que politiques, regroupe commodément un ensemble de situations fort différentes et en vient à désigner finalement tout ce qui peut apparaître comme un « problème social » : chômage, précarisation de l'emploi, pauvreté, solitude, habitat disqualifié, échec scolaire, stigmatisation ethnique ou morale, etc. Or, le terme d' « exclusion » ne peut se penser sans renvoyer à un espace de référence : *de quoi* est-on exclu ? On s'aperçoit très vite que les multiples usages qui en sont faits se réfèrent à des objets différents. Ainsi, le chômage et la précarité professionnelle renvoient à la norme du travail, c'est-à-dire la participation à l'activité de production ; la pauvreté est une exclusion en ce sens qu'elle empêche de participer au marché de la consommation<sup>4</sup>. Ces deux types d'exclusion ont en commun leur référence à la dimension économique de la vie sociale « normale ». Quant aux autres acceptations, elles peuvent se référer à de nombreuses autres normes : idéologiques, culturelles,

---

<sup>1</sup> CHÂTEL V., SOULET M.-H., « L'exclusion, la vitalité d'une thématique usée », *Sociologie et sociétés*, vol. XXXIII, n° 2, 2001, pp. 175-202.

<sup>2</sup> LENOIR R., *Les exclus*, Paris, Seuil, 1974.

<sup>3</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit., p. 427.

<sup>4</sup> M.-H. SOULET montre que la catégorie de l' « exclusion » est l'une des 3 « topiques » dominantes dans les analyses de la pauvreté (avec l'exploitation et la transition), cf. : « L'exclusion : usages et mésusages d'un concept », *Revue suisse de sociologie*, vol. 24, n° 3, pp. 431-458.



esthétiques, légales, etc<sup>1</sup>. Parler d'exclusion sans préciser le référent conduit donc à en faire un concept dans l'absolu : on n'est plus exclu « de quelque chose », mais exclu tout court – ce qui revient bien souvent, par un nouveau glissement, à être exclu de tout. En même temps, le qualificatif d'« exclu » devient une caractéristique personnelle des individus, il ne désigne pas leur situation mais leur identité<sup>2</sup>.

Outre ces effets d'homogénéisation et de naturalisation pour le moins abusives, l'utilisation commune de la notion d'exclusion aboutit à une double déformation des faits considérés. D'une part, ce terme entérine une vision duale de la société, bien résumée par les expressions de « fracture sociale » ou de « société à deux vitesses ». Les exclus seraient « en dehors », et l'exclusion constituerait un phénomène autonome, marginal, qui pourrait à la limite être dissocié de la société. Or, il est évident que ce n'est pas le cas. Ce que l'on nomme « exclusion » prend sa source au cœur même de l'organisation sociale, dans la sphère du travail. On sait d'autre part que les expériences que font les salariés de la précarisation de l'emploi sont à lire moins comme des situations que comme des parcours complexes et changeants, marqués par une alternance entre périodes d'emploi et périodes de chômage, et par une grande discontinuité de revenu. Il en résulte une nébuleuse de situations diverses, intermédiaires, incertaines, que le paradigme de l'« exclusion », utilisé à défaut des catégories traditionnelles qui semblent désormais inadaptées, désigne et masque à la fois. La réalité n'est donc ni marginale, ni statique.

La notion d'« exclusion » est donc polysémique et même confuse, empiriquement inopérante et théoriquement brouillée<sup>3</sup>. Toutes ces raisons ont amené plusieurs sociologues à l'écarter au profit de concepts plus rigoureux et plus pertinents. La critique la plus aboutie du paradigme de l'« exclusion » est sans doute celle que développe Robert Castel, qui propose d'y substituer le modèle de la « désaffiliation », définie comme un processus multidimensionnel constitué d'une série de « ruptures d'appartenances » et d'affaiblissement des différents liens sociaux qui relient les individus au noyau social de l'intégration, celui-ci étant pour

---

<sup>1</sup> AUTÈS M., « Genèse d'une nouvelle question sociale : l'exclusion », *Lien social et politiques - RIAC*, n° 34, 1995, pp. 43-53 ; XIBERRAS M., *Les théories de l'exclusion*, Paris, Armand Colin, 1996.

<sup>2</sup> « La catégorie de l'exclusion, même après sa généralisation à l'ensemble de la société, a conservé quelque chose de la façon dont, à ses origines, elle servait à désigner ceux que leurs propres handicaps excluaient de la participation au bien-être social. [Cette notion] demeure toujours en résonance avec les propriétés négatives attachées à ceux qui en sont les victimes », in BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme, op. cit.*, p. 435.

<sup>3</sup> J'irai jusqu'à dire que le projet d'une « sociologie de l'exclusion » n'a guère de sens et même contribue à autonomiser des réalités dont on a vu qu'elles étaient profondément liées.

R. Castel localisé essentiellement dans l'activité professionnelle salariée<sup>1</sup>. Dans une problématique différente, centrée sur l'analyse de la pauvreté comme processus de désignation sociale à travers le système assistanciel, Serge Paugam parle de « disqualification sociale<sup>2</sup> ». Ces deux auteurs (parmi d'autres) mettent l'accent sur la dynamique des différents types de rupture du lien social, sur les phénomènes de fragilisation, et sur les effets de cumul des difficultés ou des risques<sup>3</sup>.

On peut remarquer également que nombre d'approches centrées sur cette thématique de l'« exclusion » évacuent ou ne recoupent que très accessoirement la problématique de la stratification et des classes sociales. « Certes, on voit bien apparaître, *in fine*, des groupes sociaux, mais au sens faible de ce terme : il s'agit soit d'un simple agrégat statistique d'individus possédant des caractéristiques similaires ou de "figures" sociales idéal-typiques utilisées pour qualifier les victimes de tel ou tel processus macro ou micro-social d'exclusion<sup>4</sup> ». L. Boltanski et E. Chiapello montrent bien comment la notion d'exclusion fait passer à la trappe toute référence aux classes sociales, et donc à la notion d'exploitation : « contrairement au modèle des classes sociales, dans lequel l'explication de la misère du "prolétariat" reposait sur la désignation d'une classe (la bourgeoisie, les détenteurs des moyens de production) responsable de son "exploitation", le modèle d'exclusion permet de désigner une négativité sans passer par l'accusation<sup>5</sup> » (c'est d'ailleurs pourquoi, selon ces auteurs, la thématique de l'exclusion relève d'une « topique du sentiment » plus que d'une « topique de la dénonciation »). Cette version non conflictuelle de la notion d'exclusion caractérise largement les orientations des politiques sociales, où les objectifs de « lutte contre l'exclusion » semblent avoir supplanté ceux de la lutte contre les *inégalités sociales*<sup>6</sup>. Pour autant que l'on accorde encore quelque pertinence et quelque actualité à un questionnement en termes de classes sociales et de places dans les rapports de

---

<sup>1</sup> Pour une critique de l'approche de R. Castel, cf. : CHOPART J.-N., « Les sociologues et l'exclusion : que reste-t-il entre l'individu et l'État ? », *Lien social et politiques - RIAC*, n°34, 1995, pp. 31-42.

<sup>2</sup> PAUGAM S., *La disqualification sociale*, *op. cit.*

<sup>3</sup> PAUGAM S., « La constitution d'un paradigme », in PAUGAM S. (dir.), *L'exclusion. L'état des savoirs*, *op. cit.*, pp. 7-19.

<sup>4</sup> STROBEL P., « De la pauvreté à l'exclusion : société salariale ou société des droits de l'homme ? », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 148, 1996, p. 208.

<sup>5</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, *op. cit.*, p. 426.

<sup>6</sup> ELBAUM M., « La lutte contre les inégalités sociales. Après la mise entre parenthèses, une nouvelle exigence », *Esprit*, n°12, 1995, pp. 65-96.

production (ce qui, on l'aura compris, est le cas dans ce travail), le terme d' « exclusion » comporte donc un fâcheux angle mort.

Un autre terme aurait pu occuper la place conceptuelle laissée vide par le thème de l'exclusion : il s'agit de l'*underclass*, dont la courte mais aventureuse vie sociologique est retracée par L. Wacquant<sup>1</sup>. Renvoyant à une réalité spécifiquement nord-américaine, ce terme désigne les habitants des quartiers pauvres et ségrégués, qui formeraient un groupe social « à part ». Les théories de l'*underclass* divergent fortement selon les auteurs, mais on peut schématiquement y voir trois familles, selon que l'accent est mis sur la structure du marché du travail, sur les caractéristiques personnelles des individus, ou sur celles de l'espace urbain qu'ils habitent.

Dans le premier cas, l'*underclass* est définie par le fondateur du terme (l'économiste Gunnar Myrdal) comme le processus d'émergence d'une couche d'individus sans emploi ou sous-employés, qui forment une « strate superflue et misérable ». La dynamique dénoncée ici est bien structurelle : c'est la mise en invalidité sociale de la fraction la moins qualifiée de la classe ouvrière. Anthony Giddens reprendra cette définition en y intégrant la dimension ethnique : l'*underclass* désigne alors plus spécifiquement les travailleurs immigrés en provenance du tiers-monde. Puis, chez Douglas Glasgow, l'*underclass* prend le statut de position permanente dans la structure de classe, occupée par les jeunes Noirs des ghettos.

Mais la notion d'*underclass* a surtout été développée, dans une optique bien différente d'une analyse sociologique, dans le discours répressif et moralisateur d'une partie de la sphère politique et journalistique américaine. Il n'est plus question ici de chercher des explications exogènes (sociales) à l'apparition de cette nouvelle classe : ses membres sont intrinsèquement « inaptés », « asociaux », « délinquants », « violents », « paresseux », « dépravés », etc. Avec cette approche, le terme d'*underclass* est irrémédiablement alourdi de considérations morales et perd toute légitimité aux yeux des scientifiques.

---

<sup>1</sup> WACQUANT L., « L'*underclass* urbaine dans l'imaginaire social et scientifique américain », in PAUGAM S. (dir.), *L'exclusion, l'état des savoirs*, op. cit., pp. 248-280. Cf. également : HERPIN N., « L'*urban underclass* chez les sociologues américains : exclusion sociale et pauvreté », *Revue française de sociologie*, vol. XXXIV, 1993, pp. 421-439.

W. J. Wilson a pourtant essayé de contrer cette conception individualiste de l'*underclass*, et d'en proposer une analyse néo-écologique qui ramène au cœur du débat les facteurs structureaux et y adjoint la prise en compte de l'espace social, spatial et démographique du quartier<sup>1</sup>. L'intérêt de son approche est d'aborder l'*underclass* non comme une classe en formation, mais comme un processus spécifique de paupérisation. Mais face aux tentatives de détournement idéologique de ses analyses par les politiques américains, Wilson abandonnera par la suite le terme même d'« *underclass* » au profit de « *pauvres du ghetto* »<sup>2</sup>. L. Wacquant estime que « cette défection, après d'autres, suggère que la notion d'*underclass* est entrée dans le crépuscule de sa gloire et que sa carrière scientifique est, sinon proche de son terme, du moins sérieusement compromise<sup>3</sup> ».

Cependant, on peut comprendre pourquoi, à l'instar de l'« *exclusion*<sup>4</sup> », la notion d'*underclass* a pu intéresser les sociologues : il s'agit de trouver un terme pour désigner ces nouveaux « *inutiles au monde* » (sous-entendu : au monde productif) que les restructurations de l'emploi et du travail rendent inemployables, et qui ne sont pas exactement les « *pauvres intégrés* » de la société salariale avec son système d'assistance, ni les sous-prolétaires de la théorie marxiste. Le principal problème posé à l'analyse réside dans l'hétérogénéité de ces individus, qui n'ont en commun que d'être privés d'emploi pour des raisons structurelles, institutionnelles et liées aux discriminations ethniques et sexuelles sur le marché du travail. J.-C. Lagree<sup>5</sup> a tenté de mettre en œuvre une transposition du concept dans le cas de la France. A partir des données de l'enquête INSEE « *Situations défavorisées* » 1986-1987, ce chercheur a approfondi l'analyse des modes de sociabilité et des solidarités locales, et montre que l'éclatement des situations, des trajectoires et des modes vie ne permet pas véritablement de conclure à une homogénéité de type « *classe sociale* ». La question de savoir dans quelle mesure les « *précaires* » ou les *chômeurs* (qui sont en partie les mêmes individus) peuvent constituer une classe sociale semble

---

<sup>1</sup> WILSON W. J., *The truly disadvantaged : the inner city, the underclass and public policy*, Chicago, University of Chicago Press, 1987.

<sup>2</sup> WILSON W. J., *Jobless ghettos : the disappearance of work and its impact on urban life in America*, New-York, Knopf, 1996.

<sup>3</sup> WACQUANT L., « L'*underclass* urbaine dans l'imaginaire social et scientifique américain », *op. cit.*, p. 258.

<sup>4</sup> FASSIN D., « Exclusion, *underclass*, marginalidad : figures contemporaines de la pauvreté en France, aux États-Unis et en Amérique latine », *Revue française de sociologie*, vol. XXXVII, n° 1, 1996, pp. 37-75.

<sup>5</sup> LAGREE J.-C., « Exclusion sociale ou formation d'une *underclass* », in BOUCHAYER F. (dir.), *Trajectoires sociales et inégalités*, *op. cit.*, pp. 297-325.

donc encore largement ouverte<sup>1</sup>. On peut considérer, d'un côté, que le fait de connaître un parcours professionnel fait d'emplois non durables et de « petits boulots » en attendant mieux constitue une expérience sociale partagée par un nombre croissant de personnes, une condition sociale commune dont les contenus sont relativement récurrents. Mais, d'un autre côté, cette expérience peut-elle constituer une culture – la question de la transmission intergénérationnelle de cette culture étant particulièrement problématique ? Et cela suffit-il à parler de classe sociale, même dans l'acception faible (weberienne) de la classe « en soi » ? La réapparition d'une pauvreté structurelle au sein de la société salariale, associée à un renouvellement des formes de domination dans le travail, ne permettent-ils pas de parler d'un « nouveau prolétariat » ? Mais si l'on adopte la théorie marxienne qui exige la classe « pour soi », peut-on parler d'une conscience collective des « précaires » et des chômeurs ?<sup>2</sup> Sur ce point, on peut sans doute voir dans les mouvements sociaux de 1995 notamment, ou plus récemment dans la mobilisation des « recalculés » du système d'assurance-chômage<sup>3</sup>, un embryon de visibilité en tant que collectif ayant des revendications communes.

Mais l'effritement du modèle salarial ne se limite pas aux mutations du travail et de l'emploi. Il se manifeste également par des dynamiques de remise en question des protections sociales garanties à tous de façon égalitaire par la puissance régulatrice d'un État social.

---

<sup>1</sup> DEMAZIÈRE D., « Chômage et dynamiques identitaires », in PAUGAM S. (dir.), *L'exclusion : l'état des savoirs*, *op. cit.*, pp. 335-343.

<sup>2</sup> L. Roulleau-Berger parle de « cultures de l'aléatoire », P. Grell et A.-M. Wéry ainsi que S. Schehr montrent qu'il existe chez certains « jeunes précaires » un sentiment d'appartenance communautaire et une certaine identité collective, mais s'agit-il d'une identité de « précaire » ? Il semble plutôt que cette appartenance – ou plutôt, ces appartenances multiples et fluctuantes reposent sur tout autre chose que la situation vis-à-vis de l'emploi.

<sup>3</sup> Ou, plus localement, dans les mouvements de résistance aux plans sociaux de grande envergure (MétalEurop-Nord par exemple) ou dans les grèves qui commencent à apparaître dans des chaînes de restauration rapide (Pizza Hut, Mac Donald).

### ***c) Précarisation sociale et réindividualisation des protections***

*« Le capitalisme mondial, entendu comme la possibilité de faire fructifier son capital par l'investissement ou le placement économique, se porte donc bien. Les sociétés, elles, pour reprendre la séparation du social et de l'économique, avec laquelle nous vivons depuis plus d'un siècle, vont plutôt mal ».*

Luc Boltanski et Ève Chiapello<sup>1</sup>

Les pages précédentes ont montré qu'une analyse de la précarisation de l'emploi qui explore à la fois l'amont de sa dynamique et l'aval de ses conséquences se situe sur la ligne de crête entre une problématique du travail et du marché de l'emploi, et une problématique de la pauvreté et de l'intégration/exclusion sociales. Ces deux fils analytiques ont souvent été abordés séparément, le premier relevant de « l'économique » et le deuxième du « social ». Cependant, il est acquis aujourd'hui (et la première partie de cette thèse s'est efforcée de le démontrer) que ces deux thématiques sont les deux faces d'une même dynamique<sup>2</sup>. Entre autres auteurs, Béatrice Appay prend acte de cette nécessaire réunification des champs de l'analyse<sup>3</sup>, et propose de la saisir plus largement dans le concept de « précarisation sociale ». Celui-ci désigne une double institutionnalisation de l'instabilité, inscrite d'une part dans la précarisation salariale et dans les nouvelles formes d'organisation du travail, et d'autre part dans la remise en cause des systèmes de protection sociale constitutifs de la société salariale.

L'analyse développée par B. Appay part du constat suivant : face aux effets déstabilisateurs des recompositions du travail et de l'emploi, l'État n'assure plus le rôle compensateur des inégalités sociales comme cela avait été le cas pendant les Trente Glorieuses. Au contraire, même : on assiste à un mouvement de régression sociale, favorisé dans la sphère juridique et étatique par d'adoption de dispositions qui accentuent la précarisation et la réduction des dispositifs de protection sociale. Qu'il s'agisse des transformations du droit du travail ou de celles des systèmes régulant les situations de non-travail, la dynamique impulsée par l'État redouble la

---

<sup>1</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit., p. 20.

<sup>2</sup> En ce sens, le travail de Robert Castel (*Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit.) a marqué un tournant significatif.

<sup>3</sup> Il s'agit de « lutter contre une dichotomie devenue fréquente qui consiste à analyser séparément, dans des systèmes d'interprétation disjoints, la montée en force de la flexibilité productive et l'analyse de ses conséquences sociales », in APPAY B., « Précarisation sociale et restructurations productives », op. cit., p. 518.

précarisation issue de la sphère productive : dans l'hypothèse démocratique d'un État social, les deux dynamiques devraient être contradictoires. N. Murard<sup>1</sup> montre par exemple comment le régime d'assurance-chômage s'est dégradé depuis une vingtaine d'années (niveau des prestations en diminution, augmentation des durées d'affiliation nécessaires pour être indemnisé) et, plus généralement, comment le système de protection sociale a produit un éclatement de son public en de multiples catégories différentes.

Le mouvement de fond, souligné également par la mise en perspective historique de R. Castel, est celui d'une dissociation entre les principes d'*assurance* et d'*assistance* sociales : « sous la double contrainte du chômage et du déséquilibre démographique, le système des protections sociales se trouve pris en tenaille. Il se produit un glissement d'un système d'assurances, selon lequel les actifs payaient surtout pour les actifs, à un système de solidarité nationale, pour lequel les actifs devraient payer surtout pour des inactifs de plus en plus nombreux<sup>2</sup> ». Les protections attachées de façon inconditionnelle à l'emploi ne suffisent plus : on voit dès lors comment le cœur de la société salariale, qui trouve sa cohérence dans l'équilibre entre les populations aptes au travail et celles qui ne peuvent pas travailler, est mis en défaut<sup>3</sup>.

Ainsi peut-on parler de crise de l'État-Providence, sans toutefois transformer cette crise en une disparition : l'État social continue de réguler des pans entiers de la société<sup>4</sup>. Mais tout en demeurant central et fort, l'État national est déstabilisé, par le haut avec l'Europe et plus largement la mondialisation de l'économie, et par le bas avec le développement de la décentralisation qui est aussi une re-territorialisation des pouvoirs.

---

<sup>1</sup> MURARD N., « Assurance et sécurité sociale. Un éclatement des solidarités », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, op. cit., pp. 151-163.

<sup>2</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit., p. 396. D. Schnapper souligne que la position sociale des individus est de plus en plus liée à leur rapport avec le système de protection sociale, et non plus principalement à leur place dans le système productif. Il en résulte une multitude de statuts sociaux, certains étant liés à l'emploi (emploi à statut/emploi sans statut, chômage, retraite), d'autres issus de la solidarité nationale (AAH, primes du RMI). Se pose alors la question de leur correspondance avec les *status* au sens sociologique, cf. : SCHNAPPER D., « Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux », *Revue française de sociologie*, vol. XXX, 1989, pp. 3-29.

<sup>3</sup> Pour une analyse au niveau européen des liens entre emploi flexible et protection sociale, voir : VIELLE P., WALTHERY P., *Flexibility and social protection*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2003.

<sup>4</sup> Pour une analyse critique de cette notion de « régulation », voir Alain SUPLOT, préface à l'édition Quadrige de *Critique du droit du travail*, op. cit. : « ces nouvelles formes de "régulation" ne signifient nullement un retour à l'État minimum et un abandon pur et simple des relations sociales à la sphère privée. Elles se traduisent plutôt par une politique de "gouvernement par objectifs" qui laisse aux partenaires sociaux le choix des voies et des moyens pour atteindre ces objectifs » (p. XXVIII).

Re-territorialisation, mais aussi ré-individualisation des protections : puisque la logique assurancielle collective nationale atteint ses limites, on assiste au retour d'une logique assistancielle individualisée. La protection sociale (par le biais notamment des politiques « d'insertion », dont R. Castel montre la profonde différence avec les politiques « d'intégration ») s'applique de plus en plus à des publics ciblés selon la spécificité individuelle des situations<sup>1</sup>, dans une logique de *contrat*, s'opposant à la logique universaliste du régime de l'assurance sociale qui avait inventé le *statut* de « l'ayant-droit » abstrait et, d'une certaine façon, dés-individualisé. Dans cette désinstitutionnalisation des formes d'administration du social, l'ouverture d'un droit est subordonnée à des attributs *personnels*<sup>2</sup>, ce qui a pour effet de conférer aux intervenants sociaux l'exercice d'une « magistrature morale » dont on peut se demander dans quelle mesure elle ne réactive pas l'ancienne (mais toujours vivace) distinction entre « bons pauvres » et « mauvais pauvres ». « Quelles garanties a-t-on que les nouveaux dispositifs "transversaux", "partenariaux", "globaux" etc., ne donnent pas naissance à des formes de néopaternalisme ?<sup>3</sup> ». La question est en effet fondamentale, car elle interroge la capacité de la société salariale à être une « société de semblables », dont les membres s'inscrivent dans « un continuum de positions sociales non pas égales mais comparables, c'est-à-dire compatibles entre elles et interdépendantes<sup>4</sup> ».

Finalement, c'est un même mouvement qui traverse le monde du travail et celui de la protection sociale – ce qui n'a rien d'étonnant puisque la société salariale, qui peut être définie comme un mode de domestication du capitalisme, est précisément fondée sur l'étroite cohésion entre les deux sphères. Dans le travail comme dans le système de protection sociale se développent une ré-individualisation, une re-contractualisation, une flexibilisation (certains vont jusqu'à parler d'une « marchandisation ») des rapports sociaux. Le transfert des risques sur les salariés et les sous-traitants ou la sollicitation des travailleurs en tant que personnes s'inscrivent dans la même logique que la réactivation de formes assistanciennes de

---

<sup>1</sup> RMI, politiques locales d'aide sociale, multiples formes de contrats supposés favoriser un retour à l'emploi.

<sup>2</sup> On retrouve ici la place centrale du « projet », qui caractérise désormais les pratiques valorisées tant dans le monde du travail que dans celui des politiques d'insertion.

<sup>3</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit., p. 471.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 470.



« protection rapprochée » : il s'agit d'un « renvoi sur des agencements singuliers de tout ce que les régulations collectives ne peuvent plus commander<sup>1</sup> ».

Au-delà de ces remises en question profondes du modèle salarial, c'est aussi une certaine représentation de l'histoire et de l'avenir qui devient difficile à maintenir : celle du progrès comme accumulation de régulations et de compromis permettant à tous d'espérer des lendemains meilleurs. C'est là un revirement important : le progrès social est désormais dissocié du progrès technico-économique. Une partie de la classe ouvrière et des salariés de la classe moyenne voit s'inverser ses perspectives en termes de mobilité sociale : alors que la consolidation de la société salariale leur avait assuré une intégration forte et ménagé des voies d'ascension sociale, ces catégories ne peuvent plus espérer grand-chose aujourd'hui et ont, par contre, tout à perdre.

Mais si l'on peut parler d'un déclin de la société salariale et du modèle de la « propriété sociale<sup>2</sup> » qu'elle a instauré, il faut se garder d'y voir un « simple » retour en arrière : l'insécurité contemporaine est une insécurité *d'après les protections*<sup>3</sup>, qui ne peut être comprise dans sa complexité que référée à l'histoire de la société salariale comme construction d'un équilibre sociétal, certes conflictuel, mais stabilisé ; histoire elle-même inscrite dans (et pour partie, génératrice de) la puissante montée en force d'un « individualisme de masse<sup>4</sup> ». Il s'agit donc de prendre acte d'une nouvelle problématique du risque, et non d'affirmer un retour mécanique à l'insécurité des sociétés pré-salariales<sup>5</sup>.

Il faut se garder également de parler trop vite de « fin » de la société salariale (que ce soit pour le déplorer ou s'en réjouir) : le modèle est toujours là, même s'il fonctionne moins bien, et force est de constater que l'on peine à imaginer son dépassement ou son remplacement par d'autres formes d'organisation sociale.

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 472.

<sup>2</sup> CASTEL R., HAROCHE C., *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard, 2000.

<sup>3</sup> Cette idée est développée dans CASTEL R., *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Seuil, 2003.

<sup>4</sup> Selon l'expression de Marcel Gauchet citée par R. Castel (*Les métamorphoses de la question sociale, op. cit.*, p. 395).

<sup>5</sup> De même, je souscris à la critique faite par B. Appay de l'idée selon laquelle la précarisation de l'emploi et du système productif constituerait un retour à la « norme » : la précarité serait l'état « normal », au sens d'état de nature, des rapports de production. En plus d'être totalement a-historique, cette conception alimente la réification de dynamiques dont l'analyse montre qu'elles ne sont ni inévitables ni universelles. Cf. : APPAY B., « Précarisation sociale et restructurations productives », *op. cit.*, p. 517.

## 2. Travail, emploi et « question sociale » : quelles perspectives ?

---

*« C'est une évidence qu'un système social qui ne réussit plus à satisfaire les classes qu'il est censé servir en priorité (c'est-à-dire, dans le cas du capitalisme, la bourgeoisie) est menacé, quelles que soient les raisons pour lesquelles il n'y parvient plus et qui ne sont pas toutes maîtrisables par les acteurs qui détiennent ou croient détenir le pouvoir ».*

Luc Boltanski et Ève Chiapello<sup>1</sup>

S'il est acquis que l'emploi est encore aujourd'hui le lieu où se joue une part essentielle du destin social d'une grande majorité de la population, il est clair néanmoins que la situation actuelle repose avec acuité la « question sociale », qui est celle de la place, de l'utilité et de la reconnaissance sociales accordées à chacun dans une société démocratique. Peut-on, et à quelles conditions, continuer à fonder la citoyenneté, puisque c'est de cela qu'il s'agit, sur la base de la participation à l'activité productive ? Et si ce n'est pas le cas, quelles autres perspectives peut-on envisager ? Je présenterai très brièvement quelques propositions présentes dans les débats récents, dont la diversité à la fois de fond et de ton – du diagnostic désabusé aux prophéties enthousiastes – montre combien le sujet est riche et la question grandement ouverte.

### *a) Panser ou repenser le salariat*

Une première hypothèse consisterait à tenter de maintenir le modèle salarial en s'efforçant de lui restaurer une stabilité, une cohérence et une efficacité qui, compte tenu des changements de diverse nature qui ont marqué les dernières décennies, doivent être ajustées aux tendances actuelles. Si la raréfaction des emplois est mise au centre de l'analyse, le partage du temps de travail s'impose alors comme une solution logique. Mais elle n'est pas sans poser de nombreux problèmes<sup>2</sup>, à

---

<sup>1</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit., p. 28.

<sup>2</sup> BOISARD P., « Partage du travail : les pièges d'une idée simple », in BOISARD P. (dir.), *Le travail, quel avenir ?*, Paris, Gallimard, 1997, pp. 161-174.

commencer par celui de la non-équivalence entre les emplois : il n'y a pas d'interchangeabilité mécanique entre des emplois qui supposent des qualifications et des expériences professionnelles hétérogènes. De plus, on a vu précédemment comment, dans certains cas, la réduction du temps de travail s'accompagne d'une intensification du travail qui n'est pas bénéfique pour les salariés sur le plan de leur santé et de leur bien-être. Enfin, même créatrice d'emplois, cette mesure n'est sans doute pas suffisante pour retrouver une situation de plein emploi.

Une autre façon d'envisager l'avenir consiste non plus à « panser » un salariat qui a quitté son apogée des Trente Glorieuses, mais à tenter de le *repenser*, en prenant acte du fait que l'emploi, qui s'inscrit désormais de façon irrégulière et discontinue dans les parcours individuels, n'est plus garant de protections tout au long de la vie. Dès lors, et si l'on veut que des protections continuent d'exister, il faut qu'elles soient relativement indépendantes de la situation professionnelle. C'est l'idée de « contrat d'activité » proposée par le rapport Boissonnat<sup>1</sup>, ou bien celle de « droits de tirage sociaux » développée par Alain Supiot<sup>2</sup>. Dans ces deux approches<sup>3</sup>, l'idée centrale est qu'il est nécessaire de construire un « au-delà de l'emploi » (A. Supiot), que l'on peut concevoir comme un mixte entre salariat et travail indépendant, et qui permettrait de conserver à la fois les protections et le statut du premier, la non-subordination et la libre mobilité du second. Désindexer les protections de la situation professionnelle ponctuelle (et changeante) permettrait alors de réintroduire de la continuité dans les parcours individuels, de « sécuriser les trajectoires » en évitant les ruptures de statut entre deux contrats de travail, et ainsi d'accompagner une mobilité qui ne soit pas une précarité (la formation tout au long de la vie est un support essentiel de ces approches). Des propositions similaires inspirées des modèles nord-européens de « flexisécurité » et des analyses de G. Esping-Andersen<sup>4</sup> sont également portées en France par B. Gazier<sup>5</sup> notamment<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> BOISSONNAT J. (dir.), *Le travail dans vingt ans*, Rapport du Commissariat général au Plan, Paris, Odile Jacob/La Documentation française, 1995.

<sup>2</sup> SUPIOT A., *Critique du droit du travail*, op. cit. ; SUPIOT A. (dir.), *Au-delà de l'emploi*, Paris, Flammarion, 1999.

<sup>3</sup> Que j'associe ici dans une présentation schématique, mais qui présentent des différences.

<sup>4</sup> ESPING-ANDERSEN G., *Les trois mondes de l'État-Providence*, Paris, PUF, 1999, cité in MÉDA D., *Le travail*, Paris, PUF, 2004, p. 78.

<sup>5</sup> GAZIER B., *Tous « sublimes ». Vers un nouveau plein emploi*, Paris, Flammarion, 2003.

<sup>6</sup> Pour une vue d'ensemble de ces questions, cf. : YEROCHEWKI C. (dir.), *Souplesse et sécurité de l'emploi : orientations d'études et de recherches à moyen terme*, DARES, Document d'études n° 71, 2003.

Le diagnostic de mort annoncée du salariat est également partagé, mais dans une tout autre perspective, par un courant ultra-libéral anglo-saxon dont le représentant le plus connu en France est W. Bridges<sup>1</sup>. S'appuyant sur l'idée (objectivement fondée) que l'emploi salarié n'est qu'une des formes possibles du travail, ce courant considère la forme « salariat » comme d'ores et déjà périmée. Mais pour ces auteurs, c'est une bonne nouvelle, car cela va permettre de « libérer » le travail de ce carcan trop rigide et trop peu réactif. Il s'agit donc, en poussant encore davantage la logique de l'externalisation et du réseau, d'aller vers des formes de travail (et de travailleurs) plus fluides et plus mobiles, avec l'image du travailleur indépendant pour modèle d'aspiration, et le contrat commercial pour unique régulation. Dans cette vision, le travailleur n'appartient plus à une entreprise qui n'est plus qu'un répartiteur de projets : il *est* l'entreprise. Il est évident que cette conception jette avec l'eau du bain salarial l'ensemble des protections et des assurances sociales, des garanties et des régulations collectives élaborées pendant les deux siècles de conflits et de compromis qui ont fait l'histoire du salariat. Autant dire qu'il est difficile d'adhérer à une telle « solution ».

Un autre courant défend l'idée qu'il faudrait passer du concept de travail à celui d'« activité » en favorisant, parallèlement à l'emploi classique, le développement d'activités « socialement utiles » dans un tiers-secteur spécifique où se déploieraient des « nouvelles formes de travail » essentiellement centrées sur des services aux personnes. Cette proposition est l'objet d'une vive critique de la part de R. Castel (entre autres), qui souligne le risque accru de dualisation entre le secteur des emplois « normaux » et un secteur « ghetto » exploitant les travailleurs (et, on peut le penser, surtout les travailleuses) d'une néo-domesticité régressive. Plus fondamentalement, en visant à procurer une activité à tous, cette approche néglige de s'interroger sur « les conditions qui font de l'emploi un vecteur de la dignité de la personne. Une société de "pleine activité" n'est pas pour autant une société de pleine dignité<sup>2</sup> ».

Des suggestions qui pourraient sembler proches (dans le sens où elles prônent la création d'un secteur « à part ») sont développées au sein du courant théorique dit de l'« économie sociale » (ou solidaire). Cependant il n'est pas question ici, pour

---

<sup>1</sup> BRIDGES W., *La conquête du travail*, Village mondial, 1995.

<sup>2</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, *op. cit.*, p. 448.

exploiter des « gisements d'emplois », d'introduire la logique marchande dans les sphères où elle n'est pas encore présente, mais au contraire de « dé-marchandiser » le social, en contestant la prétention du capitalisme à investir aussi les échanges interpersonnels. Il s'agit donc, radicalement, de viser à ce qu'une partie au moins du travail ne relève plus de l'économie marchande, tout en gardant un réel souci d'efficacité économique. Encore peu développées, ces initiatives sont, selon T. Coutrot, « le gage précieux qu'une autre économie est possible<sup>1</sup> » et présentent pour D. Méda « le considérable intérêt de remettre le travail au cœur des débats politiques<sup>2</sup> ».

Ce ne sont là que quelques ébauches pour ouvrir une réflexion que je ne prolongerai pas ici, mais qui sont porteuses d'éventuels modèles d'avenir. Il me semble finalement que l'on peut souscrire au jugement de R. Castel, qui estime qu'« il n'existe pas à ce jour d'alternative crédible à la société salariale », si l'on entend par « alternative » une organisation sociale radicalement différente, et si « crédible » signifie que ce modèle alternatif devrait être démocratique et répondre à la double exigence de progrès social et d'efficacité économique. Certaines des propositions que je viens d'évoquer très rapidement me semblent cependant constituer des pistes potentielles cohérentes et raisonnables pour préserver le modèle salarial tout en le réagençant. Le fait qu'elles nécessiteraient, pour devenir des réalisations effectives, une puissante volonté politique (internationale qui plus est) n'est pas le moindre des problèmes qu'elles soulèvent.

Une autre façon de réfléchir à l'avenir du salariat peut être trouvée dans les analyses récentes autour de l'idée de « qualité de l'emploi » et de « travail soutenable » ou « travail décent ». Ces approches me semblent particulièrement intéressantes dans la mesure où elles constituent une manière transversale de ressaisir l'ensemble des problèmes qui se posent autour de l'emploi et du travail, et qui ne sont pas uniquement quantitatifs. C'est d'abord au niveau de l'Organisation internationale du Travail et du Bureau international du travail (qui a lancé en 2000

---

<sup>1</sup> COUTROT T., *Critique de l'organisation du travail*, op. cit., p. 87.

<sup>2</sup> MÉDA D., *Le travail*, op. cit., p. 74.

une campagne de promotion du « travail décent<sup>1</sup> » dans le monde), puis des instances européennes, que ce concept a été développé. En 2001, le Conseil européen a élaboré une liste d'indicateurs de la qualité de l'emploi, articulés autour de dix dimensions qui concernent à la fois les aspects internes du travail, les caractéristiques de l'emploi, le dialogue social et la participation des travailleurs, la non-discrimination (sexuelle ou de toute autre nature) entre les travailleurs, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, mais aussi, parce que la qualité du travail doit être pensée tout au long de la vie (« travail durable »), la formation et les perspectives de carrière<sup>2</sup>. La notion de « travail soutenable » permet également de réfléchir aux critères qui rendent le travail supportable pour les travailleurs vieillissants, et aux moyens de favoriser l'emploi après 50 ou 55 ans. L'ensemble de ces réflexions vise à penser conjointement conditions de travail et place du travail dans la durée de la vie professionnelle : il y a là un enjeu majeur et un défi stimulant pour les sociétés construites autour du travail, dont la nôtre fait partie – peut-être plus pour longtemps ?

### ***b) Dépasser l'hégémonie du travail ?***

C'est un fait, et personne ne le conteste, que le travail est depuis deux siècles un lieu majeur de l'intégration sociale, c'est-à-dire un support central de construction des identités individuelles et collectives, des statuts sociaux et des liens de sociabilité (y compris dans la conflictualité). R. Castel a bien montré que, dans la société salariale, le travail est bien plus que le travail : c'est un lieu essentiel de socialisation, d'intégration et de cohésion sociales. Ce n'est certes pas le seul : la famille, l'école, les pratiques de loisirs sont également des pivots de la participation de chacun à la vie sociale, mais il faut bien voir que c'est par le travail, et surtout sous la forme de l'emploi salarié, que l'intégration dans d'autres sphères a pu se faire. En d'autres termes, la possibilité de participer à autre chose que le travail s'est construite à travers la stabilisation et la régulation du travail lui-même. Dès lors, le non-travail est beaucoup plus que le chômage, c'est la rupture d'un lien social

---

<sup>1</sup> STANDING G., « Enquêtes sur la sécurité des personnes : vers un indicateur du travail décent », *Revue internationale du travail*, vol. 141, n° 4, 2002.

<sup>2</sup> BRUNET F., « Un enjeu : la qualité de l'emploi », in *Données sociales 2002-2003*, *op. cit.*, pp. 225-234.

majeur<sup>1</sup>. C'est en ce sens que R. Castel estime que les problèmes qui se cristallisent actuellement autour du travail et de l'emploi posent rien moins que la « question sociale », c'est-à-dire celle de la cohésion sociale tout entière.

Ces problèmes ravivent également la question du statut du travail, c'est-à-dire de sa centralité – nécessaire ou contingente – dans l'organisation sociétale. La France a ainsi connu ces dernières années un renouveau du débat sur la « fin du travail ». Je n'en reprendrai pas ici le détail, parce que cela dépasserait le cadre de cette thèse, mais aussi et surtout parce que ce « débat », comme le souligne Y. Benarrosh, ressemble plutôt à un « dialogue de sourds<sup>2</sup> ». Pour le dire vite : un certain nombre d'auteurs, prenant acte des difficultés structurelles de l'emploi et d'un chômage massif qui continue d'augmenter, et élargissant le point de vue de l'emploi au travail, ont essayé d'imaginer ce que serait une société où le travail n'aurait plus la place centrale qu'il a aujourd'hui<sup>3</sup>. Le « débat » s'est avivé lorsque d'autres auteurs leur ont reproché d'enterrer avec trop de hâte et d'insouciance le modèle salarial et ses garanties collectives. Or, le malentendu vient du fait que les défenseurs désignés de la « fin du travail » n'ont jamais souhaité que cette fin arrive, ni ne se sont réjouis de la crise du salariat<sup>4</sup>. Ils ont plutôt saisi cette occasion pour revenir à une réflexion de fond sur la nature, la définition, la place du travail dans une société en général, et dans la nôtre en particulier. Ainsi le formule D. Méda (dont l'ouvrage *Le travail, une valeur en voie de disparition*<sup>5</sup> a été largement commenté et critiqué dans le cadre du « débat » sus-mentionné) : « tous ceux – dont je fais partie – qui, à travers des titres trop provocants, ont souhaité sinon la fin, du moins la réduction de la place accordée au travail dans nos sociétés, ne l'ont jamais fait au nom d'hypothétiques loisirs, mais au nom d'un travail plus humain et d'un meilleur équilibre entre les temps et les rôles affectés aux différentes activités humaines dont une société a besoin<sup>6</sup> ».

---

<sup>1</sup> LINHART D., RIST B., DURAND E., *Perte d'emploi, perte de soi*, Toulouse, Érès, 2002.

<sup>2</sup> BENARROSH Y., *Le travail : norme et signification*, CEE, Document de travail n° 4, 2000, 19 p.

<sup>3</sup> Pour un aperçu critique de quelques-uns de ces auteurs, voir : GROZELIER A.-M., *Pour en finir avec la fin du travail*, Paris, Éditions de l'Atelier/Éditions ouvrières, 1998.

<sup>4</sup> Sauf bien sûr les tenants d'une vision néolibérale – et peut-être, à l'opposé, A. Gorz, qui dans une approche radicalement anticapitaliste et dénonciatrice de l'asservissement par le travail, préconise la création d'un « revenu d'existence » et la sortie définitive d'une civilisation du travail, cf. : GORZ A., *Misères du présent, richesses du possible*, Paris, Galilée, 1997 ; « Le travail fantôme », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail, op. cit.*, pp. 30-39.

<sup>5</sup> MÉDA D., *Le travail, une valeur en voie de disparition*, Paris, Aubier, 1995.

<sup>6</sup> MÉDA D., « Comment réhabiliter le travail ? », *Le Monde*, 30 octobre 2003.

Il ne s'agit donc pas de (ré)clamer la « fin » du travail mais d'affirmer qu'il n'est peut-être pas notre seul destin. D. Méda invite ainsi à interroger la conception dominante du travail, qui en fait une activité humaine fondamentale, une sorte d'invariant anthropologique non discuté, posé par principe comme le support indépassable de l'organisation sociale. Le travail est-il vraiment par nature la figure suprême du lien social ? « N'avons-nous pas trop chargé la barque du travail et de l'emploi, devons-nous à ce point leur livrer nos destinées, n'y a-t-il de mise en valeur du monde que productive ?<sup>1</sup> ». On peine pourtant à imaginer une société, une existence sociale fondées sur autre chose que le travail. Et pourtant, le panorama historique retracé par D. Méda le montre : de la Grèce antique aux sociétés pré-capitalistes, le concept de travail n'est pas une catégorie pertinente d'analyse des activités humaines. Tel que nous le concevons aujourd'hui, ce concept est l'aboutissement d'une construction sociale relativement récente<sup>2</sup>. Il est un « conglomérat », l'« héritage non démêlé » de trois dimensions : « le travail comme *facteur de production*, comme *essence de l'homme* et comme *système de distribution* des revenus, des droits et des protections<sup>3</sup> ». D. Méda défend l'idée que, bien qu'il soit pour des raisons historiques devenu le lien social majeur, le travail n'est pas pour autant l'essence même de ce lien, qui se situe selon elle dans le lien politique, c'est-à-dire dans la participation de chacun à l'élaboration des règles fondamentales qui encadrent la vie en société (Constitution, lois, institutions politiques, etc.). Ainsi, la redistribution de l'activité politique lui semble plus urgente que celle du travail.

Relativiser la place du travail pour accroître celle des autres activités tout aussi utiles à l'homme, tel est le projet que soutient D. Méda : « par société de pleine activité, il faut donc entendre une société où chaque individu se voit garantir l'accès à la gamme diversifiée des activités humaines (...). On voit par là que l'idée de

<sup>1</sup> MÉDA D., *Le travail*, op. cit., p. 5.

<sup>2</sup> M.-N. CHAMOUX, dans une approche anthropologique, montre que le travail est une notion ethnocentrique et historiquement datée : « le lien entre travail, qualifications, statut social et identité, tel que nous le connaissons, n'est pas une constante, mais une configuration possible parmi d'autres », in « Sociétés avec et sans concept de travail », *Sociologie du travail*, Hors-série, 1994, p. 68. Sur la définition du « travail », voir également : CHAMOUX M.-N., « Sens et place du travail dans les sociétés », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, op. cit., pp. 15-23 ; BENGUIGUI G., « Travail et classes moyennes », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXXIX, 1990, pp. 253-272 ; COTTEREAU A., « Théories de l'action et notion de travail. Note sur quelques difficultés et quelques perspectives », *Sociologie du travail*, hors-série, 1994, pp. 73-89.

<sup>3</sup> MÉDA D., *Le travail*, op. cit., p. 22. R. Pinard montre également, à travers une analyse socio-historique, que le sens attribué au travail est indissociable du type de société dans laquelle il se déploie, cf. : PINARD R., *La révolution du travail. De l'artisan au manager*, op. cit.



pleine activité déborde largement le seul cadre productif pour embrasser, dans sa diversité et sa richesse, la palette des activités humaines nécessaires à l'épanouissement individuel et à la vie sociale<sup>1</sup> ». Cela ne rend pas moins nécessaire d'œuvrer à son amélioration pour le rendre toujours plus supportable et plus humain – ou, selon la formulation de P. Askenazy, de « reposer le travail<sup>2</sup> », c'est-à-dire de s'interroger sur ses formes actuelles et futures, déplorables ou souhaitables.

Qu'en est-il aujourd'hui des perspectives d'avenir du travail en tant que norme statistique majoritaire d'une part, en tant que valeur sociale dominante, reconnue et partagée d'autre part ? Sur le premier point, on peut rappeler très rapidement la tendance à la baisse globale du temps de travail dans les sociétés industrielles<sup>3</sup>. On peut penser également aux analyses selon lesquelles, corrélativement, le temps des loisirs<sup>4</sup>, le temps « libre » ne serait plus un temps résiduel mais, de plus en plus, le temps structurant de la vie sociale et personnelle<sup>5</sup>. Par ailleurs, et bien que ce point ne fasse pas l'objet d'un consensus<sup>6</sup>, il semble bien que le développement technologique des activités de production (du moins tel qu'il est mis en œuvre dans le contexte actuel) fera diminuer encore davantage le besoin total en travail humain<sup>7</sup>. Tous ces aspects accréditent l'idée que le travail, en tant qu'activité productive rémunérée, occupera de moins en moins de personnes et de temps. On peut parler dans ce sens d'une perte de la centralité du travail comme activité normale et principale d'une majorité d'individus.

Quant au deuxième aspect<sup>8</sup>, celui du travail en tant que valeur sociale, activité légitime et désirable, valorisée pour de multiples raisons, est-il appelé à demeurer aussi prégnant ? On peut en douter si l'on considère la tendance à la dégradation des conditions et des environnements de travail : pour un grand nombre de

---

<sup>1</sup> MÉDA D., « La fin de la valeur "travail" ? », in BOISARD P. (et al.), *Le travail, quel avenir ?*, op. cit., p. 239.

<sup>2</sup> ASKENAZY P., *Les désordres du travail*, op. cit., p. 93.

<sup>3</sup> MARCHAND O., THÉLOT C., *Le travail en France. 1800-2000*, Paris, Nathan, 1997.

<sup>4</sup> SUE R., *Temps et ordre social*, op. cit. ; VIARD J., *Le sacre du temps libre*, Paris, L'Aube, 2002. D. Méda développe une critique de ces thèses dans *Le travail*, op. cit.

<sup>5</sup> Cette tendance semble cependant infirmée (ou relativisée) par les dernières enquêtes Emploi du Temps de l'INSEE, cf. : CHENU A., HERPIN N., « Une pause dans la marche vers la civilisation des loisirs », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 15-37.

<sup>6</sup> Cf. : FREYSSINET J., « Le progrès technique et l'emploi », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, op. cit., pp. 273-278.

<sup>7</sup> C'est la thèse défendue notamment par J. RIFKIN dans *La fin du travail*, trad. fr. : Paris, La Découverte, 1996.

<sup>8</sup> La dissociation des deux dimensions (norme/valeur) que j'effectue ici à des fins de clarté est en partie artificielle, les deux aspects étant bien sûr étroitement liés.

personnes, le travail n'est pas une source de bonheur et de satisfactions. On voit également apparaître un « autre discours » sur le travail (ou plutôt réapparaître, dans la lignée de la dénonciation de l'aliénation au travail) venant de personnes qui, à la suite d'un licenciement ou d'une interruption involontaire de l'activité professionnelle, s'aperçoivent qu'elles peuvent vivre autrement (notamment en reconsidérant à la baisse leurs « besoins » de consommation), entrent dans un processus de désocialisation au travail et de resocialisation au non-travail<sup>1</sup>, et finalement rejettent un modèle (dont elles ont souvent été rejetées d'abord) qui consiste à « perdre sa vie à la gagner ». Enfin, parmi les actifs, qu'ils soient salariés ou indépendants, de plus en plus nombreuses sont les personnes qui souhaiteraient disposer de davantage de temps pour leur vie personnelle et familiale<sup>2</sup>, ce qui peut être interprété comme l'indice d'un certain recul de la norme du travail comme occupation principale de la vie.

Pour finir, je m'arrêterai sur deux enquêtes qui permettent d'interroger la centralité du travail dans la société actuelle. La première, intitulée « Travail et modes de vie », a posé à 6000 répondants la question suivante : « *qu'est-ce qui est pour vous le plus important pour être heureux ?* ». Le travail, sous des appellations variées (« l'emploi », « avoir du travail », « se sentir bien dans son travail », etc.<sup>3</sup>), arrive en deuxième position parmi les composantes du bonheur (après la santé). Il est cité par 27% des répondants. L'un des résultats marquants mis au jour est la forte variabilité sociale de la place du travail dans le bonheur : « ce sont les catégories dont les conditions de travail sont les plus pénibles, les rémunérations les plus faibles et les risques de chômage les plus forts qui font du travail l'une des conditions essentielles au bonheur<sup>4</sup> ». Ainsi, 43% des ouvriers font référence au travail, pour 27% des cadres, chefs d'entreprise et professions libérales. Le rapport à l'emploi marque aussi une distinction importante : 43% des chômeurs et 45% des salariés en emploi précaire mentionnent le travail comme condition du bonheur, pour 31% des salariés en CDI. Comment comprendre ces réponses ? C. Baudelot et M. Gollac écartent tout

---

<sup>1</sup> « *De pas travailler, ça s'apprend* », dit une jeune femme rmiste dans le documentaire de P. CARLES, C. COELLO et S. GOXE, *Danger-Travail. Un autre discours sur le travail* (2003).

<sup>2</sup> MÉDA D., ORAIN R., « Transformations du travail et du hors travail : le jugement des salariés sur la réduction du temps de travail », *op. cit.*

<sup>3</sup> Ces différents termes ne sont bien sûr pas interchangeables et révèlent chacun un rapport spécifique au travail.

<sup>4</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, *op. cit.*, p. 66.

d'abord l'hypothèse du manque, selon laquelle c'est l'absence de travail qui en susciterait le désir et en accroîtrait l'importance subjective. Cette explication ne vaudrait en effet que pour les catégories concernées par le chômage ou la précarité de l'emploi, or la tendance est plus fondamentale : « le travail est de moins en moins mentionné à mesure que l'on s'élève dans l'échelle sociale<sup>1</sup> ». De plus, il faudrait alors appliquer le même raisonnement aux autres répondants et aux autres réponses, et postuler que les catégories supérieures seraient en manque d'harmonie entre vie professionnelle et vie personnelle, ou de réussite conjugale, puisqu'elles citent ces éléments comme composantes du bonheur... L'explication semble plutôt passer par l'analyse des différentes conceptions du bonheur, dans lesquelles le travail occupe des places variables : « pour les uns, "avoir un travail", "avoir du travail" est une condition nécessaire pour accéder au bonheur, tandis que pour ceux qui disposent déjà dans la vie de ressources suffisantes et multiples, "travailler" est une activité qui constitue seulement l'une des composantes d'un bonheur conçu comme un état ou un acte de construction volontaire<sup>2</sup> ». En résumé, l'enquête montre que les catégories populaires ont une conception du bonheur qui s'exprime plutôt dans le registre de l'*avoir* et des ressources matérielles (d'où l'importance de l'emploi comme source de revenu) ; tandis que les catégories les mieux pourvues en capital économique et culturel mettent en avant les registres de l'*être* et du *faire* à travers des éléments comme l'« harmonie » ou l'« équilibre » entre les différentes activités, dans une représentation du bonheur plus psychologique que matérielle. Cependant, les auteurs soulignent que la contribution du travail au bonheur vaut également pour ces groupes les mieux placés socialement, même s'ils ont tendance à sous-estimer la part du travail dans la réalisation de ce bonheur.

On voit ici qu'il est essentiel, pour questionner la centralité du travail, de prendre acte des différentes réalités sociales dans lesquelles il se concrétise. Poser la question de la centralité du travail dans l'absolu ou dans la société en général n'a donc guère de pertinence.

Il est nécessaire également de penser le travail comme une activité *parmi d'autres*, et de s'interroger dès lors sur son importance *relative* au sein de l'ensemble des

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 68.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 65.

sphères de l'existence. C'est ce que permet l'enquête « Histoire de vie-Construction des identités<sup>1</sup> ». Après un long questionnaire portant sur des grands domaines de la vie (situation familiale, nationalité, généalogie, famille, lieux, politique, religion, emploi, loisirs, santé...), on a demandé aux répondants de choisir les trois thèmes qui leur « *correspondent le mieux* » (ou « *qui permettent de définir qui ils sont* »)<sup>2</sup>. Là aussi, le travail occupe la deuxième place des réponses le plus souvent données, mais cette fois-ci loin derrière la famille (la santé - ou plutôt, ici, les problèmes de santé - n'arrivant qu'en 7<sup>e</sup> position). 54% seulement des actifs occupés citent le travail dans l'un de leurs trois choix (la famille étant citée par 87% de cette population). Le gradient social est inversé par rapport à la question sus-mentionnée sur les composantes du bonheur : le travail est d'autant plus cité comme un élément central de l'identité que le niveau socioprofessionnel est élevé. Ainsi, parmi les seuls actifs occupés, un tiers seulement des ouvriers non qualifiés ont désigné le travail comme composante de leur identité, tandis qu'à l'autre extrême, c'est le cas de 71% des cadres supérieurs<sup>3</sup>. L'identité par le travail se manifeste donc nettement davantage dans les catégories sociales élevées. Outre cet effet, un autre élément apparaît très discriminant : il s'agit de la présence d'enfants de moins de 11 ans, qui réduit la probabilité de se définir par le travail.

On retrouve ces deux effets dans les réponses à la question sur l'importance relative du travail : « *actuellement, diriez-vous que dans votre vie en général, votre travail : 1. est plus important que tout le reste, 2. est très important, mais autant que d'autres choses (vie familiale, vie personnelle, vie sociale etc.), 3. est assez important, mais moins important que d'autres choses (idem), 4. n'a que peu d'importance* ». 66% des actifs en emploi choisissent la deuxième réponse, et 25% choisissent la troisième. Les cadres et les indépendants sont plus nombreux à choisir l'une des deux premières réponses, manifestant ainsi la grande importance du travail dans leur vie (tout comme, précédemment, dans leur identité) ; tandis que les professions intermédiaires, employés et ouvriers « relativisent » davantage le travail par rapport aux autres

---

<sup>1</sup> Enquête réalisée par l'INSEE en 2003 auprès de 8403 individus (dont 4387 actifs occupés).

<sup>2</sup> Liste des 9 thèmes proposés : votre famille - votre métier, votre situation professionnelle, vos études - vos amis - une passion ou une activité de loisirs - les lieux auxquels vous êtes attachés - vos origines géographiques - un problème de santé, un handicap - vos opinions politiques ou religieuses ou vos engagements - votre physique ou votre apparence.

<sup>3</sup> Cf. : GARNER H., MEDA D., MOKHTAR J., *La place du travail dans l'identité*, DARES, Document d'étude n° 92, 2005 ; GARNER H., MEDA D., MOKHTAR J., « La place du travail dans l'identité des personnes en emploi », *Premières synthèses*, n° 01.1, 2004.

domaines de la vie. On retrouve également l'effet « charge de famille » : pour tous les actifs occupés, et plus spécialement pour les femmes, le fait d'avoir de jeunes enfants diminue l'importance relative attachée au travail. Cet effet extrinsèque au travail coexiste avec un effet intrinsèque lié aux conditions de travail et d'emploi. En effet, si les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers estiment plus souvent que le travail est pour eux « moins important que d'autres choses », il ne s'agit pas là d'un effet concurrentiel des activités non professionnelles : au contraire, le fait d'avoir d'autres activités (de loisirs, politiques, militantes, associatives...) est associé au fait d'accorder de l'importance au travail<sup>1</sup>. Si ces catégories accordent une moindre importance au travail, c'est plutôt en raison des bas salaires, des mauvaises conditions de travail ou d'emploi, du faible sens du travail ou du métier exercé. « Les personnes ayant de faibles qualifications et occupant des emplois peu payés, peu valorisés, indiqueraient à travers cette place relativement moins importante accordée au travail la faible reconnaissance qu'elles en retirent<sup>2</sup> ». Les jugements concernant l'importance relative du travail sont d'ailleurs concordants avec les réponses concernant la satisfaction dans le travail.

La mise en perspective de ces deux enquêtes permet donc de mettre en lumière l'ambivalence de la notion d'« importance » lorsqu'il s'agit du travail : selon que cette notion prend le sens d'une nécessité pour vivre ou d'un lieu de réalisation de soi, selon qu'elle se réfère au bonheur ou à l'identité, selon qu'elle est mise en balance avec d'autres activités ou non, les réponses changent radicalement. De plus, il faut souligner à quel point les effets des dynamiques de précarisation retracées dans ces deux chapitres sont visibles dans ces résultats. La dégradation des conditions de travail et d'emploi affecte profondément le statut du travail dans l'existence sociale, et cela de deux façons opposées : il est un « bien » d'autant plus précieux qu'il est plus incertain et plus fragile en termes d'emploi et donc d'intégration sociale et de conditions d'existence ; mais en même temps, plus pénible, moins satisfaisant et de plus en plus « illisible », il est partiellement désinvesti en termes de construction identitaire et concurrencé par d'autres sphères. C'est ce constat paradoxal qu'énonce R. Castel dans une subtile

---

<sup>1</sup> Ce résultat est d'ailleurs cohérent avec ce que l'on sait par ailleurs sur les activités de loisirs, qui sont surtout le fait des catégories les mieux pourvues financièrement, cf. : COULANGEON P., MENER P.-M., ROHARIK I., « Les loisirs des actifs : un reflet de la stratification sociale », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 39-55.

<sup>2</sup> GARNER H., MEDA D., MOKHTAR J., *La place du travail dans l'identité*, op. cit., p. 17.

formulation : « si le travail n'a pas perdu son importance, il a perdu beaucoup de sa consistance<sup>1</sup> ».

\*  
\* \*

Les deux chapitres de cette première partie avaient pour but de décrire la toile de fond dans laquelle prennent place les expériences contemporaines du travail et de l'emploi, qui seront étudiées à partir des données d'enquête sous l'angle quantitatif (chapitre IV) et qualitatif (chapitre VI).

Les développements des pages précédentes ont également permis de préparer l'analyse des modes d'articulation des expériences sociales de la santé et du travail. Comment les différentes dimensions de la précarisation du travail interagissent-elles avec la santé des salariés ? Comment ces résonances sont-elles perçues par eux, et qu'en disent de leur côté les médecins du travail ? Telles sont les questions auxquelles la deuxième partie va maintenant s'attacher à répondre.

---

<sup>1</sup> CASTEL R., *L'insécurité sociale, op. cit.*, p. 80.



**- DEUXIÈME PARTIE -**

**DES SALARIÉS AUX MÉDECINS DU  
TRAVAIL : DEUX POINTS DE VUE  
SUR LES RELATIONS SANTÉ-TRAVAIL-  
PRÉCARISATION**





Les trois chapitres de cette deuxième partie proposent une triple exploration des rapports entre santé et (précarisation du) travail. La première est de nature documentaire : le *chapitre III* présente une synthèse pluridisciplinaire des connaissances en matière de liens santé-travail, et analyse en particulier la façon dont ceux-ci sont à la fois renouvelés et complexifiés par les multiples composantes des dynamiques de précarisation du travail. Ce tour d'horizon théorique et empirique fournira des repères pour analyser ensuite, dans le *chapitre IV*, les perceptions et les jugements des 200 salariés midi-pyrénéens interrogés par questionnaire. Puis le *chapitre V* aborde l'objet sous un autre angle : celui des 50 médecins du travail dont les représentations et les expériences ont été recueillies par téléphone. Les deux points de vue<sup>1</sup> – celui des salariés, fondé sur leur confrontation directe aux enjeux de travail et de santé, et celui des médecins, construit dans leur pratique professionnelle – seront finalement mis en regard. Dans la perspective constructiviste adoptée ici, l'intelligibilité des relations santé-travail-précarisation ne se situe pas de façon privilégiée dans l'un ou l'autre de ces points de vue, mais dans leur complémentarité.

---

<sup>1</sup> La notion de *point de vue* désigne à la fois le contenu des perceptions et des interprétations élaborées par chaque groupe d'acteurs, et la place occupée dans l'espace social, qui délimite le champ de vision : le point de vue dépend de l'endroit d'où l'on regarde.



## Chapitre III

### **Santé, travail et précarisation : continuités et nouveaux enjeux**

En mars 2002, un quart des 32 millions de personnes qui travaillent ou ont déjà travaillé ont déclaré avoir un problème de santé durable (plus de 6 mois) ou un handicap<sup>1</sup>. Parmi elles, 20% attribuent ce problème à leur travail actuel ou passé. Dans plus des deux-tiers des cas le travail est à l'origine d'une maladie, et pour le reste les troubles sont les conséquences d'un accident de travail. Parmi ceux qui souffrent d'affections situées dans le dos et le cou ainsi que dans les membres supérieurs, plus de 40% font un lien avec le travail. Pour les affections localisées dans les membres inférieurs et pour les troubles auditifs, cette proportion est d'environ un quart. Enfin, 6% des dépressions et troubles psychiques sont attribués au travail.

Les catégories les plus enclines à établir un lien entre leurs problèmes de santé ou leurs handicaps et leur activité professionnelle sont d'abord les agriculteurs (30%), puis les ouvriers (27%) ainsi que les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (28%) ; viennent ensuite les professions intermédiaires, techniciens et contremaîtres (18%), les employés et personnels de services (16%), et enfin les cadres et les professions libérales (10%)<sup>2</sup>. Les hommes sont plus du quart à mentionner le travail comme cause de leur(s) trouble(s), tandis que les femmes ne sont que 15% dans ce cas.

Quelles remarques et interrogations peut-on tirer de ces constats ?

---

<sup>1</sup> WALTISPERGER D., « Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq », *Premières synthèses*, n° 19.1, 2002. Source : enquête « Insertion professionnelle des personnes handicapées » (complémentaire à l'enquête Emploi 2002). Champ : personnes de 15 à 64 ans en âge d'activité. Échantillon représentatif : 38 384 personnes, dont 8 947 ont déclaré avoir « un problème de santé depuis plus de 6 mois ou un handicap ».

<sup>2</sup> Ce classement correspond à une prévalence décroissante des troubles ou handicaps (à ceci près que les ouvriers sont un peu plus nombreux que les agriculteurs à déclarer un problème de santé : 31% pour 27%). Autrement dit, plus on déclare de troubles et plus on tend à les attribuer au travail.

On peut noter d'abord la proportion non négligeable de 5%, soit près de 1,7 million de personnes de 15 à 64 ans qui estiment être atteintes durablement dans leur santé, leur bien-être ou leur intégrité physique en raison de leur activité professionnelle.

On relève par ailleurs la très nette différenciation selon les catégories socioprofessionnelles, qui indique immédiatement que la question des relations entre santé et travail n'est pas dissociable de la thématique de la stratification sociale, dont le travail est l'un des opérateurs majeurs.

Ces quelques chiffres suscitent également une interrogation sur les processus d'altération de la santé par le travail : entre les activités de travail (les tâches, les gestes et les postures, les rythmes, les ambiances...) et la santé (physique, mentale, morale), quels liens, quelles dynamiques, quelles interactions ?

A un autre niveau, les chiffres cités posent la question de la perception par les individus eux-mêmes des effets pathogènes du travail. Une personne sur cinq attribue son problème de santé à son activité professionnelle : par quels biais cette relation a-t-elle été perçue et identifiée ? Dans quelles circonstances et avec quels autres acteurs sociaux ce lien est-il établi ? Par ailleurs, peut-on conclure à partir de ces résultats que 80% des troubles de santé durables et des handicaps n'ont pas à voir avec l'activité professionnelle exercée ? Et, symétriquement, les altérations de la santé par le fait du travail sont-elles réductibles à ces troubles durables ou handicaps ?

Les pages qui suivent proposent d'affiner ces questions et d'alimenter la réflexion sur les liens entre santé et travail, en puisant à différentes sources afin de rendre compte au mieux de la complexité et de la pluralité de ces inter-relations. La première section propose un bref retour sur l'histoire de la santé au travail, afin d'en retracer les lignes essentielles jusqu'au compromis qui caractérise la construction et la gestion sociales de cette relation depuis plus d'un siècle (§1). Je présenterai ensuite quelques réflexions sur les enjeux et les limites de la connaissance et de la reconnaissance des accidents de travail et des maladies professionnelles dans le système médico-administratif français actuel (§2). Enfin, après avoir souligné que l'intelligibilité des enjeux de santé au travail ne peut se passer d'une analyse des modes concrets d'organisation du travail, je présenterai un bilan des connaissances, ainsi que des questions encore ouvertes, concernant les relations entre précarisation du travail et santé (§3).

## 1. La construction historique de la santé au travail : entre réparation et prévention

---

*« I. - Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».*

*Code du Travail, art. L230-2.*

Alors même que les enjeux de santé et de sécurité sont au cœur des activités de travail, l'histoire de la santé au travail<sup>1</sup> montre que le traitement social, politique et législatif de ces enjeux est traversé par de profondes contradictions qui participent à la construction d'une certaine invisibilité sociale des questions de santé au travail. Se pencher sur cette histoire, c'est prendre la mesure de « cet immense écart entre *ce qui est connu*, en termes d'effets pathogènes du travail (risques industriels, conditions de travail, caractéristiques de l'organisation du travail) et *ce qui est reconnu* dans la législation de prévention et de réparation des atteintes liées au travail<sup>2</sup> ».

L'existence d'effets pathogènes du travail sur la santé des travailleurs est connue de longue date et décrite dès le XVII<sup>e</sup> siècle par de nombreux médecins et savants qui se sont intéressés aux maladies professionnelles. Il s'agissait alors de pathologies spécifiques, propres à des corps de métiers où l'espérance de vie était particulièrement courte : les « poumons noirs » des ramoneurs, les effets de la chaleur chez les travailleurs de la verrerie, les intoxications au plomb chez les peintres... Ces atteintes à la santé étaient attribuables à l'exposition des travailleurs à des substances pathogènes précises.

---

<sup>1</sup> Dont Annie Thébaud-Mony souligne qu'elle « reste à écrire, tant demeurent fragmentaires les travaux la concernant », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, p. 557. Pour une approche panoramique de la question à partir d'extraits bibliographiques, cf. : THÉBAUD-MONY A. (dir.), « Travail et santé », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 883, 2002.

<sup>2</sup> APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, p. 561.

Mais avec les transformations du travail qui se déploient au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, ce modèle explicatif ne suffit plus. L'industrialisation massive, avec le développement du machinisme et la mise au travail dans des conditions extrêmement intensives d'un grand nombre d'individus, donne naissance à la « condition prolétarienne ». La question des liens entre travail et santé se déplace avec le constat d'une morbidité qui ne semble plus spécifique à des agents pathogènes précisément identifiables, mais traverse toutes les catégories ouvrières, et que cristallise une tuberculose pandémique. « Derrière elle se révèlent peu à peu les conditions réelles du nouveau travail industriel : journées de 13 heures, travail des enfants, rendements démesurés, salaires de misère<sup>1</sup> ». Cette mortalité ouvrière ne peut plus être ignorée et devient peu à peu un problème social, sous l'influence de dynamiques hétérogènes : outre l'indignation de « philanthropes sincères<sup>2</sup> » préoccupés d'améliorer le sort des travailleurs, outre également les revendications du mouvement ouvrier qui commence à s'organiser<sup>3</sup>, le mauvais état de santé des travailleurs pose un problème national autrement plus « pragmatique » : « alors que l'État se lance dans les guerres coloniales, on s'aperçoit qu'on a le plus grand mal à recruter des jeunes soldats au sein de la classe ouvrière : les deux-tiers d'entre eux sont en effet déclarés physiquement inaptes au service militaire en 1830, alors qu'un seul conscrit sur deux issu des classes aisées se trouve dans la même situation<sup>4</sup> ».

Le vaste mouvement d'enquêtes sociales sur la réalité de la condition prolétarienne qui va se développer au milieu du siècle est donc animé à la fois par des préoccupations humanistes et par des nécessités militaires, mais aussi par une volonté de contrôle social de ces nouvelles « classes dangereuses ». Dans cette grande entreprise hygiéniste, l'œuvre de Villermé apporte à la fois des avancées et des ruptures majeures<sup>5</sup>. A. Cottureau souligne cependant que « le monde savant français est demeuré dans une confusion étonnante. Il pouvait se donner la vocation d'éclairer le débat, en calculant les espérances de vie selon les milieux sociaux, les sexes et les branches professionnelles. Or il n'a pas pu, puis il n'a pas

---

<sup>1</sup> DUCLOS D., *La santé et le travail*, op. cit., p. 10.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>3</sup> Et dont les revendications, dans un premier temps, porteront d'abord et avant tout sur les salaires et non sur les conditions de travail.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>5</sup> Je reviendrai un peu plus en détail sur l'hygiénisme et l'œuvre de Villermé dans l'historique de la médecine du travail, cf. : Chapitre V, §1a.

voulu le faire, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. (...) La France a connu deux phases très marquées : après une progression des enquêtes sociales sur la santé ouvrière, durant les années 1830-1851, se produit une régression générale qui ne sera pas rattrapée avant les années 1900, et qui même, en un sens, n'a jamais été rattrapée jusqu'à aujourd'hui<sup>1</sup> ».

François Ewald<sup>2</sup> identifie deux contradictions importantes dans le développement du capitalisme au XIX<sup>e</sup> siècle : d'une part, les très nombreux accidents du travail sont le signe criant des dangers inhérents à la production industrielle, ce qui contredit l'idée de progrès constitutive de l'esprit du capitalisme. D'autre part, il existe une tension manifeste entre le principe de dépendance qui caractérise la subordination des ouvriers dans l'organisation du travail, et le fait que ces ouvriers, à la suite d'accidents ou de maladies, se trouvent totalement privés de ressources si leur état de santé les empêche de travailler. Face à cette situation, deux types de recours sont possibles : dans certains secteurs (celui des mines notamment), la solidarité ouvrière tente de s'organiser de façon autonome en créant des caisses de secours mutuels. L'autre recours est juridique : de nombreuses victimes d'accidents de travail intentent des procès à leurs employeurs pour mettre en cause leur responsabilité et obtenir réparation. Très inégaux (les procès sont longs et coûteux), ces combats dans lesquels les ouvriers doivent prouver la faute de l'employeur sont également très mal perçus par le patronat qui y voit une atteinte à l'ordre libéral.

Parallèlement, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, le système productif capitaliste est peu à peu régulé par des réglementations qui élaborent progressivement un cadre légal (limitation du travail des enfants en 1841 et 1874, diminution de la durée journalière du travail en 1848, création du corps des Inspecteurs du travail en 1874) et instaurent une prévention minimale (loi sur l'hygiène et la sécurité dans les établissements industriels en 1893). Mais dans le domaine des accidents de travail, l'idée d'une responsabilité civile et pénale de l'employeur, que le député socialiste Martin Nadaud tente de défendre, continue à faire l'objet d'une vive résistance patronale.

La loi de 1898 sur les accidents du travail est la réponse, sous la forme d'un compromis, que les instances législatives apportent à ces contradictions entre

---

<sup>1</sup> COTTEREAU A., « L'usure au travail : destins masculins, destins féminins », *Le mouvement social*, n° 124, 1983, pp. 71-112.

<sup>2</sup> EWALD F., *L'État-Providence*, rééd. : Paris, Grasset et Fasquelle, 1997.



insécurité et progrès, entre dépendance ouvrière et responsabilité patronale. En entérinant la notion de « risque professionnel », cette loi met les employeurs à l'abri des procès puisque la notion de « faute » est abandonnée. En contrepartie, l'ouvrier accidenté se voit attribuer une indemnisation forfaitaire en réparation du dommage subi. F. Ewald montre comment cette loi, qui constitue selon lui la « pierre angulaire » du compromis sur lequel va se fonder l'État-Providence, est inspirée de la philosophie de l'assurance qui s'est développée au XIX<sup>e</sup> siècle. Avec le principe de l'assurance, fondé sur une rationalité probabiliste, la notion de cause est évacuée au profit de celle d'imputation : tout accident qui survient « sur les lieux ou à l'occasion du travail » est attribué, au nom de la *présomption d'imputabilité*, à la situation de travail qui, par principe et dans l'absolu, comporte des « risques ». On admet donc *a priori* l'existence inéluctable de risques professionnels, dont la réparation forfaitaire est négociée entre patronat et salariat, sous l'arbitrage de l'État. On voit l'importance du choix qui est fait ici : le traitement social des accidents du travail ne répond plus à une logique de prévention, qui supposerait d'agir sur les causes des accidents, mais à une logique d'assurance, qui s'applique à réparer financièrement leurs effets.

La loi de 1919 sur la reconnaissance des maladies professionnelles inscrites dans des tableaux de référence s'appuie sur les mêmes principes (avec toutefois une part plus grande faite à la notion de prévention) : on parlera de *présomption d'origine* pour une maladie dont la cause a toute probabilité d'être liée à l'activité professionnelle et à l'environnement de travail. Mais l'origine professionnelle d'une maladie apparaît encore plus « discutable » que dans le cas des accidents, du fait des délais parfois très longs entre l'exposition pathogène et la manifestation effective de la maladie. Dans ce processus de reconnaissance, les avis médicaux (et notamment ceux des médecins du travail) sont déterminants. Cette expertise médico-légale constitue, selon Annie Thébaud-Mony, la « clef de voûte » du système de réparation des maladies professionnelles<sup>1</sup>.

Le choix consistant à privilégier le principe de réparation, en le substituant à celui de prévention, est au fondement d'une régulation économique de la santé au travail. En effet, comme le souligne A. Thébaud-Mony, « dans la mesure où la

---

<sup>1</sup> THEBAUD-MONY A., *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales*, Document Travail-Emploi, Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, 1991.

maîtrise des risques et l'amélioration des conditions de travail sont inscrites dans un rapport coût/efficacité, la prévention des atteintes liées au travail n'acquiert de légitimité que si le coût qu'elle représente ne constitue pas un préjudice pour la "santé" économique des entreprises. La santé au travail est ainsi devenue totalement prisonnière de cette régulation économique<sup>1</sup> ».

A partir du socle que constitue la loi de 1898, les réglementations en matière de santé au travail vont se développer, marquées par la tension entre politique de réparation et tentatives de prévention (essentiellement au nom de l'intérêt financier).

Ce n'est qu'à partir du début du XX<sup>e</sup> siècle que le mouvement ouvrier acquiert une réelle capacité d'intervention sur les questions de santé au travail. D. Duclos souligne même que, « dans certains cas, le savoir ouvrier a précédé le savoir médical, ou, à tout le moins, en a accompagné les découvertes<sup>2</sup> ». Ainsi certains groupements ouvriers ont créé des « sanatoriums sauvages », ou ont lancé des campagnes méthodiquement documentées sur les atteintes à la santé induites par le travail. En 1906, la catastrophe de Courrières qui coûte la vie à 1106 mineurs engendre grèves et révoltes, et contribue à accélérer la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité dans les mines.

L'entre-deux-guerres marqué par la crise économique est peu propice à l'avancée des questions de santé au travail, le problème de l'emploi prenant le pas sur celui des conditions de travail. On peut noter cependant les avancées que constituent l'extension des assurances sociales en 1928, et bien sûr la loi de 1936 sur les 40 heures et les congés payés.

Le régime de Vichy s'empare des questions de santé au travail dans une perspective eugéniste de sélection sociale par la santé. Sur le plan législatif, il laisse un héritage d'institutions et de cadres réglementaires<sup>3</sup>, comme les Comités de Sécurité « auxquels les législateurs tenteront, à la Libération, de donner un sens tout différent<sup>4</sup> ». La loi de 1946 fondant la Sécurité sociale (dans la continuité des ordonnances Parodi de 1945), en astreignant les employeurs à verser une cotisation calculée en fonction du coût des accidents survenus dans l'entreprise ou dans la

---

<sup>1</sup> APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, op. cit., p. 559.

<sup>2</sup> DUCLOS D., *La santé et le travail*, op. cit., p. 20.

<sup>3</sup> Cf. : l'historique de la médecine du travail dans le chapitre suivant.

<sup>4</sup> DUCLOS D., *La santé et le travail*, op. cit., p. 23.

branche professionnelle, s'inscrit dans la continuité des principes adoptés en 1898 : la cotisation règle par avance la question de la réparation.

En 1947, les Comités de Sécurité instaurés sous Vichy sont transformés en Comités d'Hygiène et Sécurité (CHS), organisations bipartites employeurs-syndicats, qui visent à connaître et à limiter les dangers pour la sécurité et la santé des travailleurs.

L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), créé en 1948, « ne pourra pas déployer très loin ses capacités de recherche dans le sens de l'analyse critique de l'organisation du travail, et ses productions seront marquées par une sorte de neutralité technique<sup>1</sup> ».

Dans l'organisation taylorienne de l'après-guerre, la plupart des services de sécurité sont les parents pauvres des entreprises, et représentent une voie de garage pour les cadres qui y sont affectés. De plus, ils fonctionnent bien souvent comme des services de renseignement internes, ou comme des lieux de propagande de la direction à l'égard des salariés. Par ailleurs l'accident de travail reste un point noir, et « l'idée que dans nombre de cas la "faute" (plus ou moins excusable ou non) se trouve du côté de l'ouvrier a la vie dure<sup>2</sup> ». L'accident reste en effet fréquemment attribué à la mauvaise volonté (voire à l'intention de « sabotage » de la production) ou à la « flemme » de l'employé, quant il n'est pas tout simplement dénoncé comme simulation – d'où les pratiques de « chasse à l'accident » dans certaines entreprises, consistant à faire obstacle par tous les moyens au processus de déclaration d'un accident de travail (dissuasion auprès du salarié, recherche systématique de tout élément pouvant accréditer la thèse de la simulation ou invalider la procédure de reconnaissance). La « chasse à l'accident » passe aussi par le développement de mesures « préventives » qui consistent à agir moins sur les conditions de travail elles-mêmes que sur l'adaptation des travailleurs à ces conditions, par le biais de campagnes de sécurité et par l'obligation de respecter certaines consignes ou de porter certains équipements. Mais pour supprimer l'accident, la méthode la plus « efficace » et la plus en accord avec l'idéologie taylorienne est encore de sélectionner les salariés à l'embauche au regard de critères qui permettront de limiter les risques d'accidents, et donc le coût pour l'entreprise. Sur ce point, le constat formulé par D. Duclos en 1984 semble encore valable aujourd'hui : « en

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 68.

général, dès qu'un problème de santé se pose à propos d'un type d'équipement, deux logiques s'affrontent nettement : a) celle de la sélection des "aptés" et des soins complémentaires nécessaires pour adapter les hommes au matériel ; b) celle de la modification du matériel pour l'adapter aux besoins humains<sup>1</sup> ».

La deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle voit donc coexister des dynamiques contradictoires dans le champ de la santé au travail : d'un côté, une tendance à l'amélioration de la sécurité par son intégration en amont dans la conception même des lieux de travail et des équipements, et par une connaissance théorique qui se développe fortement<sup>2</sup> ; de l'autre, une résistance persistante des employeurs (mais aussi de diverses institutions) à aborder directement et ouvertement les questions de santé au travail, ainsi qu'une relative timidité des mouvements sociaux plus orientés vers des revendications autour du salaire et de l'emploi<sup>3</sup>.

Le système législatif s'enrichit pourtant : en 1973 l'État développe la formule ACT (Amélioration des Conditions de Travail) avec deux grandes mesures : d'une part, les employeurs doivent présenter au comité d'entreprise un rapport annuel sur les actions prévues concernant l'amélioration des conditions de travail, et dans les grandes entreprises, des commissions spécifiques doivent être créées (les CACT) ; d'autre part, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) est créée.

En 1975 intervient l'« affaire Charette » : pour la première fois, un juge d'instruction fait mettre en prison le directeur d'une entreprise pour sa responsabilité dans la mort accidentelle d'un ouvrier. L'année suivante, la loi revient sur la notion de faute de l'employeur, « pour mieux la répartir sur un éventail de responsables, du chef d'entreprise au gérant, du directeur au préposé », marquant ainsi « un coup d'arrêt aux évolutions de la jurisprudence qui commençaient à mettre personnellement en cause les dirigeants d'entreprises<sup>4</sup> ».

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 72. On peut rappeler au passage que l'ergonomie francophone s'est constituée autour du principe énoncé par cette deuxième logique. On peut souligner également que cette tension entre deux pôles (aptitude vs prévention) est au cœur des dissensions qui ont caractérisé l'histoire de la médecine du travail, et la traversent encore aujourd'hui, cf. : Chapitre V, §1.

<sup>2</sup> La médecine joue bien sûr un grand rôle dans cette élaboration théorique de la santé au travail. M. Lorient montre, avec l'exemple de la « fatigue », combien la référence aux catégories médicales joue un rôle paradoxal : « nécessaires pour renforcer la légitimité de certaines revendications syndicales, elles transforment en débat scientifique le conflit social », in *Le temps de la fatigue*, Paris, Anthropos, 2000, p. 79. Cf. également : LORIENT M., « Construction sociale de la maladie et influence professionnelle : l'exemple de trois approches de la fatigue », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 2, 1995, pp. 104-130.

<sup>3</sup> D. Duclos consacre un chapitre de son livre à l'histoire des mouvements sociaux face à la question de la santé au travail : DUCLOS D., *La santé et le travail*, op. cit., chapitre VI.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 24.

En 1982 les lois Auroux regroupent les CHS et les CACT au sein des CHS-CT, et donnent à tout salarié la possibilité de quitter son poste de travail « s'il a un motif raisonnable de penser qu'il est soumis à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé<sup>1</sup> ».

A partir de 1991, à la suite d'une loi-cadre européenne sur la santé et la sécurité au travail, plusieurs étapes législatives importantes sont intervenues, notamment l'ajout au Code du travail d'un article (cité plus haut en exergue) obligeant les employeurs à assurer la santé et la sécurité des travailleurs, à mettre en œuvre des principes généraux de prévention, et à procéder à une évaluation annuelle des risques professionnels présents dans leur établissement. Si cette mesure a permis de mieux connaître les risques, ses effets concrets restent à évaluer<sup>2</sup>.

En 2002, la chambre sociale de la Cour de Cassation a mis fin à un très long contentieux autour de l'amiante, en donnant raison aux salariés victimes de cette substance (connue comme pathogène depuis des décennies), qui avaient depuis de nombreuses années engagé des procédures contre les entreprises les ayant exposés sans protection. Les arrêts rendus reconnaissent la « faute inexcusable » de l'employeur (ce qui devrait ouvrir des droits à une indemnisation majorée pour les victimes), et réaffirment l'obligation de protection des salariés : tout employeur est « tenu envers le salarié d'une obligation de sécurité de résultat ». Est considéré comme coupable d'une faute inexcusable l'employeur qui « avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ». Cette jurisprudence importante constitue peut-être un signe important vers un éventuel changement de paradigme en matière de santé au travail, c'est-à-dire vers l'implication des entreprises dans une réelle prévention en amont.

« Éventuel », car par ailleurs d'autres textes ramènent simultanément la question de la santé au travail vers la « focalisation sur la recherche des susceptibilités personnelles » qui, selon P. Davezies, « marque profondément notre système de santé au travail<sup>3</sup> ». Ainsi le décret du 1<sup>er</sup> février 2001 modifiant le Code du Travail stipule qu'un travailleur « ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent

---

<sup>1</sup> Cf. : BOURDON F., « Droit de retrait. Ne plus travailler au péril de sa vie », *Santé et travail*, n° 21, 1997, pp. 68-70.

<sup>2</sup> La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 modifie cet article en précisant qu'il s'agit de la santé « physique et mentale » des salariés.

<sup>3</sup> DAVEZIES P., « Les maladies professionnelles », in LECOURT D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004.

cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux ». Ce texte peut être vu comme une légitimation de l'exposition de certains salariés à des risques professionnels (il y aurait des « risques acceptables », ce qui est en cohérence avec la logique d'assurance), voire comme une réminiscence eugéniste du principe de sélection sociale des travailleurs par leur santé<sup>1</sup>.

Récemment, le gouvernement a instauré un « plan santé au travail 2005-2009 », qui met en avant quatre objectifs<sup>2</sup> : développer les connaissances sur les risques et les expositions en milieu de travail (création d'une agence d'évaluation des risques) ; renforcer l'effectivité des contrôles ; favoriser la coopération entre les différentes instances chargées de la prévention des risques professionnels (ministères, CSPRP) ; encourager et accompagner les entreprises dans la prévention des risques. Si ce projet comporte certaines mesures intéressantes, il ne marque pas de tournant majeur dans les perspectives de prise en charge de la santé au travail<sup>3</sup>.

Cet aperçu historique, bien que très succinct, laisse bien entrevoir que les questions de santé au travail sont l'enjeu de négociations, de dissensions et de conflits au sein de relations de pouvoir complexes, dans lesquelles les salariés, les syndicats, les employeurs et l'État n'ont pas une position tranchée et homogène<sup>4</sup>.

Compte tenu de ce contexte sociohistorique, que sait-on des interactions entre santé et travail ? Au vu des connaissances actuelles, et face aux récentes transformations de l'emploi et du travail, que peut-on dire des enjeux portés par la relation santé-travail ? Dans les pages qui suivent, je tenterai de synthétiser les informations dont on dispose pour apporter des éléments de réponse à ces questions complexes. Je

---

<sup>1</sup> Cf. également le débat sur les tests génétiques à l'embauche : Comité consultatif national d'éthique, Orientation de travailleurs vers un poste comportant un risque. Rôle du médecin du travail et réflexions sur l'ambiguïté du concept d'aptitude, Avis n° 80, décembre 2003 ; CAMBON-THOMSEN A., « Tests génétiques et travail », *L'observatoire de la génétique*, n° 15, 2004.

<sup>2</sup> Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, *Plan santé au travail 2005-2009*, février 2005.

<sup>3</sup> Plusieurs limites ont été soulignées notamment par les syndicats : pas de garanties de moyens au service des objectifs annoncés, non prise en compte des salariés de la fonction publique, orientation générale très axée sur la santé biomédicale et sur les facteurs de risques physiques (au détriment des aspects psychosociaux), etc. Cf. : dossiers « Plan santé au travail » de la CGT et de la CFDT.

<sup>4</sup> N. Dodier raconte par exemple la controverse qui s'est développée autour des résultats de la première enquête SUMER, qui établissait par exemple que 40% des salariés auraient dû faire l'objet d'une surveillance médicale spéciale (SMS), alors qu'on évaluait cette proportion à 10%. L'analyse de N. Dodier fait ressortir les enjeux sociaux et politiques d'une telle enquête, cf. : DODIER N., *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993, pp. 284 et sq.

m'arrêterai d'abord sur deux types essentiels d'objectivation des atteintes à la santé par le fait du travail : les accidents du travail et les maladies professionnelles. Je m'intéresserai ensuite à d'autres sources de données, quantitatives et qualitatives, qui permettent d'élargir le regard sur les questions de santé au travail et de mieux comprendre les processus sociaux de mise en jeu de la santé dans les activités de travail, en particulier dans le contexte de la précarisation du travail.

## **2. Enjeux sanitaires et sociaux autour des accidents du travail et des maladies professionnelles**

---

La première opération à accomplir dès lors que l'on s'intéresse aux données concernant les accidents de travail (AT) est de comprendre comment ces données sont construites, par qui, dans quel but et sur la base de quelles définitions. En France, pour le régime général<sup>1</sup>, les statistiques d'AT sont fournies par les 16 caisses régionales d'assurance maladie à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS), dans un but de gestion financière et de connaissance du coût des indemnités, sur la base d'une définition à la fois restrictive (ne sont comptabilisés que les accidents indemnisés) et large : un accident du travail, au sens défini par la CNAM-TS, est un accident « survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ». La jurisprudence indique que « l'accident est caractérisé par l'action soudaine et violente d'une cause extérieure provoquant une lésion sur l'organisme humain au lieu et temps de travail ».

Mais l'événement n'est pas encore l'accident : pour qu'il le devienne, il faut d'abord que le salarié le déclare à son employeur dans les 24 heures, et que celui-ci à son tour le déclare à la CPAM (dans les 48 heures), puis que le caractère professionnel de l'accident soit validé par les agents des CPAM<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> C'est-à-dire le secteur salarié privé non agricole, à l'exception des agents de l'État et des collectivités territoriales, des « régimes spéciaux » (EDF, GDF, Mines, SNCF, RATP notamment) et des « régimes forfaitaires » (certains sièges sociaux, gens de maison, VRP).

<sup>2</sup> La déclaration peut également être faite à la CPAM par la victime, dans un délai de 2 ans après l'accident.

Compte tenu de ces éléments, qu'en est-il des accidents du travail pour la période actuelle ? L'encadré ci-dessous reprend les principales définitions à connaître pour comprendre les chiffres fournis par la CNAM-TS.

**Taux de fréquence** : nombre d'accidents avec arrêt\* pour 1 million d'heures travaillées.

**Indice de fréquence** : nombre d'accidents avec arrêt pour 1000 salariés.

**Accident grave** : accident ayant entraîné l'attribution d'une indemnité en capital ou d'une rente "accident du travail". Sont inclus les accidents mortels.

**Incapacité temporaire** : période au cours de laquelle des indemnités journalières<sup>1</sup> sont versées à la victime. Cette période prend fin soit à la guérison complète soit à la date de consolidation de la lésion, soit au décès de l'accidenté.

**Taux de gravité des incapacités temporaires** : nombre de journées indemnisées pour 1000 heures travaillées.

**Incapacité permanente** : état de la victime qui garde de sa blessure une infirmité permanente susceptible de diminuer sa capacité de travail. Le taux d'incapacité partielle permanente (IPP) est déterminé par un médecin-conseil de la Sécurité sociale, après consolidation. S'il est inférieur à 10%, le montant de la rente est versé en une seule fois, sous forme de capital. Dans les autres cas, la rente est versée trimestriellement.

\* La CNAM-TS ne comptabilise que les accidents avec arrêt, c'est-à-dire ceux ayant entraîné au moins un jour d'arrêt de travail en plus du jour où a eu lieu l'accident.

En 2002<sup>2</sup>, dans le régime général, environ 760 000 accidents du travail<sup>3</sup> ont été comptabilisés, dont un peu plus de 6% ont donné lieu à une incapacité permanente, et 686 ont entraîné la mort de la victime. Le taux de gravité des incapacités temporaires était de 1,17 en 2002. Mais plus que le nombre absolu, c'est le taux de fréquence des AT qu'il faut examiner : il se situe autour de 25 en 2002<sup>4</sup>, avec des différences importantes selon les secteurs d'activité<sup>5</sup> : 99 dans le BTP, 63 dans le secteur « bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu », 59 dans l'alimentation, 49 dans la métallurgie, et seulement 12 dans

<sup>1</sup> Elles sont versées en principe dès le premier jour d'arrêt, et s'élèvent à 60% du salaire journalier jusqu'au 28<sup>e</sup> jour d'arrêt, 80% au-delà. Le salarié accidenté a également droit au remboursement à 100% des frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par l'accident.

<sup>2</sup> La date retenue dans les données publiées par la CNAM-TS est celle de l'indemnisation de la victime, et non celle de l'accident lui-même. La CNAM-TS indique que ce décalage n'excéderait pas 1 mois.

<sup>3</sup> Hors accidents de trajet (presque 90 000 en 2002).

<sup>4</sup> On peut aussi se référer à l'indice de fréquence qui était de 43 cette même année.

<sup>5</sup> Les secteurs d'activité correspondent aux 9 Comités Techniques Nationaux (CTN) définis par la CNAM-TS : CTN A : Métallurgie, CTN B : BTP, CTN C : Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication, CTN D : Alimentation (services, commerces et industries alimentaires), CTN E : Chimie, caoutchouc, plasturgie, CTN F : Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu, CTN G : Commerces non alimentaires, CTN H : Services 1 (finances, cabinets de conseil, administrations, etc.), CTN I : Services 2 (secteur médical, secteur social, etc.) et travail temporaire.



les activités de services financiers et administratifs – mais près de 47% dans les services des secteurs médical et social et du travail temporaire.

Le type d'emploi occupé est loin d'être indifférent : près des trois-quarts des accidents concernent les ouvriers, et parmi eux une majorité d'ouvriers non qualifiés. Les salariés les plus jeunes (moins de 25 ans) sont également les plus concernés par les AT.

Les principales causes d'accidents sont les blessures liées à des activités de manutention manuelle (34,5%), puis les chutes de plain-pied (22%) et les chutes avec dénivellation (12,7%).

Sur une longue échelle de temps (depuis les années 50), le taux de fréquence des AT est en diminution globale dans l'ensemble des secteurs. Cependant, cette tendance s'est inversée à partir de la fin des années 80 : le taux de fréquence est reparti à la hausse dans presque tous les secteurs. Comment expliquer ce constat ? On a pu montrer que le taux de fréquence des accidents augmente avec le niveau de l'activité économique. La tendance à l'intensification du travail<sup>1</sup> amorcée en 1987-88 expliquerait la recrudescence des accidents : « tout se passe comme si les risques d'accidents augmentaient lorsque les ressources en main-d'œuvre étaient employées au maximum, et qu'à l'inverse un ralentissement économique relâchait les tensions dans l'organisation du travail<sup>2</sup> ».

Les statistiques de la CNAM-TS sont des données très insuffisantes pour prétendre connaître la réalité des accidents du travail, et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, on sait qu'une importante sous-déclaration biaise les chiffres. En effet, pour des raisons diverses (pression des employeurs<sup>3</sup>, « auto-censure » des salariés qui craignent de voir leur emploi remis en question, caractère bénin de certains accidents...), une part non négligeable des accidents ne sont pas déclarés. Il est

---

<sup>1</sup> Cf. : Chapitre I, §2.

<sup>2</sup> BOUVET M., YAHOU N., « Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique », *Premières synthèses*, n° 31.1, 2001.

<sup>3</sup> Les entreprises de plus de 200 salariés cotisent en fonction du « taux réel », c'est-à-dire que le montant de leurs cotisations est fonction du nombre d'accidents recensés dans l'entreprise (plus exactement, du coût de ces accidents pour les CRAM). Les entreprises dont l'effectif est compris entre 10 et 199 salariés sont quant à elles soumises à une tarification « mixte » tenant compte à la fois du taux réel et du taux collectif du secteur d'activité dont relève l'établissement. Seules les entreprises de moins de 10 salariés acquittent une contribution calculée selon des taux collectifs fixés annuellement, par risques ou groupes de risques, en fonction des résultats statistiques des trois dernières années connues. Les employeurs soumis au taux réel ont donc intérêt à déclarer le moins possible d'accidents.

évidemment difficile de quantifier cette sous-déclaration, mais plusieurs experts l'estiment à 25 ou 30% de l'ensemble des accidents<sup>1</sup>. D'autre part, quand bien même les accidents seraient tous déclarés, les données de la CNAM-TS ne prennent en compte que les accidents avec au moins un jour d'arrêt et ayant donné lieu à une indemnisation. De plus, les accidents mortels ne sont comptabilisés que si le décès intervient avant la date de consolidation. Enfin, ces données ne concernent qu'un peu moins de 18 millions de salariés, pour près de 25 millions d'actifs occupés<sup>2</sup>. Par ailleurs, sur un plan plus qualitatif, la déclaration d'accident est relativement sommaire, et ne permet pas par exemple de connaître précisément la position du salarié dans l'entreprise, ou les conditions de survenue de l'accident. On peut donc souligner la « production simultanée de connaissance et d'invisibilité induite par la construction sociale de la catégorie institutionnelle "accident du travail"<sup>3</sup> ».

Les statistiques concernant les maladies professionnelles (MP) souffrent des mêmes limites que celles sur les accidents de travail, mais de façon sans doute encore plus prononcée<sup>4</sup>.

Pour qu'une maladie puisse être reconnue comme maladie professionnelle, plusieurs conditions sont requises. Il faut d'abord que la victime en fasse la demande auprès de la CPAM dans un délai de 15 jours à partir de la première constatation de l'origine professionnelle de la maladie, matérialisée par un certificat médical initial établi par un médecin. Ensuite, il faut que soit reconnu le caractère professionnel de la maladie, c'est-à-dire que la présomption d'origine soit établie. Pour encadrer cette procédure d'imputation, la législation de la Sécurité sociale a défini un ensemble de conditions médicales, administratives et techniques qui sont autant de critères validant (ou non) l'étiologie professionnelle. Une condition essentielle est que la maladie figure dans la liste des « tableaux de maladies

---

<sup>1</sup> Cf. : DENIEL A. (dir.), *Rapport de la commission instituée par l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, octobre 1997.

<sup>2</sup> Les statistiques du régime agricole donnent un peu plus de 54 000 accidents (hors accidents de trajet) en moyenne sur 1997-98-99. Les chiffres concernant le secteur public et les régimes spéciaux sont quant à eux bien moins disponibles.

<sup>3</sup> DAUBAS-LETOURNEUX V., THÉBAUD-MONY A., « Les angles morts de la connaissance des accidents du travail », *Travail et emploi*, n° 88, 2001, p. 26.

<sup>4</sup> Un rapport de la Cour des comptes a récemment souligné les manques et les irrégularités dans l'instruction des dossiers d'AT/MP par les CPAM, cf. : COUR DES COMPTES, *La gestion du risque accident du travail et maladies professionnelles. Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés*, 2002.

professionnelles », liste établie sur la base d'enquêtes épidémiologiques et qui doit faire l'objet d'accords tripartites employeurs-syndicats-État<sup>1</sup>.

Un tableau de maladie professionnelle est une « entité médico-administrative<sup>2</sup> » qui décrit une ou plusieurs pathologies en indiquant pour chacune le délai de prise en charge<sup>3</sup> et la durée minimale d'exposition, ainsi qu'une liste (limitative ou seulement indicative) des travaux susceptibles de les provoquer. Pour certaines pathologies les symptômes doivent être attestés par des examens médicaux particuliers. Il existe à ce jour 112 tableaux de maladies professionnelles pour le régime général (et 65 pour le régime agricole). Le plus ancien, créé en 1919 et mis à jour pour la dernière fois en 1991, concerne les « affections dues au plomb et à ses composés ». Le plus récent (1999) regroupe les « affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes ». On y trouve par exemple la « sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante », qui suppose une durée minimale d'exposition de 5 ans et dont le délai de prise en charge est de 6 mois. Les « travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes » (dans différents secteurs spécifiés) sont susceptibles d'engendrer cette maladie.

Toute affection qui répond à l'ensemble des conditions énumérées dans un tableau de MP est « présumée » être d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve.

En plus de ce système de listes de tableaux, un système complémentaire a été mis en place en 1993 afin d'ouvrir la voie à une reconnaissance des maladies ne répondant pas à tous les critères énumérés dans les tableaux. On parle alors de maladie « à caractère professionnel » (MCP). Mais dans ce cas, la victime ne bénéficie plus de la présomption d'origine : il faut prouver l'existence d'un lien direct entre l'activité professionnelle habituelle et la maladie, ce qui s'avère souvent difficile. De plus la victime ne bénéficie pas des mêmes protections légales en matière de reclassement et d'indemnisation.

Alors que leur nombre a été stable pendant plus de 30 ans autour de 4000 à 5000 cas par an, les maladies professionnelles reconnues (c'est-à-dire indemnisées) ont

---

<sup>1</sup> Notamment au sein de la branche « maladies professionnelles » du Conseil Supérieur de Prévention des Risques Professionnels (CSPRP), organe consultatif du Ministère du travail.

<sup>2</sup> Selon les termes de N. DODIER, *L'expertise médicale, op. cit.*

<sup>3</sup> C'est-à-dire la durée maximale entre la fin de l'exposition au risque et le moment de la demande de reconnaissance du trouble comme maladie professionnelle.

connu une expansion massive depuis le début des années 1990. Ainsi, en 1995, près de 11 000 cas ont été reconnus dans le régime général, près de 17 000 en 1999, et plus de 31 000 en 2002, dont 43% ayant donné lieu à une incapacité permanente, et 426 décès<sup>1</sup>. La répartition par pathologie montre que les deux-tiers de ces maladies sont des affections périarticulaires (tableau n° 57, 21 126 cas reconnus en 2002), dont le nombre a été multiplié par 10 depuis la mise à jour du tableau en 1991. Viennent ensuite les « affections provoquées par les poussières d'amiante » (tableau n° 30, 3939 cas en 2002) ou « consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante (tableau n° 30 bis, 555 cas en 2002). Les lombalgies représentent au total plus de 8% des maladies professionnelles (tableaux 97 et 98, 2675 cas reconnus en 2002).

La sous-déclaration dans le cas des maladies professionnelles est sans doute encore plus importante que pour les accidents de travail, et cela pour plusieurs raisons : compte tenu du décalage temporel (effet de latence) parfois très important entre l'exposition à des risques ou des sources pathogènes et l'apparition de troubles de santé, les personnes ne pensent pas toujours à attribuer ces derniers à des activités professionnelles passées ; en outre les procédures ne sont pas toujours connues ; et enfin, une éventuelle déclaration d'inaptitude liée à la maladie peut entraîner la perte de l'emploi pour le salarié<sup>2</sup>.

De plus, parmi les maladies déclarées, une partie seulement sont reconnues et indemnisées : on estimait en 1991 cette proportion à une maladie reconnue pour quatre déclarées. Le processus de reconnaissance des maladies professionnelles apparaît comme une « course d'obstacles<sup>3</sup> » jalonnée d'épreuves médicales, juridiques et administratives, dans laquelle le doute ne bénéficie pas au salarié demandeur. Annie Thébaud-Mony souligne sur ce point « l'extraordinaire résistance des institutions (médecins, experts, caisses d'assurance maladie) à "accorder" le bénéfice de la reconnaissance en maladie professionnelle<sup>4</sup> ». Il faut

---

<sup>1</sup> Comme pour les accidents de travail, il s'agit uniquement des décès intervenus avant « consolidation », c'est-à-dire avant attribution de la rente.

<sup>2</sup> Sur cette question de l'(in)aptitude, les médecins du travail sont souvent confrontés à un dilemme qui les met en situation de devoir préserver l'emploi ou la santé du salarié. Je reviendrai sur ce point dans le chapitre V qui présente l'analyse des entretiens effectués auprès de médecins du travail de la région Midi-Pyrénées.

<sup>3</sup> C'est ce que montre en détail A. Thébaud-Mony dans une étude centrée sur trois pathologies : les pneumoconioses, les cancers et les dermatoses de mécanisme allergique, cf. : THÉBAUD-MONY A., *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France*, op. cit.

<sup>4</sup> THÉBAUD-MONY A., « Atteintes à la santé liées au travail et construction sociale de "l'inemployabilité" », in ABÉCASSIS F., ROCHE P., *Précarisation du travail et lien social. Des hommes en trop ?*, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 162.

également prendre en compte le fait que, même avec le système complémentaire, un grand nombre d'affections sont quasiment exclues de toute possibilité de reconnaissance comme MP ou MCP – c'est notamment le cas de tous les troubles psychopathologiques<sup>1</sup>. Une autre limite importante réside dans le fait que le système de réparation des MP ne permet pas de prendre en compte les pathologies non spécifiques issues d'un cumul d'expositions à différents risques, ni les effets de synergie entre les risques.

Toutes les limites qui viennent d'être soulignées concernant la connaissance et la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles amènent à conclure que l'état des savoirs en matière de santé au travail est encore très lacunaire en France et présente de nombreux angles morts. Au regard des statistiques de la CNAM-TS, construites dans une logique gestionnaire, on peut dire qu' « on ne connaît que ce qu'on indemnise<sup>2</sup> ».

Cette méconnaissance conduit également à sous-estimer la part de l'origine professionnelle dans la morbidité et la mortalité globales. La part des inégalités sociales de santé<sup>3</sup> attribuable au travail est donc largement occultée. Dans le rapport de 2002 du Haut Comité de la Santé Publique, on trouve le constat suivant : « on ne dispose à l'heure actuelle de pratiquement aucune étude permettant d'estimer, pour la population française, la part attribuable à des facteurs professionnels pour les principales pathologies correspondant à des tableaux de maladies professionnelles<sup>4</sup> ». Encore faudrait-il mentionner le nombre de pathologies non reconnues comme maladies professionnelles... Ainsi on estime que

---

<sup>1</sup> Certains médecins du travail commencent à déclarer des « dépressions réactionnelles » comme maladies à caractère professionnel. Ces dépressions constitueraient une part non négligeable des entrées en invalidité de 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> catégories. La reconnaissance est encore loin d'être acquise, mais le seul fait de procéder à une déclaration semble avoir un effet thérapeutique dans le sens où cela contribue à socialiser et à rendre visible des atteintes qui sont bien souvent vécues sur un mode individuel et dans une très forte culpabilisation de la victime. Cf. : BARDOT F., HUEZ D., « Clinique médicale du travail et souffrance au travail : les dépressions réactionnelles professionnelles », *Travail et emploi*, n° 96, 2003, pp. 55-66 ; HUEZ D., « Socialiser la souffrance psychique », *Santé et travail*, n° 19, 1997, pp. 50-53.

<sup>2</sup> LE RICOUSSE G., *L'établissement des valeurs limites d'exposition aux substances toxiques dans les atmosphères de travail : un tournant dans la prévention des maladies professionnelles*, INRS, 1985, cité in THÉBAUD-MONY A., « La connaissance des maladies professionnelles », *Travail et emploi*, n° 54, 1992, p. 96.

<sup>3</sup> Dont on sait qu'elles sont en France particulièrement fortes et stables (voire en augmentation), cf. : LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/INSERM, 2000. Des épidémiologistes soulignent d'ailleurs l'étonnante faiblesse de la recherche française dans ce domaine : GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT A., « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, 2002, pp. 75-128.

<sup>4</sup> HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La santé en France*, 2002, pp. 202-203.

5000 à 10 000 cancers sont attribuables<sup>1</sup> chaque année à des expositions professionnelles (et jusqu'à 50% pour les cancers du poumon et de la vessie), alors que seulement quelques centaines de cas annuels sont indemnisés à ce titre. Le cas de certains cancers liés à l'exposition à l'amiante est l'un des mieux documentés : seulement 413 cancers attribués à l'amiante (208 mésothéliomes et 205 cancers du poumon) ont été reconnus comme maladies professionnelles par le régime général en 1998 (tableaux 30 et 30 bis), alors qu'une estimation « basse » de la mortalité due à l'amiante en France est de 1950 décès pour l'année 1996 (750 mésothéliomes, 1200 cancers du poumon). La proportion de cancers d'origine professionnelle attribuables à l'amiante et reconnus comme tels est donc d'environ 1 sur 5<sup>2</sup>. Pour la plupart des autres maladies, on ne dispose malheureusement pas de telles évaluations quantitatives.

La santé au travail est donc, plus encore que ne le laissent supposer les statistiques institutionnelles disponibles, un enjeu majeur de santé publique. Le travail participe à la construction des inégalités sociales de santé à deux niveaux : « d'une part, il détermine la place qu'on occupe dans la société, donc les conditions de vie, de revenu, de logement et de protection sociale, y compris lorsque les personnes en sont exclues. D'autre part, les conditions et l'organisation du travail et de l'emploi ont des effets directs sur la santé et sur la production des inégalités sociales de santé<sup>3</sup> ». Si le premier niveau est relativement bien documenté grâce aux travaux sur la mortalité et la morbidité différentielles au regard de l'indicateur composite que sont les PCS, la connaissance des interactions entre activités de travail et santé est encore très incomplète, et les transformations récentes de la sphère du travail et de l'emploi multiplient les questions et les pistes de recherche.

---

<sup>1</sup> Attribuables au moins partiellement, c'est-à-dire que l'exposition professionnelle peut n'être qu'une cause possible dans un ensemble de facteurs de risques (amiante + tabac par exemple).

<sup>2</sup> HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La santé en France*, op. cit.

<sup>3</sup> VOLKOFF S., THÉBAUD-MONY A., « Santé au travail : l'inégalité des parcours », in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, op. cit., p. 349. Cf. également : DRULHE M., « Conditions de travail, modes d'existence et intelligibilité de "la santé des aînés" depuis 25 ans. Mise en perspective et en prospective », *Les cahiers de l'INED*, n° 147, 2002.

### 3. La santé au cœur des processus de précarisation du travail

---

Pour aller plus loin et mieux comprendre comment la santé est mise en jeu dans les activités de travail, je m'intéresserai à des enquêtes quantitatives et qualitatives qui permettent de mettre au jour des pans entiers de réalité laissés dans l'ombre par les chiffres de la CNAM-TS. Ces recherches apportent des informations précieuses notamment sur les liens entre les atteintes à la santé (qui ne se résument pas aux accidents du travail et aux maladies professionnelles) d'une part ; les conditions du travail, son organisation et ses évolutions récentes d'autre part.

#### *a) Accidents du travail, organisation et rapports sociaux dans le travail*

*« Il ne s'agit pas que de maladies, d'accidents ou de phénomènes qui seraient à la limite contrôlables en termes purement médicaux : c'est bien le système productif, dans son mode d'organisation, dans sa mobilisation des corps, des esprits et aussi des conceptions du monde, qui est en cause ».*

Denis Duclos<sup>1</sup>

L'enquête Conditions de travail s'est dotée pour le recueil de 1998 d'une série de 7 questions concernant les accidents du travail au cours des 12 derniers mois (hors accidents de trajets) : survenue d'un accident<sup>2</sup>, nature et date de l'accident (question ouverte), durée de l'arrêt de travail le cas échéant, déclaration de l'accident à l'employeur et à la Sécurité sociale, indemnisation de l'accident. Avec ces questions, on a pu avoir accès pour la première fois auprès d'un échantillon national représentatif à des informations concernant les accidents « réels », indépendamment de leur déclaration officielle. La mise en perspective de ces informations avec les données sur les conditions et l'organisation du travail recueillies dans cette enquête permet de mieux connaître les situations et les processus qui encadrent l'accident en amont et en aval.

---

<sup>1</sup> In *La santé et le travail*, op. cit., p. 8.

<sup>2</sup> La formulation était la suivante : « au cours des 12 derniers mois, au cours de votre travail, avez-vous eu un accident, même bénin, qui vous a obligé à vous faire soigner ? ... même s'il n'y a pas eu de blessure grave ».

D'après cette enquête<sup>1</sup>, 1 650 000 accidents ont eu lieu entre mars 1997 et mars 1998<sup>2</sup>, concernant 8,5% des salariés. A l'autre bout de la chaîne, 645 500 (40%) ont donné lieu à une indemnisation. Au total 9 accidents sur 10 ont été signalés à l'employeur (infirmierie, service du personnel...), et près de 8 sur 10 ont été déclarés selon une procédure formelle (consignation sur le registre d'infirmierie ou déclaration à la Sécurité sociale). Parmi les seuls accidents avec arrêt, soit 55% du total (911 500 accidents), 94% ont été déclarés officiellement à l'employeur ou à la Sécurité sociale, 4% ont été simplement signalés à l'entreprise, et 2%, soit tout de même 20 000 cas, n'ont même pas été signalés à l'employeur<sup>3</sup>. 71% seulement des accidents avec arrêt déclarés ont fait l'objet d'une indemnisation : on peut penser que soit la procédure d'indemnisation n'était pas encore réglée au moment de l'enquête, soit la question a été mal comprise et mal renseignée, soit certains accidents déclarés ne sont pas reconnus comme tels (les enquêtes qualitatives complémentaires montrent que les trois possibilités se vérifient).

Ce sont les ouvriers qui sont les plus concernés par les accidents, et en particulier les ouvriers qualifiés : 17,5% ont déclaré avoir eu un accident au cours de la période de référence. Viennent ensuite les ouvriers non qualifiés et agricoles, les manutentionnaires et magasiniers, les chauffeurs, les policiers et militaires, ainsi que les professions intermédiaires de la santé et du travail social (toutes ces catégories ayant un taux d'accident compris entre 11% et 14%). A l'opposé se trouvent les cadres et professions intermédiaires de la fonction publique ou des entreprises et les employés administratifs (moins de 4%). Les hommes sont deux fois plus souvent accidentés que les femmes. Si le taux d'accident décroît avec l'âge (13,2% chez les moins de 25 ans, 6,7% au-delà de 45 ans) et augmente avec la précarité de l'emploi (les intérimaires et les apprentis sont plus souvent accidentés<sup>4</sup>), une analyse « toutes choses égales par ailleurs » indique que derrière

---

<sup>1</sup> HAMON-CHOLET S., « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, n° 20.1, 2002. L'échantillon étant représentatif, les chiffres donnés ici sont une extrapolation à l'échelle nationale des réponses des 20 000 répondants à l'enquête Conditions de travail.

<sup>2</sup> En cas d'accidents répétés au cours de la période (ce qui n'est pas exceptionnel), seul le plus récent a été retenu.

<sup>3</sup> Si l'on restreint ces données aux seuls salariés du régime général pour pouvoir les comparer à celles de la CNAM-TS, on s'aperçoit que les chiffres sont très proches : 1 300 000 accidents, dont 710 000 avec arrêt, dans l'enquête Conditions de travail, 1 337 951 dont 691 000 avec arrêt pour la CNAM-TS. On doit cependant se souvenir que l'enquête Conditions de travail exclut les accidents mortels et les accidents les plus graves, puisque les personnes n'étaient pas présentes à domicile pour répondre à l'enquêteur.

<sup>4</sup> Une enquête menée par l'Observatoire des Risques Professionnels et l'Inspection du Travail avait montré dès 1992 la sur-accidentabilité des travailleurs en contrats non durables : ainsi par exemple les ouvriers en



l'âge et le statut d'emploi c'est surtout l'ancienneté qui joue un rôle majeur : le taux d'accident est de 11,4% parmi les salariés ayant moins de 2 ans d'ancienneté et décroît à mesure que l'ancienneté augmente, jusqu'à 6,8% parmi ceux qui ont au moins 10 ans d'ancienneté<sup>1</sup>. La fonction exercée dans l'entreprise est également déterminante, et l'on peut mentionner l'activité de maintenance comme un important « facteur de risque » d'accident.

Quant à la gravité des accidents, si on l'évalue à travers la durée de l'arrêt de travail, elle est nettement plus forte chez les ouvriers non qualifiés (54 jours en moyenne, pour 32 jours dans l'ensemble de la population et 15 jours parmi les cadres). Les arrêts de 60 jours ou davantage concernent 15% des ouvriers, pour seulement 8% des cadres.

D'une manière générale, les salariés les plus soumis à des efforts et à des risques dans leur travail sont les plus accidentés. Les pénibilités physiques (rester longtemps debout, porter ou déplacer des charges lourdes, effectuer des mouvements douloureux ou fatigants...) aussi bien que les expositions (aux poussières, aux toxiques, aux fumées...) et les risques (de blessure avec des outils, de chute, de brûlure...) sont autant de facteurs dont la présence et surtout le cumul sont significativement associés à la survenue d'accidents.

L'un des intérêts majeurs de cette enquête Conditions de travail est qu'elle permet de mettre en relation les accidents et les caractéristiques de l'organisation du travail. Parmi elles, certaines ont un impact manifeste sur la probabilité d'accident, et au premier chef les contraintes de rythme (liés aux machines, aux délais de production, à l'obligation de toujours se dépêcher). L'intensification, objectivée dans ces contraintes temporelles, semble donc bien favoriser les accidents<sup>2</sup>. On peut citer également la polyvalence, avec une distinction intéressante entre celle qui est prévue et régulière et celle que l'on peut qualifier de « bouche-trou »<sup>3</sup> : si les deux types sont associés à un taux d'accident plus élevé que la moyenne (égale à 8,5%),

---

intérim étaient près de 3 fois plus souvent accidentés que l'ensemble des ouvriers. Cf. : CRISTOFARI M.-F., « Les accidents du travail. Indicateurs de précarisation de la santé au travail », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, pp. 47-59. Cf. également : FRANÇOIS M., « Le travail temporaire en milieu industriel. Incidences sur les conditions de travail et la santé des travailleurs », *Le travail humain*, vol. 54, n° 1, 1991, pp. 21-41.

<sup>1</sup> Il s'agit de l'ancienneté dans le poste et non dans l'entreprise.

<sup>2</sup> ASKENAZI P., CAROLI E., « Pratiques "innovantes", accidents du travail et charge mentale : résultats de l'enquête française "Conditions de travail 1998" », *Pistes*, vol. 5, n° 1, 2003.

<sup>3</sup> Dont Mme Artur donne une définition très forte : « moi je bouchais les trous, j'étais là où les autres n'étaient pas ».

les salariés qui effectuent une rotation régulière entre plusieurs postes (polyvalence prévue) sont 10,8% à déclarer un accident, tandis que cette proportion est de 12,2% parmi ceux qui changent de poste en fonction des besoins de l'entreprise (polyvalence « bouche-trou »)<sup>1</sup>. L'autonomie joue également un rôle important : l'accidentabilité augmente à mesure que se réduisent les marges de manœuvre.

Cet ensemble de résultats montre donc que les accidents du travail ne sont ni « naturels » et inéluctables, ni explicables par de simples *défaillances* (techniques ou humaines). Ils sont favorisés par un faisceau de causes et de conditions de possibilité inscrites au cœur des caractéristiques de l'organisation du travail<sup>2</sup>. Cela signifie-t-il que le « nouveau productivisme<sup>3</sup> » serait par nature délétère et ne pourrait se déployer qu'en entraînant des risques accrus pour les salariés ? P. Askenazy s'inscrit en faux contre cette thèse fataliste. Il fonde son point de vue sur une analyse du « miracle » américain, à savoir la chute spectaculaire du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles au cours des années 1990, dans les industries manufacturières aussi bien que dans les services. Les raisons de ce revirement sont multiples : prise de conscience et actions de lobbying des syndicats, usage stratégique d'Internet pour rendre publics les efforts (ou inactions) des entreprises en matière de santé et de sécurité au travail, incitations gouvernementales, enfin et surtout, recherche d'une réduction des coûts d'assurance qui étaient devenus exorbitants<sup>4</sup>. Cet ensemble de facteurs, alliés à une conjoncture de plein emploi et de croissance économique, a amené les employeurs à développer massivement des politiques de prévention, notamment en généralisant le recours à des cabinets d'ergonomie (souvent d'ailleurs ceux des compagnies d'assurance elles-mêmes). Le calcul coût/avantage s'est donc inversé : d'un point de vue économique, la prévention s'est révélée non seulement compatible mais

---

<sup>1</sup> Dans l'enquête Conditions de travail de 1998, la polyvalence selon une rotation régulière concerne 6,5% des salariés, tandis que la polyvalence « bouche-trou » est observée pour 23% d'entre eux.

<sup>2</sup> Certains résultats de l'enquête SUMER permettent de comprendre comment sont réunies des conditions de possibilité d'un accident du travail. Pour ne citer qu'un exemple : parmi les infirmières qui réalisent des prises de sang ou des injections, et sont donc exposées à des risques de contamination, 8 sur 10 doivent répondre immédiatement à une demande extérieure et effectuer plusieurs tâches en même temps dans de courts délais, et 7 sur 10 doivent fréquemment abandonner une tâche pour une autre non prévue. Cf. : HÉRAN-LE ROY O., « Les risques professionnels pour la santé », *op. cit.*, p. 269.

<sup>3</sup> ASKENAZY P., *Les désordres du travail*, *op. cit.*

<sup>4</sup> Dans le système américain, le coût des accidents et des maladies professionnelles est pris en charge par des assurances privées souscrites par les employeurs pour leurs salariés. Compte tenu du niveau élevé d'AT et de MP au début des années 1990, les primes d'assurance représentaient en 1994 2,4% du coût total du travail. Cette dépense a entraîné une baisse de 2% du profit des entreprises depuis 1985.

favorable aux objectifs de profit. Résultat : le risque d'accident et de maladie s'est réduit de plus du tiers entre 1992 et 2001<sup>1</sup>, et cela - c'est essentiel - sans perte financière pour les entreprises. P. Askenazy en déduit que « le productivisme réactif n'est pas un système "à prendre ou à laisser", mais un modèle amendable et perfectible<sup>2</sup> ». Les organisations innovantes ne sont pas par nature pathogènes si le « facteur humain<sup>3</sup> » y est pris en compte, ce qui, on le voit, n'est pas utopique. Les atteintes à la santé induites par les nouvelles organisations du travail résultent peut-être davantage de leur mise en œuvre non maîtrisée et de formes de « désorganisation ». Il est vrai d'ailleurs que certains résultats des enquêtes Conditions de travail, des enquêtes européennes ou de recherches monographiques décrivent un fonctionnement organisationnel qui apparaît peu compatible, à moyen terme, avec la bonne marche des entreprises, et donc avec leur réussite économique. De ce point de vue, le néocapitalisme semble traversé par de profondes contradictions, ce qui signifie aussi que les tendances observées depuis une quinzaine d'années ne sont peut-être pas irréversibles. Mais si l'exemple américain montre que profit et préservation de la santé des travailleurs (au moins sur le plan des AT et des MP) peuvent aller de pair, il est évident que ce modèle n'est pas aisément transposable dans le continent européen où le contexte social, économique, juridique et culturel est sensiblement différent<sup>4</sup>. Il reste que, dans tous les cas, il existe des marges de manœuvre importantes en matière de santé et de sécurité au travail. L'exemple des accompagnements et aménagements parfois réalisés pour les travailleurs vieillissants<sup>5</sup> le montre bien : il est possible d'agir au niveau de la formation, de la gestion du temps de travail, de l'organisation des collectifs, de la disposition des postes de travail, etc.

---

<sup>1</sup> A titre d'exemple, la firme General Motors affiche une baisse de 85% de la fréquence des AT avec arrêt entre 1995 et 2001, et cela sans externalisation massive des activités dangereuses.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 57.

<sup>3</sup> DEJOURS C., *Le facteur humain*, Paris, PUF, 1995.

<sup>4</sup> P. Askenazy brosse un tableau extrêmement négatif de « l'impasse française » sur les questions de santé au travail : « désintérêt constant de l'État depuis 15 ans », faiblesse de la médecine et de l'Inspection du travail, « atonie syndicale et politique », échec de la RTT...

<sup>5</sup> LAVILLE A., VOLKOFF S., « Fragilités et ressources des travailleurs vieillissants », in ABÉCASSIS F., ROCHE P., *Précarisation du travail et lien social*, *op. cit.*, pp. 125-136. Cf. également : BENACH J., MUNTANER C., BENAVIDES F. G., AMABLE M., JÓDAR P., « De nouvelles stratégies de prévention pour un nouvel environnement du travail : besoins, principes, enjeux », Communication au colloque BTS-SALISA « Le travail sans limites ? Réorganiser le travail et repenser la santé des travailleurs » (Bruxelles, 25-27 septembre 2000), *Bulletin d'information du bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité*, n° 15-16, 2001, pp. 31-41.

Après cette approche plutôt macrosociale et quantitative des accidents du travail, poursuivons l'analyse en abordant maintenant l'accident comme événement concret inscrit à la fois dans la trame de l'organisation et dans les parcours des salariés. Au niveau local, l'accident du travail est en effet un événement qui donne lieu à un ensemble d'interprétations, de négociations et de compromis mettant en jeu différentes catégories d'acteurs au sein de rapports sociaux souvent non consensuels.

La question de la *cause*, par exemple, est porteuse d'enjeux politiques fondamentaux. Dans une analyse des processus d'imputation causale en cas d'accident dans des contextes industriels, N. Dodier<sup>1</sup> distingue deux approches de l'accident du travail : le *traitement moral*, qui cherche à identifier un ou des responsables humains ; et le traitement sociotechnique de l'accident comme *dysfonctionnement*, dont les causes sont multiples et non hiérarchisées. Dans l'attitude morale, il s'agit d'abord de rechercher un responsable à qui imputer la faute qui a entraîné l'accident (par exemple le non-respect des réglementations), afin que le dommage survenu ne reste pas impuni. Cette approche, dont l'arène par excellence est le procès, se caractérise par une « insatisfaction tenace devant la figure du malheur sans coupable<sup>2</sup> ». Dès lors qu'un coupable peut être désigné, la recherche causale cesse. Si une pluralité de causes peut être admise, le jugement de responsabilité se focalise avant tout sur les causes humaines et opère par hiérarchisation entre « facteurs techniques » et « facteurs humains ». La dynamique de l'innovation sociotechnique, qui traite l'accident comme un dysfonctionnement, s'oppose point par point à cette attitude morale. Dans cette approche, la cause est dissociée de la notion de responsabilité. Causes humaines et non-humaines sont équivalentes : il s'agit de reconstituer, par exemple avec la méthode de l'« arbre des causes », l'ensemble des facteurs qui ont abouti à l'accident, non pas pour trouver un responsable mais pour corriger le système (optique préventive). La notion d'« écart à la règle » disparaît au profit de celle d'« écart aux conditions habituelles », ce qui suppose de considérer l'accident comme le résultat d'un agencement particulier, singulier, de causes concrètes, plutôt que comme le résultat

---

<sup>1</sup> DODIER N., « Causes et mises en cause. Innovation sociotechnique et jugement moral face aux accidents du travail », *Revue française de sociologie*, vol. XXXV, n° 2, 1994, pp. 251-281. L'auteur s'appuie sur plusieurs enquêtes ethnographiques et sur des entretiens avec des agents de l'Inspection du travail, des contrôleurs de la CRAM, des ingénieurs et techniciens de sécurité en entreprise, des magistrats et des représentants syndicaux.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 255.

typique d'un schéma général. Ainsi, « du point de vue du traitement moral, ce qui paraît inacceptable dans ce traitement de l'accident comme dysfonctionnement et dans le dédain pour les règles dans le processus d'imputation, c'est que, au nom des négociations qui s'engagent dès qu'il s'agit de trouver des solutions concrètes, les coupables puissent rester impunis<sup>1</sup> ». N. Dodier montre que si l'on peut dans un premier temps associer l'attitude morale aux inspecteurs du travail, aux magistrats et aux représentants syndicaux, et la dynamique de l'innovation sociotechnique aux techniciens de sécurité et aux contrôleurs des CRAM, les deux approches ne sont pas toujours aussi tranchées. D'une part, le jugement moral fait parfois retour chez les acteurs les plus orientés a priori vers une attitude non morale : les agents des CRAM par exemple admettent chercher malgré tout à rétablir une forme d'équilibre des pouvoirs en ne validant qu'en dernière instance la faute de l'employé (par rapport à celle de l'employeur)<sup>2</sup> ; d'autre part, malgré son ambition de neutralité technique, la méthode « arbre des causes » peut devenir un outil pour les acteurs dans l'arène du procès : parce qu'il exige des détails, parce qu'il suppose de remonter le plus loin possible en amont, l'arbre des causes est aussi un moyen de faire apparaître la responsabilité d'autres personnes que celles mises en cause dans les premiers maillons<sup>3</sup>.

L'accident de travail est donc l'objet d'une construction sociale<sup>4</sup>. Afin de mieux comprendre les enjeux et les processus de négociation qui se nouent autour de cet événement et de sa déclaration, plusieurs études qualitatives complémentaires à l'enquête Conditions de travail ont été réalisées. Elles visent à développer « une autre approche de l'accident du travail [qui] consiste à replacer cet événement au

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 263.

<sup>2</sup> Dix années plus tard, dans un contexte de précarisation accrue du travail, il semble que cette tendance se confirme : J. Muñoz montre comment les techniciens des CPAM, tout en respectant les règles juridico-administratives auxquelles ils sont soumis, se réfèrent à une logique d'action sociale dans la validation du caractère professionnel des accidents. Lorsque les accidentés sont dans des situations difficiles (intérimaires, salariés en perte d'emploi), et lorsque le rapport de force avec l'employeur apparaît trop inégal, ces agents procèdent collectivement à des ajustements visant à « relire » la législation dans un sens favorable à l'assuré. Cf. : MUÑOZ J., « Prendre en charge un accident du travail : une activité de qualification à l'épreuve de la précarisation », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 4, 2003, pp. 81-102.

<sup>3</sup> C'est d'ailleurs pour cela que, bien qu'elle se présente comme un outil résolument neutre et dénué de toute notion de responsabilité (cf. son appellation anglo-saxonne : « fault-free analysis »), la méthode de l'arbre des causes a suscité une certaine hostilité chez les employeurs, alors qu'elle a au contraire été reprise par les organisations syndicales et les ergonomes engagés du côté des travailleurs. Cf. : DUCLOS D., *La santé et le travail*, op. cit., p. 111.

<sup>4</sup> R. Lenoir l'a démontré dès 1980 : LENOIR R., « La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes », *Actes de la recherche en sociales*, n° 32-33, 1980, pp. 77-88. Cf. également : DWYER T., *Life and death at work. Industrial accidents as a case of socially produced error*, New York, Plenum Press, 1991.

cœur d'une dynamique sociale, à l'articulation de l'organisation du travail et de l'histoire – individuelle et collective – du ou des travailleurs accidentés. Il s'agit alors de questionner l'activité de travail et son organisation mais aussi les rapports sociaux qui la traversent, et de discerner, en amont de l'accident, les signes annonciateurs de ce dernier ainsi que les marges de manœuvre, individuelles et collectives, qui permettent ou ne permettent pas aux travailleurs d'en tenir compte<sup>1</sup> ».

Que nous apprennent ces post-enquêtes ? Celle de V. Daubas-Letourneux et A. Thébaud-Mony<sup>2</sup> éclaire le processus de déclaration (ou non) de l'accident, en distinguant trois types de situations :

- dans un premier type, l'accident est systématiquement déclaré. Il s'agit surtout de grandes entreprises, ou de branches de métiers « à risques », où les travailleurs sont plus informés de leurs droits, et où la déclaration d'accident est intégrée à part entière dans l'organisation du travail ;

- dans d'autres cas, la déclaration pose problème, même si elle est finalement faite : il s'agit de situations de travail marquées par une grande urgence productive, où le salarié (à ses propres yeux et/ou à ceux de son employeur) peut difficilement quitter son poste avant la fin de la journée, même après un accident. La déclaration est donc faite, mais après un délai (ce qui peut d'ailleurs nuire par la suite à sa reconnaissance par la CRAM) ;

- enfin, restent les cas où la déclaration n'est pas faite. Trois types de raisons apparaissent : soit les salariés ne connaissent pas leurs droits en matière d'arrêt de travail et d'indemnisation ; soit la perte de salaire liée à un arrêt de travail les pousse à y renoncer (les indemnités journalières étant souvent versées des semaines, voire des mois après l'accident) ; soit l'absence de déclaration résulte des pratiques dissuasives des employeurs. Dans ce registre, toutes sortes de pressions peuvent peser sur le salarié : chantage sur l'emploi (en particulier dans le cas des travailleurs intérimaires), disqualification de la victime aux yeux de son entourage de travail (par exemple par des remarques publiques sur les « vacances prolongées » d'un salarié accidenté lors d'un retour de vacances), non-remplacement du salarié arrêté, qui sait ainsi que son absence est synonyme de

---

<sup>1</sup> DAUBAS-LETOURNEUX V., THÉBAUD-MONY A., « Les angles morts de la connaissance des accidents du travail », *op. cit.*, p. 25.

<sup>2</sup> *Ibid.* L'enquête a été effectuée par entretiens approfondis auprès de 35 personnes, qui ont eu en tout 63 accidents du travail au cours de leur vie professionnelle.

surcharge de travail pour ses collègues. Dans certains cas (par exemple dans une grande surface), la disqualification par les problèmes de santé (accidents du travail et autres types de problèmes) est intégrée dans une forme de « gestion » du personnel visant, par l'isolement et la stigmatisation du salarié, à obtenir finalement sa démission – moins coûteuse pour l'entreprise qu'un licenciement. Les accidents du travail ne sont donc pas seulement des événements ponctuels : par leurs conséquences sur l'emploi et/ou sur la santé, ils peuvent donner lieu à des bifurcations dans les parcours professionnels.

Une autre recherche complémentaire à l'enquête Conditions de travail a exploré les enjeux autour de l'accident de travail, de sa déclaration et de l'éventuel arrêt consécutif. L'auteur a observé, pour des travailleurs exerçant des métiers « à risques », plusieurs types de négociations et d'arrangements autour de l'accident, du déni pur et simple de la part de l'employeur à la mise en œuvre loyale de la déclaration. Cette recherche montre également que dans certains cas, c'est l'accidenté lui-même qui « prend sur lui » de ne pas déclarer l'accident : « il y a une forme "d'indépendance solitaire" du salarié qui décide de s'arrêter de travailler ou de ne pas le faire, selon ce qu'il estime devoir faire, selon les usages particuliers dans son entreprise et les relations (rapports de force) avec la hiérarchie<sup>1</sup> ». Dans cette prise de décision intervient notamment la perception d'un devoir moral de « tenir » au travail, qui amène certains salariés à minimiser la gêne ou la douleur pour préserver la « fierté » de n'avoir pas été défaillants, ni à l'égard de l'entreprise ni envers les collègues de travail. Ces salariés « percevraient comme une sorte de défection personnelle le fait de ne pas reprendre le travail aussitôt l'incident clos », après avoir été soignés sur place. Le renoncement à l'arrêt de travail peut également s'appuyer sur l'intériorisation des impératifs de continuité de la production : le salarié estime alors que le travail qu'il fait est nécessaire, et que son absence serait néfaste à la bonne marche de l'entreprise. C'est ce type de logique qui amène certains accidentés à ne pas s'arrêter ou à demander au médecin un arrêt de travail le plus court possible, ou même à travailler pendant la période d'arrêt. Ainsi, « l'implication au travail amène la victime d'un accident à "gérer" son arrêt

---

<sup>1</sup> LORIENT D., « Accidents et organisations du travail : les enjeux de l'arrêt de travail », *op. cit.*, p. 52. L'enquête a été réalisée par entretiens approfondis auprès de 40 personnes choisies dans des métiers « à risques » (BTP, nettoyage, livraison rapide...).

de travail selon la conscience qu'elle a de sa place dans le collectif de travail ou dans l'entreprise (pour freiner ou ralentir la production, assurer le service attendu par un client, etc.)<sup>1</sup> ».

Pour mieux caractériser les différents cas de figure et rendre compte de la variabilité sociale de la prise en charge des accidents et des politiques de prévention dans les entreprises, l'auteur a identifié quatre contextes de travail typiques :

- deux situations concernent le travail effectué « sur place », soit dans des ateliers « classiques » de type industriel ou artisanal ; soit dans des contextes d'activités « émergentes » fortement marquées par des innovations productives et organisationnelles. Dans le premier cas, la dimension prescriptive qui caractérise l'ensemble de l'organisation du travail vaut également pour la déclaration d'accident : il s'agit en général d'entreprises de grande taille dans lesquelles l'accident est une procédure parmi d'autres, prise en charge par des services professionnels sans faire l'objet de négociation particulière. Dans le second cas en revanche, les entretiens réalisés auprès de femmes travaillant dans des industries agroalimentaires indiquent qu'elles doivent gérer comme un problème personnel de santé les conséquences d'un accident de travail, avec les difficultés que cela présente pour elles dans un univers coercitif et marqué par la domination à l'égard de cette main-d'œuvre féminine ;

- deux autres types de situations concernent le travail « hors les murs », c'est-à-dire sur des chantiers ou dans les services. Dans l'univers des chantiers, caractérisé globalement par une grande instabilité de l'organisation du travail<sup>2</sup>, on relève une différence notable dans la prise en charge des accidents et dans les politiques de prévention selon que l'organisation permet ou non l'existence d'une forme collective de savoir-faire de prudence et sa transmission entre anciens et nouveaux salariés. Quant au monde des services non qualifiés (gardiennage, livraison rapide...) exploré par l'auteur, il se caractérise par un travail « sans foi ni loi » et par le refus systématique de déclarer les accidents de travail. Dans ce contexte où domine l'improvisation organisationnelle, où la situation de sous-traitance est majoritaire et où les rapports de force sont fréquents, la notion même de prévention

---

<sup>1</sup> LORIoT D., « Accidents et organisations du travail : les enjeux de l'arrêt de travail », *op. cit.*, p. 53.

<sup>2</sup> N. Dodier a montré en quoi cette instabilité complexifie la tâche des inspecteurs du travail, cf. : DODIER N., « La fugacité des chantiers : inspection du travail et prévention des risques professionnels dans le secteur du bâtiment et des travaux publics », *Sociologie et sociétés*, vol. XVIII, n° 2, 1986, pp. 61-71. Sur ce corps professionnel, cf. également : TIANO V., « Les inspecteurs du travail aux prises avec l'évaluation des risques », *Travail et emploi*, n° 96, 2003, pp. 67-83.



est hors de propos. Je citerai l'exemple d'un gardien de nuit sur des chantiers, qui ne dispose pas du matériel élémentaire (pas de lampe électrique – ou alors sans piles, pas de téléphone portable – ou alors sans abonnement...), et qui exprime le grand dénuement dans lequel il se trouve pour effectuer son travail de garde : « *on n'a que notre corps* ». Dans ce type de contexte, l'auteur souligne qu'à l'insécurité de l'emploi et à l'insatisfaction dans le travail s'ajoute l'insécurité au travail.

Cette enquête montre également que dans la négociation autour de l'accident et de l'arrêt de travail, la seule possibilité laissée aux salariés consiste souvent à se faire arrêter pour « maladie » par leur médecin traitant, l'accident du travail étant ainsi totalement occulté. Ces pratiques, outre les dérives d'une gestion « privatisée » de la santé au travail, ont pour conséquence un transfert de coût entre la branche « accidents du travail » et la branche « maladie » de la Sécurité sociale<sup>1</sup>, et aboutissent finalement à l'invisibilité sociale d'une partie des atteintes à la santé liées au travail<sup>2</sup>.

L'enquête Conditions de travail et les recherches complémentaires apportent donc des arguments essentiels pour déconstruire la notion d'inéluctabilité des risques (l'idée de « risques du métier ») en ce qui concerne les accidents de travail, dont la dimension réellement « accidentelle » (au sens de « fortuite ») doit être sérieusement remise en question.

Mais au-delà des accidents, qui ne sont que les formes les plus visibles d'atteintes à la santé (encore ne le sont-elles pas complètement, comme cela vient d'être montré), l'intensification et les réorganisations du travail alliées à la précarisation de l'emploi se traduisent à la fois par des atteintes directes ou indirectes à la santé des salariés, et par une reconfiguration des enjeux de santé au travail.

---

<sup>1</sup> Ce type de transfert existe également dans des proportions importantes du fait des nombreuses maladies d'origine professionnelle qui ne sont pas déclarées (ou reconnues) comme telles, et qui sont donc traitées au sein du dispositif « maladie » de la Sécurité sociale. On estime à 888 millions de francs le coût indûment supporté par la branche « maladie » et qui devrait relever de la branche « accidents du travail-maladies professionnelles », cf. : DENIEL A. (dir.), *Rapport de la commission instituée par l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997*, op. cit.

<sup>2</sup> L'enquête de V. Daubas-Letourneux et A. Thébaud-Mony citée précédemment montre que cette invisibilité est également alimentée par les CPAM à travers des pratiques de remise en question du caractère professionnel de l'accident (ce qui est contraire au principe légal d'imputabilité), et de contestation des durées d'arrêt de travail et des taux d'IPP. C'est donc à la fois quantitativement et qualitativement (à travers l'évaluation de la gravité) que se construit l'invisibilité des accidents du travail (les mêmes remarques étant valables pour les maladies professionnelles). A cette occultation partielle s'ajoutent des déplacements et confusions, car on sait que certaines atteintes sont déclarées en accident de travail alors qu'elles ont des suites chroniques, et qu'inversement, certaines maladies professionnelles sont consécutives à un accident de travail.

## ***b) Les enjeux de santé reformulés par la précarisation du travail***

Depuis quelques années, des travaux importants, qu'ils soient issus du champ sociologique ou de la prise de parole de professionnels, ont ramené au devant de la scène la thématique des relations entre travail et santé. En montrant comment les mutations contemporaines du travail et de l'emploi engendrent une sollicitation accrue de la santé physique et psychique dans les activités de travail, ces recherches<sup>1</sup> engagent à s'interroger plus avant sur la nature et les enjeux des processus à l'œuvre.

L'analyse des liens entre précarisation du travail et santé se heurte aux mêmes difficultés et répond aux mêmes exigences que l'étude plus générale des relations entre santé et travail<sup>2</sup>. Celles-ci, nous l'avons vu, sont extrêmement complexes et ne sont encore que partiellement connues. On peut ajouter d'emblée que cette complexité est renouvelée par la nature même de la précarisation du travail dont l'une des caractéristiques est de rendre les activités et les parcours professionnels plus instables et fluctuants, donc plus difficiles à appréhender dans l'optique d'en étudier les résonances avec la santé. De ce fait, leur analyse amène à mobiliser des modes d'intelligibilité diversifiés et complémentaires, et à faire appel à plusieurs types de données et plusieurs approches disciplinaires : épidémiologie sociale, sociologie, ergonomie, psychodynamique du travail, approches cliniques d'acteurs professionnels comme les médecins du travail, etc. Il s'agit, en d'autres termes, de multiplier les angles d'observation de façon à considérer chacune des facettes d'un objet complexe. Trois remarques essentielles me semblent devoir guider ce travail d'analyse :

- en premier lieu, il faut souligner la *pluridimensionnalité* des objets étudiés. Concernant le travail, les deux premiers chapitres ont montré les multiples dimensions et les différents sens de cette réalité sociale complexe, et la précarisation

---

<sup>1</sup> Pour une présentation des travaux quantitatifs, cf. : CRISTOFARI M.-F., *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel (SIP)*, Rapport de recherche, CEE, 2003 ; pour une revue de littérature sur les liens entre transformations du marché du travail et santé, cf. : PLATT S., PAVIS S., AKRAM G., *Changing labour market conditions and health*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1999.

<sup>2</sup> De même que, comme l'a montré le premier chapitre, la précarisation du travail n'est pas analysable sans être replacée dans l'ensemble des mutations du monde du travail, l'étude des liens entre santé et précarisation n'est pas dissociable du champ santé-travail dans sa globalité et dans son histoire.

du travail a été définie comme un ensemble de dynamiques observables dans plusieurs registres d'analyse<sup>1</sup>. Quant à la santé, il est tout aussi important de rappeler qu'elle renvoie à de multiples ordres de réalité, et en particulier qu'elle ne se réduit pas à un état organique médicalement défini et attesté. Prendre acte de la complexité de cette notion implique d'en adopter une définition extensive : « les douleurs, l'inconfort, la peur, l'énervement, l'ennui, les multiples formes de fatigue, que le travail peut provoquer ou renforcer, retiennent l'attention au même titre que les pathologies diagnosticables<sup>2</sup> ». Compte tenu de ces remarques, la question des liens entre travail et santé peut être formulée de la façon suivante : « *quels aspects de la précarisation du travail ont quels effets sur quelles dimensions de la santé ?* » ;

- pour autant, il ne suffit pas de s'en tenir à une (d)énonciation des « effets pathogènes du travail », car une telle approche causale unilatérale fait l'impasse sur la *réciprocité* des relations entre travail et santé. En effet, la santé n'est pas une toile blanche sur laquelle viendraient mécaniquement s'imprimer les conséquences des activités professionnelles. Il faut penser les relations entre santé et travail dans leur *interdépendance*, dans une dynamique de *construction mutuelle* : si le travail (son contenu, ses conditions, son organisation) et les conditions d'emploi contribuent à façonner la santé physique, mentale et morale, la santé en regard configure en partie la façon de travailler (par le biais de la fatigue, par exemple) et les orientations des parcours professionnels (processus de sélection-exclusion professionnelle sur des critères de santé). Santé et travail sont donc dans une relation d'interdépendance, ce qui amène à reformuler ainsi la question : « *quels aspects de la précarisation du travail interagissent (et comment) avec quelles dimensions de la santé ?* » ;

- enfin, un troisième élément essentiel à la compréhension des enjeux portés par les relations entre santé et travail tient à la dimension *diachronique* de ces liens. Il est en effet nécessaire de penser le rapport au travail et à l'emploi comme une histoire au long cours, celle de l'ensemble du parcours professionnel ; de même que la santé doit être conçue à l'échelle biographique comme une dynamique sans cesse animée par des processus de construction-déconstruction-reconstruction (dont le travail

---

<sup>1</sup> Je rappellerai brièvement que la précarisation du travail a été définie comme l'ensemble cohérent de quatre phénomènes principaux : la précarisation de l'emploi et des trajectoires professionnelles, l'éclatement du système productif dans les processus d'externalisation, l'intensification du travail liée à l'introduction de nouveaux modes de production, et le développement d'un « néomanagement » mobilisant la subjectivité des travailleurs.

<sup>2</sup> VOLKOFF S., THÉBAUD-MONY A., « Santé au travail : l'inégalité des parcours », *op. cit.*, p. 357.

est, parmi d'autres, un des lieux d'élaboration)<sup>1</sup>. Cela signifie que, même en l'absence de dispositifs méthodologiques longitudinaux (qui, on le sait, sont toujours plus délicats à mettre en œuvre), la question formulée plus haut doit être entendue en gardant à l'esprit cette épaisseur temporelle des phénomènes étudiés.

Je tenterai, à partir d'une approche panoramique de l'état de la question, orientée davantage vers des axes de réflexion que vers une compilation de données, de démêler un écheveau complexe, de déplier et de décomposer analytiquement des réalités souvent imbriquées, et d'ouvrir quelques « boîtes noires » pour entrer dans la compréhension des articulations intimes entre travail et santé. L'objet premier de cette tentative de synthèse n'est pas d'identifier des « conséquences du travail sur la santé », mais d'appréhender le plus globalement possible l'espace des relations et des médiations possibles entre santé et précarisation du travail, à travers la notion centrale d' « enjeu » ou de « mise en jeu », que je déclinerai en 5 niveaux d'analyse :

- le premier angle d'approche est celui des *mises en jeu de la santé et de l'intégrité physique* dans les activités de travail façonnées par les processus d'intensification ;

- le deuxième point traite des effets de la précarisation du travail (dans ses multiples composantes) sur le *rapport au travail, le bien-être et l'identité* des salariés (c'est-à-dire sur leur santé morale et mentale).

Ces deux premiers angles d'analyse relèvent du processus global de *l'usure au travail*, qui peut être doublement décrite selon les sexes et selon les classes sociales, et dont les effets en termes de morbidité et de mortalité constituent un versant essentiel de la construction sociale des inégalités de santé<sup>2</sup> ;

- la troisième entrée quitte l'échelle individuelle pour aborder l'organisation macrosociale des relations entre santé et travail, et montrer que les nouvelles divisions du travail s'accompagnent d'une nouvelle *division sociale des mises en jeu de la santé au travail* ;

- dans un quatrième point je m'intéresserai aux rapports au travail et à la santé comme composantes des expériences sociales et de la vie quotidienne, et je proposerai quelques éléments de réflexion sur les *liens existant entre le rapport à la santé et les expériences de chômage et d'intermittence en emploi* ;

---

<sup>1</sup> « La santé n'est pas un état stable à défendre, c'est un élan incessant que traversent tous les événements de notre histoire », in DESSORS D., « Précarité, précarisation, santé : lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail », Communication aux XXIII<sup>es</sup> Journées nationales de médecine du travail, Besançon, 1994, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 56, n° 3, 1995, p. 180.

<sup>2</sup> Cf. : DRULHE M., *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF, 1996 (en particulier le chapitre 4, §2).

- enfin, le dernier angle d'analyse portera sur *le travail, l'emploi et la santé comme valeurs*, et interrogera les enjeux de leur mise en concurrence à l'échelle individuelle et collective.

Ces 5 points d'entrée correspondent donc à 5 intelligibilités partielles de la question des relations entre précarisation du travail et santé, mobilisant chacune des aspects différents de la santé et du travail. Bien sûr, ces différents niveaux d'analyse sont étroitement liés entre eux par un ensemble de relations de causalité, de processus d'interstructuration et de médiations matérielles et subjectives. C'est dans la mise en perspective de ces divers registres - distingués ici pour les besoins de l'analyse - que se situe l'intelligibilité globale et complexe des articulations entre santé et travail.

Les conclusions qui me semblent pouvoir être avancées au regard des connaissances disponibles sont sommairement les suivantes : la composante « intensification » de la précarisation du travail n'introduit pas de questions radicalement nouvelles en matière de santé, dans le sens où - pour le dire schématiquement - elle ne fait qu'amplifier des enjeux déjà classiquement connus quant aux relations entre santé et travail. L'intensification s'inscrit donc dans une continuité (certes renouvelée) des modes de mise en jeu de la santé au travail (j'ajoute qu'affirmer cela ne revient aucunement à minimiser l'importance de ces mises en jeu, d'autant plus qu'elles tendent à s'amplifier et à se diversifier). Simultanément, les diverses facettes de la précarisation de l'emploi et des recompositions du système productif sont quant à elles porteuses d'enjeux relativement nouveaux et spécifiques quant à la santé des travailleurs exerçant notamment en contrats précaires et en sous-traitance. D'autre part, il semble que les évolutions récentes des modes de management et de « gestion » des différentes catégories de salariés soient également à l'origine de formes partiellement inédites de souffrance au travail. Enfin, l'ensemble des transformations du monde du travail reformule la dialectique des relations santé-travail, tant au niveau des expériences individuelles qu'au regard de l'histoire de la santé au travail et de ses constructions dans le champ socio-politique.

## Les pathologies de l'intensité

*« De même que la gestion délicate de contraintes de travail mal articulées entre elles est renvoyée de plus en plus à la responsabilité de chaque salarié, de même la gestion de la santé au travail repose sur des compromis individuels plus ou moins tenables à long terme. (...) En mobilisant plus fortement les ressources physiques, mentales et psychiques, [l'intensité du travail] met chacun en situation de fragilité ».*

Serge Volkoff<sup>1</sup>

Nous avons vu dans le premier chapitre que les pénibilités au travail n'ont pas disparu, et qu'au contraire certaines d'entre elles se développent sous l'effet de l'intensification du travail, définie principalement par un durcissement et un cumul des contraintes de temps. On observe à la fois une massification du travail, par l'augmentation de la charge globale de travail dans un temps donné ; et une densification, par la réduction des temps interstitiels de repos, de prise de recul et d'anticipation dans la réalisation concrète du travail.

Ces contraintes ont pour effet d'intensifier les sollicitations corporelles et psychiques dans le travail, ce qui peut se traduire sur le plan de la santé de multiples façons, directes et – souvent – indirectes : les liens entre intensification du travail et atteintes à la santé ne sont pas du même ordre que, par exemple, ceux qui existent entre l'exposition à un produit toxique et un certain type de cancer. Les données disponibles permettent surtout d'observer des *associations* entre certaines caractéristiques du travail et certaines altérations de la santé, sans qu'il soit toujours possible d'affirmer une relation de cause à effet. Cependant, sauf à recourir systématiquement à l'hypothèse selon laquelle une santé dégradée précéderait l'exposition à l'intensification du travail<sup>2</sup>, les travaux existants laissent à penser

---

<sup>1</sup> In VOLKOFF S., « Intensification et fragmentation du travail. La civilisation de la hâte », Communication au colloque BTS-SALISA « Le travail sans limites ? Réorganiser le travail et repenser la santé des travailleurs », Bruxelles, 25-27 septembre 2000, *Bulletin d'information du bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité*, op. cit., pp. 68-70.

<sup>2</sup> Hypothèse qui, si elle peut expliquer certains résultats particuliers, ne peut être retenue comme explication globale. On ne voit pas en effet pourquoi la population des salariés dans son ensemble serait – pour des raisons extraprofessionnelles – en moins bonne santé aujourd'hui qu'il y a une quinzaine d'années. En revanche, il est certain que les effets de l'intensification du travail sont d'autant plus sensibles que la santé des individus est préalablement fragilisée.

qu'il y a bien des formes d'altération de la santé dues à cette intensité ou aggravées par elle<sup>1</sup>.

Ce phénomène est visible notamment dans la Troisième enquête européenne sur les conditions de travail<sup>2</sup>. Cette recherche fait d'abord apparaître un résultat paradoxal : les salariés qui perçoivent leur travail comme menaçant pour leur santé ou leur sécurité<sup>3</sup> sont légèrement moins nombreux qu'en 1990 (baisse de 30% à 27%), tandis que simultanément ils sont plus nombreux à estimer que leur travail affecte leur santé (57% en 1990 et 60% en 2000)<sup>4</sup>. L'enquête montre que les facteurs d'intensité du travail sont très fréquemment corrélés à la présence de troubles de santé attribués au travail : ainsi, les salariés qui déclarent travailler avec des cadences très élevées pendant tout ou presque tout leur temps de travail (un quart de l'ensemble) sont près des trois-quarts à estimer que leur travail affecte leur santé, pour 50% parmi ceux qui ne sont jamais ou presque jamais exposés à des cadences très élevées. Plus spécifiquement, ces salariés font état de douleurs dorsales (+21% par rapport à ceux qui ne sont pas ou presque pas soumis à des cadences très élevées), de douleurs musculaires dans le cou ou les épaules (+20%) et dans les membres supérieurs (+11%). Sur le versant de la santé mentale, les écarts sont là aussi très importants : +19% en ce qui concerne le stress, +15% pour la fatigue générale, +5% à +7% pour l'insomnie, l'anxiété et l'irritabilité. Si l'on s'intéresse aux salariés qui doivent respecter des délais très rigoureux, on observe le même type d'associations entre contraintes dans le travail et problèmes de santé. D'une façon générale, cette enquête fait apparaître que les contraintes industrielles ont un impact considérable sur les troubles psychiques et, pour certaines d'entre elles (contraintes de type automatique notamment), sur la santé physique ; tandis que les contraintes marchandes sont surtout défavorables à la santé psychique et

---

<sup>1</sup> Une analyse effectuée sur les données des enquêtes ESTEV a consisté à « évaluer dans quelle mesure l'omission simultanée de trois groupes de variables - facteurs de risques personnels, expositions passées et historique médical - est susceptible de biaiser gravement les estimations des liens entre caractéristiques actuelles du travail et santé ». Les résultats de cette expérience statistique sophistiquée montrent que, la plupart du temps, « il n'apparaît pas abusif d'interpréter en termes de causalité des corrélations statiques observées entre certains risques professionnels (notamment les risques liés à l'organisation du travail) et certaines (infra)pathologies », cf. : COUTROT T., WOLFF L., *L'impact des conditions de travail sur la santé : une expérience méthodologique*, DARES, Document d'étude n° 97, 2005.

<sup>2</sup> PAOLI P., MERLLIÉ D., *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail*, op. cit.

<sup>3</sup> La question était la suivante : « pensez-vous ou non que, à cause de votre travail, votre santé ou votre sécurité soit menacée ? ».

<sup>4</sup> Formulation : « votre travail affecte-t-il votre santé ? Si oui : en quoi ? ». Suivait une liste de 20 propositions de troubles physiques et psychiques. Le paradoxe est peut-être lié aux formulations respectives des deux questions : la première évoque plutôt des risques vitaux immédiats, tandis que la seconde, plus large, laisse place à des troubles plus diffus et plus indirects.

sont liées de façon plus inégale à la santé physique. Il semble également que les effets nocifs de ces deux types de contrainte s'additionnent systématiquement. Une caractéristique en particulier apparaît très fortement corrélée à une dégradation de la santé : « lorsque le caractère hybride ou bricolé de l'organisation se traduit par des interruptions fréquentes de tâche, on constate un accroissement net et significatif de tous les risques recensés, sans aucune exception. Ces interruptions, caractéristiques des organisations "flexibles" insuffisamment maîtrisées, pourraient bien constituer une forme particulièrement nocive d'intensification du travail<sup>1</sup> ».

Il faut souligner que ces résultats sont d'autant plus remarquables que les biais liés à la nature même des liens entre travail et santé vont plutôt dans le sens d'une minimisation des effets pathogènes (biais dans la population interrogée lié à l'effet « travailleur en bonne santé », biais déclaratif lié aux cultures défensives contre la souffrance et les risques au travail, biais lié au décalage temporel de l'apparition des troubles).

L'intensification du travail est donc indubitablement associée à des formes diverses d'altérations de la santé. Plusieurs modèles interprétatifs peuvent être mobilisés pour tenter de comprendre la dynamique de ces atteintes. S'agissant de la composante physique des activités de travail<sup>2</sup>, l'intensification relève du registre de la *sollicitation directe* du corps dans le travail, c'est-à-dire de l'impératif de produire davantage d'efforts en moins de temps. A terme, cet « usage inapproprié ou excessif des hommes et des femmes au travail<sup>3</sup> » donne lieu à une usure générale dont les manifestations peuvent être très diverses<sup>4</sup>. Les *pathologies musculo-squelettiques* (TMS) en sont un bon exemple<sup>5</sup>. Il est intéressant de souligner, comme

---

<sup>1</sup> In BOISARD P., CARTRON D., GOLLAC M., VALEYRE A., *Contraintes de temps dans le travail et risques pour la santé en Europe*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2003, p. 58. Cf. également, des mêmes auteurs : *Temps et travail : l'intensité du travail*, *op. cit.*

<sup>2</sup> Qui, rappelons-le, n'est pas l'exclusivité des travaux dits « manuels », de même que, symétriquement, les activités dites « physiques » sollicitent toujours les facultés cognitives et intellectuelles, contrairement à ce qui a longtemps été admis, cf. la difficile reconnaissance de la « mauvaise fatigue » des ouvriers décrite par LORIOU M., *Le temps de la fatigue*, *op. cit.*

<sup>3</sup> In DAVEZIES P., « Évolutions des organisations du travail et atteintes à la santé », *Travailler*, n° 3, 1999, p. 89.

<sup>4</sup> Et ce terme peut parfois être relativement court : quelques semaines de gestes et d'efforts répétitifs suffisent à entraîner des pathologies telles que tendinites ou syndromes du canal carpien qui, même lorsqu'elles ne présentent pas une gravité majeure sur le plan médical, sont douloureuses et handicapantes au quotidien, et peuvent finir par compromettre l'activité professionnelle.

<sup>5</sup> LECLERC A. (dir.), « Affections péri-articulaires des membres supérieurs et organisation du travail. Résultats de l'enquête épidémiologique nationale », INRS, *Documents pour le médecin du travail*, n° 65, 1996, pp. 13-31 ; SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., DERRIENNIC F., MONFORT C., KAMINSKI M., TOURANCHET A., « Travail répétitif sous



le fait C. Dejours, que ces lésions par efforts répétitifs « surviennent dans un secteur – celui des services – où on ne les attendait pas, dans la mesure où, jusqu’à une période récente, on considérait les activités du secteur tertiaire comme relativement inoffensives vis-à-vis de la santé du corps<sup>1</sup> ». Ce phénomène relève d’une double explication. La première est d’ordre physiologique : la sédentarité et la répétitivité des tâches impliquent des contractions musculaires isométriques (statiques) et des mobilisations articulaires qui s’effectuent toujours dans la même direction, ce qui provoque des lésions des cartilages et des tendons. Ce processus pathogène est encore plus prononcé lorsque le travail est effectué sous fortes contraintes de temps, car on sait que dans ce contexte l’hypercontraction musculaire et la rigidification de la posture sont accrues<sup>2</sup>. Il s’agit donc d’une forme d’hypersollicitation différente de celle qui intervient dans les efforts de manutention manuelle classique, où alternent des moments de tension et de détente musculaire, et où les articulations sont sollicitées dans plusieurs directions.

Le second registre d’explication relève spécifiquement de la psychodynamique du travail<sup>3</sup>, et fait intervenir la notion de *répression pulsionnelle*. La répétitivité des gestes sur des cycles de temps courts amène l’opérateur à « arrêter sa pensée », car celle-ci est non seulement inutile à l’accomplissement du travail, mais elle risque même de faire baisser la productivité dans la mesure où elle constitue une voie d’évasion pour fuir l’ennui et la répétitivité. Mais il est difficile de « ne pas penser ». C’est d’ailleurs, comme le rappelle Yves Clot à la suite d’Henri Wallon, l’une des pénibilités centrales du taylorisme : « en un certain sens, Taylor ne réclame pas trop au travailleur mais trop peu. (...) L’effort n’est pas seulement celui que cet homme fait pour suivre la cadence. C’est également celui qu’il doit consentir pour refouler sa propre activité<sup>4</sup> ». Pour y parvenir, écrit C. Dejours, « le sujet soumis aux

---

contrainte de temps et douleurs périarticulaires des membres supérieurs des ouvriers de l’industrie », *Archives des maladies professionnelles*, vol. 58, n° 6, 1997, pp. 522-532.

<sup>1</sup> DEJOURS C., « Nouvelles formes d’organisation du travail et lésions par efforts répétitifs (LER) : approche par la psychodynamique du travail », Addendum 2000 à DEJOURS C., *Travail, usure mentale*, rééd. : Paris, Bayard, 2000, p. 253. Le travail d’opérateur(trice) de saisie constitue un bon exemple de ce type d’activité tertiaire où des TMS sont massivement observés.

<sup>2</sup> TEIGER C., LAVILLE A., DURAFFOURG J., *Tâches répétitives sous contraintes de temps et charge de travail, étude des conditions de travail dans un atelier de confection*, Paris, CNAM, Rapport n° 39, 1973.

<sup>3</sup> Discipline qui, selon D. Dessors, « étudie les relations entre organisation psychique et organisation du travail, et s’efforce de mettre en évidence les composantes subjectives et intersubjectives mobilisées par cette relation », in DESSORS D., « Précarité, précarisation, santé : lecture d’une instabilité multiple par la psychodynamique du travail », *op. cit.*, p. 178.

<sup>4</sup> CLOT Y., « Le sujet au travail », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail, op. cit.*, pp. 165-166.

contraintes du travail répétitif utilise un moyen qui s'avère efficace dans la plupart des cas : il s'agit de pratiquer l'auto-accélération », c'est-à-dire d'engager toute la conscience dans « un circuit court entre perception et activité psychomotrice laissant progressivement de moins en moins de place à l'activité de pensée ». Il s'agit donc d'un mécanisme de défense permettant de mettre à distance la pensée à la fois comme source de distraction et comme retour à la conscience d'un sentiment d'ennui et d'inutilité dans le travail. Outre la rigidification musculaire entraînée par une activité mentale entièrement dédiée au geste (les opérateurs parlent de « robotisation »), cette paralysie de la pensée s'accompagne d'un état d'inattention et d'insensibilité aux événements somatiques comme la douleur, qui finalement ne joue plus son rôle d'alarme vis-à-vis des dangers dont le corps est la cible. Ainsi, par le biais psychique de la répression pulsionnelle, c'est le corps physique qui est atteint. Et l'on comprend pourquoi les lésions musculo-squelettiques peuvent se déployer massivement dans des secteurs où l'activité physique (au sens traditionnel des efforts et des mouvements) n'apparaît pas centrale.

Le *stress*<sup>1</sup> et la *tension au travail* constituent une autre des médiations par lesquelles l'intensité du travail peut se traduire par des atteintes à la santé physique et mentale. L'enquête longitudinale ESTEV<sup>2</sup> a montré notamment que la tension au travail observée en 1990, définie selon le modèle de R. Karasek<sup>3</sup> comme la combinaison entre une faible autonomie dans le travail et une forte demande mentale, est prédictive de certaines dimensions de la santé perçue en 1995. Ainsi les trois indicateurs du Nottingham Health Profile que sont les troubles du sommeil, les réactions émotionnelles et l'isolement social sont plus souvent déclarés en 1995 lorsqu'une tension au travail était présente en 1990. Le lien de causalité semble

---

<sup>1</sup> La notion de stress connaît des acceptions multiples. Je rappellerai simplement d'une part que le stress est toujours le résultat d'un désajustement entre un sujet et son environnement à un moment donné, et d'autre part que le stress n'est pas un événement purement psychologique ou subjectif, mais qu'il se traduit dans l'ordre corporel par des manifestations physiologiques (hormonales notamment), cf. : NEBOIT M., VÉZINA M., *Stress au travail et santé psychique*, Toulouse, Octarès, 2003 ; ANESHENSEL C. S., « Social stress : theory and research », *Annual review of sociology*, n° 18, 1992, pp. 15-38.

<sup>2</sup> DERRIENNIC F., TOURANCHET A., VOLKOFF S., (dir.), *Age, travail, santé. Études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990*, Paris, INSERM, 1996. L'enquête ESTEV a porté en 1990 sur 21 378 salariés (nés en 1938, 1943, 1948 et 1953) tirés au sort et interrogés à l'occasion de la visite annuelle par 380 médecins du travail de 7 régions. La deuxième phase mettant à contribution près de 1000 médecins a permis de réinterroger, en 1995, 87% de l'échantillon de 1990.

<sup>3</sup> KARASEK R., « Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign », *Administrative science*, n° 24, 1979, pp. 285-308 ; KARASEK R., THEORELL T., *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 1990. Pour une analyse conjointe des travaux de R. Karasek et de J. Siegrist et de leurs rapports avec la psychodynamique du travail, voir : VÉZINA M., « Stress et psychodynamique du travail : de nouvelles convergences », *Travailler*, n° 2, 1999, pp. 201-218.

pouvoir être confirmé, car la réversibilité des troubles est également observée : des changements positifs dans le travail entre 1990 et 1995 sont associés à une diminution des ces trois indicateurs dans les résultats de la deuxième phase d'enquête<sup>1</sup>. Cette recherche a également permis d'observer que la prévalence des atteintes articulaires et des troubles du sommeil est notablement plus importante lorsque le travail est perçu comme monotone, sans marges de manœuvre et sans moyens appropriés pour atteindre un bon résultat.

D'autres types de troubles, plus diffus et dont l'apparition est souvent progressive ou différée, peuvent être rapportés au stress professionnel. Ainsi le rôle de l'organisation du travail dans l'apparition de maladies cardiovasculaires (responsables d'un décès sur quatre entre 45 et 74 ans chez les hommes et un sur cinq chez les femmes) mérite d'être souligné. De nombreuses études épidémiologiques ont montré que le risque de maladie cardiovasculaire est multiplié par 2 à 4 lorsque les salariés sont confrontés à des organisations du travail « stressantes », le stress étant défini selon deux modèles principaux : celui de R. Karasek cité plus haut, et celui de J. Siegrist<sup>2</sup> qui met en regard la charge de travail et l'investissement personnel d'une part, la reconnaissance du travail d'autre part. Ce type de résultat devrait conduire à développer un regard critique sur les approches préventives en matière de maladies cardiovasculaires, essentiellement centrées sur les comportements individuels (tabac, alcool, alimentation, sédentarité), et cela d'autant plus que l'on sait que ces facteurs de risques sont socialement distribués. T. Lang et R. de Gaudemaris rappellent ainsi à juste titre que « si les consommations de tabac, d'alcool ou l'alimentation sont en cause, il est trop rapide d'en faire peser la responsabilité entière sur l'individu, en ignorant que cet individu fait partie d'un groupe social, professionnel, avec une culture et des contraintes, et notamment des contraintes professionnelles. (...) Le fait que des situations favorisent certaines habitudes ou rendent difficile leur arrêt n'a pas été suffisamment exploré et souligné<sup>3</sup> ».

---

<sup>1</sup> DERRIENNIC F., VÉZINA M., « Intensification du travail et répercussions sur la santé mentale : arguments épidémiologiques apportés par l'enquête ESTEV », Communication au colloque Organisation, intensité du travail, qualité du travail (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., DE CONINCK F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, op. cit.

<sup>2</sup> DE JONGE J., BOSMA H., PETER R., SIEGRIST J., « Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being : a large scale cross-sectional study », *Social Science and Medicine*, n° 50, 2000, pp. 1317-1327.

<sup>3</sup> LANG T., DE GAUDEMARIS R., « Quand l'organisation du travail pèse sur le cœur », *Santé et travail*, n° 41, 2003.

A côté des sollicitations corporelles et mentales directes, l'intensification du travail atteint également la santé par un biais plus indirect qui réside dans la réduction des marges de manœuvre laissées aux salariés dans la réalisation concrète du travail. Pour appréhender ce type de processus, il faut quitter l'approche épidémiologique et diriger le regard vers une analyse fine des activités de travail telle que l'ergonomie l'a mise en œuvre. Celle-ci a en effet montré de longue date que les travailleurs élaborent des stratégies pour concilier à la fois les objectifs de la production, les compétences et les moyens dont ils disposent, et la préservation de leur santé. « Le salarié n'est pas le spectateur passif du plus ou moins bon ajustement entre son état fonctionnel et les caractéristiques de sa tâche. Au fil de sa vie professionnelle, il accumule à la fois une expérience des situations de travail, et une connaissance de son propre fonctionnement<sup>1</sup> », ce qui lui permet de contourner les sources de pénibilité ou de difficulté en anticipant sur les gestes ou les déplacements, en coopérant avec autrui, en s'appropriant le travail par une organisation personnelle au sein de l'organisation prescrite<sup>2</sup>. Or, l'intensification amenuise cette marge de manœuvre protectrice. Sous la pression de contraintes temporelles fortes, les travailleurs n'ont plus la possibilité de mettre en œuvre des modes opératoires permettant la préservation de soi : « la tapissière adoptera, pour garnir un siège, une posture de travail qui n'est pas celle qui lui convient le mieux, mais celle qui permet de tenir la cadence. (...) L'aide-soignante renoncera à recourir au soulève-malade, parce que l'installation de cet engin prend du temps<sup>3</sup> ». Ainsi, en contraignant le temps, l'intensification « détermine à la fois la vitesse d'exécution des tâches, leur ordre, la manière de les réaliser et même leur contenu, en obligeant parfois à renoncer à certaines composantes de l'activité<sup>4</sup> ».

Par la mobilisation directe des ressources physiques et psychiques ou, indirectement, par l'empêchement des stratégies d'auto-prévention, et plus largement par l'exigence d'un travail qui atteint les seuils de « soutenabilité », l'intensification du travail engendre une mise en jeu accrue de la santé dans les activités de travail. Il faut souligner la diversité des atteintes observées, qui

---

<sup>1</sup> GOLLAC M., VOLKOFF S., « *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail », *op. cit.*, p. 61.

<sup>2</sup> L'importance cruciale de ces stratégies a été particulièrement mise en lumière dans le cas des travailleurs « vieillissants », cf. : VOLKOFF S., MOLINIÉ A.-F., JOLIVET A., *Efficaces à tout âge ? Vieillesse démographique et activités de travail*, Dossier du CEE n° 16, 2000.

<sup>3</sup> GOLLAC M., VOLKOFF S., « *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail », *op. cit.*, p. 61.

<sup>4</sup> VOLKOFF S., « Intensification et fragmentation du travail. La civilisation de la hâte », *op. cit.*, p. 68.

constitue une relative nouveauté dans l'histoire des enjeux de santé au travail. S. Volkoff remarque ainsi que « les effets de l'intensification du travail et, plus généralement, les effets des formes actuelles d'organisation sur la santé des salariés prennent rarement la forme de pathologies à large échelle, vécues simultanément par un grand nombre d'entre eux dans une entreprise ou un secteur d'activité. Les troubles musculo-squelettiques (...) constituent une sorte d'exception : c'est bien un signe pathologique massif (...). Mais c'est à peu près le seul cas de ce type. Les autres manifestations pathologiques, la plupart des troubles de santé liés au travail aujourd'hui, prennent des formes beaucoup plus individualisées<sup>1</sup> ». Finalement, lorsque les contraintes et les contradictions de l'organisation du travail sont renvoyées à une gestion individuelle, la santé dans toutes ses dimensions apparaît comme un « amortisseur », c'est-à-dire comme l'ultime ressource dans laquelle puiser pour « tenir » au travail lorsque son organisation réduit drastiquement toutes les autres marges de manœuvre (par exemple celles liées à l'autonomie dans la gestion du temps, ou celles qui s'appuient sur un fonctionnement collectif). En résumé, comme le souligne P. Davezies, « il y a probablement consensus chez les professionnels de santé : les évolutions de l'organisation du travail ont entraîné une intensification du travail dont les conséquences en termes de fatigue, de surmenage, d'épuisement, d'usure et de pathologies d'hypersollicitation sont manifestes<sup>2</sup> ». En écho, A. Thébaud-Mony et S. Volkoff estiment qu'« on peut admettre qu'une grande partie des atteintes directes et massives à la santé, en raison d'exigences physiques extrêmes, vont se raréfier. Mais des atteintes "indirectes", celles qui restreignent la marge de manœuvre dont chacun dispose pour construire des stratégies de préservation, sont au contraire appelées à s'étendre<sup>3</sup> ».

### **Un renouvellement des sources d'insatisfaction et de souffrance au travail**

Au-delà des atteintes à la santé et à l'intégrité physique et mentale des salariés, la précarisation du travail (entendue au sens extensif) interagit avec le sentiment général de bien-être ou de mal-être en perturbant le rapport au travail lui-même et

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 70.

<sup>2</sup> DAVEZIES P., « Évolutions des organisations du travail et atteintes à la santé », *op. cit.*, p. 94.

<sup>3</sup> VOLKOFF S., THÉBAUD-MONY A., « Santé au travail : l'inégalité des parcours », *op. cit.*, p. 359.

en réduisant les possibilités d'y trouver des sources de satisfaction, d'intérêt et d'épanouissement personnel. Nous nous démarquons ici des composantes biomédicales de la santé, pour aborder celle-ci dans une optique plus large et plus dynamique comme processus de construction d'un rapport au monde, dans lequel l'expérience de travail est un élément central. Sous cet angle, ce qui semble être remis en question par les transformations contemporaines du travail et de l'emploi, c'est la possibilité pour les travailleurs d'investir positivement leurs activités de travail et leur vie professionnelle, c'est-à-dire de s'y ménager des voies de satisfaction, de construction identitaire et de reconnaissance sociale.

Entendons-nous bien : il ne s'agit pas de postuler qu'un « âge d'or » du travail aurait existé, une période aujourd'hui révolue où l'usine, le bureau, le chantier... auraient été des lieux dédiés à la promotion du bonheur de chacun et à l'amélioration de la condition humaine, et que tout cela serait balayé aujourd'hui sous la poussée de nouveaux « impératifs » économiques<sup>1</sup>. Sans retracer la longue histoire du concept de « travail », on peut se référer à la tradition sociologique représentée par G. Friedmann ou P. Naville qui place au centre de l'analyse les notions de conflit, de domination et d'exploitation, incitant par là à ne pas idéaliser le travail. Selon T. Coutrot, les deux hypothèses fondatrices de ce courant de pensée critique sont les suivantes : « le rapport salarial entre employeurs et travailleurs est antagonique ; les formes d'organisation du travail et des entreprises résultent des luttes entre ces acteurs et des compromis qui s'instaurent pour une période historique donnée<sup>2</sup> ». En ce sens, le compromis fordien est remis en question par les phénomènes d'intensification et de réorganisation du travail alliés à la précarisation de l'emploi. Le néo-capitalisme va de pair avec un durcissement des conditions de travail, un resserrement de l'organisation du travail sur les seuls actes strictement et immédiatement productifs, et une gestion purement instrumentale de la main-d'œuvre vue comme un facteur de production parmi d'autres, et soumis aux mêmes exigences de flexibilité, d'efficacité et de rentabilité – et cela pour une grande partie du salariat, non limitée aux seuls travailleurs en contrats précaires.

---

<sup>1</sup> D. Méda dénonce l'illusion consistant à décrire « le travail tel qu'il est comme une sombre copie de ce qu'il était ou devrait être », et à voir « dans les époques antérieures des âges d'or par rapport auxquels se seraient produites d'incompréhensibles dérives ». Croire à cet idéal du travail, à ce « travail-comme-il-devrait-être », revient à considérer que « lorsque le travail ne sera plus défiguré mais coïncidera avec son essence, il ne sera que loisir, bonheur et pure production de soi », in MÉDA D., *Le travail, op. cit.*, p. 4.

<sup>2</sup> COUTROT T., *Critique de l'organisation du travail, op. cit.*, p. 4.

On peut alors parler d'une « rationalisation de la gestion de la santé au travail<sup>1</sup> », dans le sens où celle-ci est massivement mise au service des objectifs productifs, tandis que les régulations et les contre-pouvoirs sont affaiblis notamment par un renvoi au plan individuel d'enjeux pourtant collectifs. Dans ce contexte, le travail apparaît de plus en plus difficilement comme un lieu de construction positive de la santé et de l'identité.

Au-delà des atteintes à la santé du corps, c'est donc de « souffrance(s) » qu'il s'agit. Sur ce thème, qui donne lieu à une littérature abondante et hétérogène, je m'en tiendrai à quelques éléments de cadrage en m'appuyant essentiellement sur les concepts forgés par la psychodynamique du travail, qui propose un cadre théorique permettant d'analyser avec une certaine rigueur la notion de souffrance au travail.

Cette discipline repose sur une définition fondamentale issue des recherches en ergonomie : celle du « travail réel » comme une « activité » qui « convoque le fonctionnement du *corps* tout entier dans l'exercice d'une intelligence qui se déploie pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation (prescrite) du travail<sup>2</sup> ». L'activité est conceptuellement distincte de la tâche : « la tâche est ce qui devrait être fait selon les consignes données. L'activité est ce qui se fait réellement<sup>3</sup> ». Dans cet écart incompressible entre prescription et réalité du travail se situe l'espace de la mobilisation subjective dans le travail. « Quel qu'il soit, l'écart prescrit/réel est investi par les travailleurs, soit positivement vers la créativité, soit négativement c'est-à-dire pour maintenir la santé menacée, défensivement<sup>4</sup> ». Le statut du travail est donc fondamentalement ambivalent : « il peut générer le malheur, l'aliénation et la maladie mentale, mais il peut aussi être médiateur de l'accomplissement de soi, de la sublimation et de la santé<sup>5</sup> ». Les contextes de réalisation du travail sont donc déterminants quant au sens vécu du travail réel. La santé est bien ici un enjeu au

---

<sup>1</sup> THÉBAUD-MONY A., « La santé au travail », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, op. cit., pp. 189-197.

<sup>2</sup> In DEJOURS C., MOLINIER P., « Le travail comme énigme », *Sociologie du travail*, hors-série, 1994, p. 36. Cette définition, entre autres choses, réfute radicalement l'hypothèse selon laquelle le travail humain serait de moins en moins présent et de moins en moins nécessaire dans les organisations productives, en raison des innovations technologiques et de l'automatisation croissante. La psychodynamique du travail dénonce le « déni du travail » véhiculé par ces conceptions technicistes et managériales, qui occultent « le réel du travail ».

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 37.

<sup>4</sup> In DESSORS D., « Précarité, précarisation, santé : lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail », op. cit., p. 179.

<sup>5</sup> In DEJOURS C., *Souffrance en France*, op. cit., p. 122.

sens fort : elle est ce qui peut être perdu ou gagné, construit ou mis en danger dans le travail.

Une autre hypothèse constitutive de la psychodynamique du travail concerne la place de la souffrance : celle-ci est première dans le rapport au travail, et ce n'est que par un ensemble d'actions et de stratégies défensives et offensives, individuelles et collectives, que les travailleurs transforment, parfois, cette souffrance en plaisir<sup>1</sup>. Dans d'autres cas, la souffrance ne trouve d'issue que dans des décompensations psychopathologiques et dans la maladie mentale. A ses débuts, la psychodynamique du travail (alors appelée « psychopathologie du travail ») visait à identifier et à analyser ces effets délétères du travail sur la santé mentale. Par la suite, les recherches se sont réorientées à partir du constat suivant : les décompensations sont rares, et dans leur majorité, les travailleurs restent dans la normalité. C'est donc cette normalité qui est devenue énigmatique : « comment ces travailleurs parviennent-ils à ne pas devenir fous, en dépit des contraintes de travail auxquelles ils sont confrontés ?<sup>2</sup> ». Les travailleurs sont donc à la fois dans la normalité et dans la souffrance, et cette « normalité souffrante » est définie comme un compromis, « un résultat conquis de haute lutte contre la déstabilisation psychique provoquée par les contraintes du travail<sup>3</sup> ».

Si la souffrance est première, et si le travail consiste à essayer de la transformer en plaisir<sup>4</sup>, que se passe-t-il lorsque les conditions d'accomplissement du travail ne permettent pas cette transformation ? Seule reste la souffrance, qui peut prendre des formes différentes. C. Dejours en décrit plusieurs types :

- la  *crainte d'être incompetent*, qui provient de ce que les travailleurs sont sans cesse confrontés à des incidents et des dysfonctionnements, impliquant parfois la sécurité des personnes ou la sûreté des installations (exemple d'un jeune médecin responsable d'un service de réanimation). Cela provoque en eux une angoisse liée à la « crainte de ne pas être à la hauteur ou de se révéler incapables de faire face convenablement à des situations inhabituelles ou erratiques<sup>5</sup> » ;

---

<sup>1</sup> « Le plaisir lorsqu'il est éprouvé dans le travail est obtenu par une transformation de la souffrance. Le plaisir est un destin possible pour la souffrance », C. Dejours, in DURAND J.-P., BASZANGER I., DEJOURS C., « Symposium sur Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale », *op. cit.*, p. 330.

<sup>2</sup> C. Dejours retrace cette histoire du passage conceptuel de la psychopathologie à la psychodynamique du travail dans l' « addendum 1993 » à *Travail, usure mentale*, *op. cit.*

<sup>3</sup> DEJOURS C., *Souffrance en France*, *op. cit.*, p. 39.

<sup>4</sup> C'est ce que résume C. Dejours dans une formulation à première vue surprenante : « le travail ne produit pas la souffrance, c'est la souffrance qui produit le travail », in *Travail, usure mentale*, *op. cit.*, p. 136.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 33.



- la *contrainte à mal travailler*, à bâcler son travail ou à tricher, qui apparaît lorsque les caractéristiques de l'organisation du travail ne permettent pas de faire correctement le travail demandé. L'exemple développé par C. Dejours est celui d'un technicien de maintenance dans une centrale nucléaire, chargé d'effectuer le contrôle des tâches techniques accomplies par une entreprise sous-traitante. Malgré des demandes réitérées, il est seul à faire ces contrôles et ne peut matériellement pas vérifier exhaustivement la qualité du travail. Il est cependant tenu d'engager sa responsabilité en signant des bordereaux, et doit à ce moment-là croire sur parole le chef d'équipe de l'entreprise sous-traitante. Cette situation le met « en porte-à-faux avec les valeurs du travail bien fait, le sens de la responsabilité et l'éthique professionnelle<sup>1</sup> » ;

- *l'absence de reconnaissance dans le travail*, la reconnaissance étant une dimension décisive dans la dynamique de la mobilisation subjective de l'intelligence et de la personnalité dans le travail. En effet, le sens du travail dépend de sa reconnaissance par autrui. Citons à nouveau C. Dejours : « lorsque la qualité de mon travail est reconnue, ce sont aussi mes efforts, mes angoisses, mes doutes, mes déceptions, mes découragements qui prennent sens. Toute cette souffrance n'aura donc pas été vaine. (...) La reconnaissance du travail, voire de l'œuvre, le sujet peut la rapatrier ensuite dans le registre de la construction de son identité. (...) Alors le travail s'inscrit dans la dynamique d'accomplissement de soi. (...) Faute des bénéfices de la reconnaissance de son travail et de pouvoir accéder ainsi au sens de son rapport vécu au travail, le sujet est renvoyé à sa souffrance et à elle seule<sup>2</sup> ».

La psychodynamique du travail identifie deux formes de reconnaissance dans le travail, chacune reposant sur un type de jugement intersubjectif. Le *jugement d'utilité* évalue la conformité du travail aux objectifs techniques ou opérationnels prescrits par l'organisation. Ce jugement est élaboré par les supérieurs hiérarchiques et, le cas échéant, par les clients. Tout autre est le *jugement de beauté*, qui renvoie à l'appréciation portée par les pairs sur la qualité et la maîtrise du travail, sur sa conformité aux « règles de l'art », sur sa dimension d'œuvre (à la fois comme manifestation d'une maîtrise technique et d'une originalité singulière). Le jugement de beauté participe à la construction de l'identité professionnelle en

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 37.

signifiant une appartenance à un collectif porteur de valeurs, de références et de savoir-faire communs.

Or, les transformations de l'emploi et du travail, dans leurs multiples aspects, accentuent les causes de ces différents types de souffrance et d'insatisfaction<sup>1</sup> dans le travail, et affaiblissent simultanément les possibilités d'y faire face. Précisons cette affirmation en prenant appui sur quelques exemples.

L'accroissement des cadences et de la pression temporelle, ainsi que la flexibilité et la fragmentation extrêmes des tâches impliquent non seulement de travailler plus vite, mais souvent également de *travailler moins bien*, ce qui n'est pas le moindre des enjeux du travail<sup>2</sup>. Pris entre des injonctions contradictoires de rapidité et de qualité, les salariés sont « écartelés entre un contrôle de la performance fondé sur des critères quantitatifs et ce qui constitue à leurs yeux les critères d'un bon travail<sup>3</sup> ».

En outre, les nouveaux modèles de management, qui tendent à individualiser le rapport au travail et les processus d'évaluation et de reconnaissance, rendent incertain le sens même du travail et de son accomplissement : « l'expérience clinique montre que de nombreux salariés ne disposent plus des critères qui leur permettraient de savoir si ce qu'ils font est bien ou non. Il devient difficile de distinguer le vrai et le faux, l'utile et l'inutile, le juste et l'injuste, le sincère et le stratégique<sup>4</sup> ».

Simultanément, le nomadisme professionnel et le turn-over élevé, conséquences de la précarisation des emplois, perturbent le rapport au travail dans la mesure où le salarié, dont la présence dans l'entreprise n'est que temporaire, a plus rarement l'occasion de se rendre compte des résultats de son investissement et de son travail,

---

<sup>1</sup> J'emploie ici ces deux termes de façon équivalente. Ils mériteraient sans doute d'être davantage définis et différenciés théoriquement. A mon sens, il serait pertinent de considérer que l'insatisfaction devient souffrance lorsqu'elle est vécue sur un mode individuel et que le sujet ne dispose pas des moyens nécessaires pour la faire reconnaître publiquement, ni pour y faire face ou pour agir sur ses causes.

<sup>2</sup> Rappelons par exemple qu'un quart des répondants à l'enquête nationale Conditions de travail de 1998 ont déclaré ne pas pouvoir effectuer leur travail correctement à cause d'un manque de temps, et que 56% doivent interrompre « fréquemment » une tâche pour une autre non prévue (dont près de la moitié estiment que cela perturbe leur travail). Dans l'enquête européenne de 2000 sur les conditions de travail, ces interruptions (« plusieurs fois » et « quelques fois » par jour) concernent 47% des travailleurs, et sont jugées gênantes pour le travail par un tiers d'entre eux.

<sup>3</sup> DAVEZIES P., « Évolutions des organisations du travail et atteintes à la santé », *op. cit.*, p. 99. Dans cet article P. Davezies cite un extrait d'entretien issu d'une étude d'A. Deveaux (non publiée) sur les salariés victimes de troubles musculo-squelettiques. Il s'agit d'un ouvrier d'une usine de matelas : « *on travaille n'importe comment. Ça nous gêne de faire un matelas qui ne va pas, mais le chef nous dit de laisser. Ça fait des années qu'on essaie de faire de la qualité. Maintenant, quand on va dans les magasins, on voit bien que nos matelas sont moins jolis que ceux des autres. Ils sont moins flatteurs* ».

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 102.

au-delà de la performance immédiate. Le sentiment de participer à une œuvre, si modeste soit-elle, se dilue avec l'impossibilité d'observer les traces du travail.

L'appel à la flexibilité et à la polyvalence, la valorisation par l'encadrement du changement continu et la forte labilité qui caractérise les organisations distribuées<sup>1</sup> multiplient les « situations inhabituelles ou erratiques » qui placent les salariés aux limites de leurs seuils de compétences et d'adaptabilité.

Nombreuses sont les études de terrain qui mettent en lumière ces dégradations du rapport au travail sous l'effet de contraintes organisationnelles qui obligent le salarié à « ravalier son métier<sup>2</sup> ». Ce processus peut prendre des formes différentes. Celle de contradictions intenable entre des objectifs inconciliables, par exemple : C. Jaeger et D. Linhart<sup>3</sup> montrent comment des techniciens conseil d'une caisse d'allocations familiales « modernisée » sont partagés entre la satisfaction d'une responsabilité et d'une autonomie plus grandes (la relation aux allocataires est désormais individualisée : objectif de suivi et de qualité d'écoute), et la persistance de contraintes tayloriennes (objectif quantitatif : ils doivent traiter 40 opérations par jour) qui limitent le temps d'écoute et donnent aux techniciens le sentiment « ne pas en faire assez ». De ce fait, ils vivent sur un mode individuel et culpabilisé la confrontation quotidienne aux difficultés des allocataires<sup>4</sup>. La perte de sens dans le travail peut également venir d'une demande trop faible ou d'objectifs trop limités : R. Sennett décrit la perte du métier chez les employés d'une boulangerie informatisée de Boston, où « le pain n'est plus qu'une image sur un écran. A force de travailler ainsi, les boulangers ne savent plus vraiment comment on fait le pain. (...) Le travail a cessé d'être lisible pour eux. Ils ne comprennent plus ce qu'ils font<sup>5</sup> ». Ce qui est en jeu ici est la possibilité laissée aux opérateurs de construire et d'affirmer un savoir-faire dans la confrontation avec ce que la psychodynamique

---

<sup>1</sup> DODIER N., *Les hommes et les machines*, op. cit.

<sup>2</sup> Selon une formulation d'Yves Clot, cf. : « La douleur du métier, l'attente de la retraite. Débat entre Yves Clot, psychologue du travail, et Olivier Schwartz, sociologue », *Le Monde*, 21 juin 2003.

<sup>3</sup> JAEGER C., LINHART D., « Une caisse d'allocations familiales en progrès : la gestion moderne de la misère », *Réseaux*, n° 91, 1998. Sur un thème proche, cf. : WELLER J.-M., « Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide », *Sociologie du travail*, vol. 44, n° 1, 2002, pp. 75-97.

<sup>4</sup> On entrevoit ici la limite étroite de l'appel à la subjectivité des salariés : C. Dejours souligne que « les dirigeants d'entreprise ont souvent tendance à "assécher" le concept même de mobilisation subjective, en le réduisant à une subjectivité abstraite, à une sorte de ressource énergétique indifférenciée qu'il suffirait de mobiliser grâce à un habile management, sans référence aux ressorts psychiques de l'intelligence des salariés, ni à ceux de la formation de leurs connaissances et de leur expérience. Toutes les dimensions relatives à l'accomplissement de soi, à la construction de l'identité psychique et à la lutte pour sauvegarder la santé mentale sont laissées pour compte » (DEJOURS C., « Centralité ou déclin du travail ? », in KERGOAT J. et al. (dir.), *Le monde du travail*, op. cit., p. 46).

<sup>5</sup> SENNETT R., *Le travail sans qualités*, op. cit., p. 92.

appelle « le réel du travail » : c'est dans la résolution des problèmes, dans le dépassement des obstacles, dans l'ingéniosité nécessaire à la réalisation concrète du travail que le sujet peut manifester sa maîtrise et son habileté<sup>1</sup>. Lorsque le travail vidé de son contenu « activité » (en l'occurrence, lorsque les employés de la boulangerie ne sont là que pour contrôler la production sur un écran et sont dans l'incapacité de résoudre la moindre panne du système automatisé), c'est toute la dimension positive et constructive du travail qui est niée. R. Sennett constate ainsi que « par un terrible paradoxe, en diminuant la difficulté et la résistance, nous créons les conditions mêmes d'une activité aveugle et indifférente de la part des utilisateurs. (...) Quand on nous rend les choses faciles, nous devenons faibles ; notre engagement dans le travail demeure superficiel, puisque nous avons du mal à comprendre ce que nous faisons<sup>2</sup> ». De plus, dans cette boulangerie hautement technologique et flexible, les dysfonctionnements sont fréquents et chaque jour, des fournées entières sont calcinées et jetées. C'est ici l'utilité même du travail des employés, et le sens de leur présence sur les lieux, qui sont remis en question. De la même façon, S. Paugam rapporte le désarroi des salariés d'une entreprise de meubles en crise où les objectifs quantitatifs de production dominant sur les exigences de qualité. Les pièces défectueuses sont nombreuses, ce qui engendre chez les salariés un fort sentiment d'inutilité : « on travaille pour la chaudière<sup>3</sup> ». Ainsi, au-delà de la seule intensification, les organisations du travail « modernisées » peuvent gêner le déploiement de l'activité de travail dans ce qu'elle a de plus propice à la construction professionnelle et identitaire, et contribuent à une disqualification<sup>4</sup> des hommes et des femmes au travail.

En quoi ces constats concernent-ils la santé ? On peut distinguer ici deux niveaux de réponse. D'une part, si l'on accepte une définition extensive de la santé qui inclut les dimensions du bien-être, de la satisfaction existentielle et de la réalisation de soi, il faut bien admettre qu'en limitant les sources de plaisir, de satisfaction et d'épanouissement dans le travail, la précarisation du travail porte atteinte à la

---

<sup>1</sup> CLOT Y., « Intensité et collectifs de travail », Communication au colloque Organisation, intensité du travail, qualité du travail (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., DE CONINCK F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, op. cit. Cf. par exemple l'« ethos de la virtuosité » décrit par N. Dodier dans *Les hommes et les machines*, op. cit.

<sup>2</sup> SENNETT R., *Le travail sans qualités*, op. cit., pp. 97-98 et 101.

<sup>3</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, op. cit., p. 249.

<sup>4</sup> PAUGAM S., « Dans quel sens peut-on parler de disqualification sociale des salariés », Communication aux 8<sup>èmes</sup> Journées de sociologie du travail, Aix-en-Provence, 22 juin 2001.

santé. « Ce qui est attaqué », écrit P. Davezies, « c'est l'identité et, au-delà, la santé. Faire du mauvais travail dégrade l'image personnelle, mine l'estime de soi<sup>1</sup> » : on touche bien ici à des équilibres qui ressortissent au registre de la santé mentale et morale. D. Huez parle quant à lui d' « atteintes aux mécanismes de légitimation identitaire<sup>2</sup> », et souligne que cet empêchement à bien faire son travail est souvent vécu sur le mode de l'indignité personnelle.

Par ailleurs, la santé du corps et celle de l'esprit ne sont pas toujours dissociables, et les atteintes sont souvent cumulatives. Une enquête menée par S. Volkoff et A.-F. Molinié<sup>3</sup> auprès des employés de l'ANPE fait apparaître la complexité de ces dynamiques. Les résultats montrent par exemple que si le fait de « dépasser souvent les horaires normaux » (indicateur d'intensité du travail) est associé à une plus grande nervosité déclarée, la variable (plus « subjective » et plus liée à la composante identitaire du travail) « traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin » est liée non seulement avec la nervosité, mais aussi avec le fait de déclarer des douleurs cervicales. Les auteurs montrent ainsi que dans cette population « à la fois mobilisée et fragilisée » (et, peut-on ajouter, fragilisée *parce que* mobilisée), lorsque « les agents jugent que le travail permet d'apprendre, que son utilité est reconnue à l'intérieur de l'Agence, qu'ils peuvent choisir leur façon de procéder, ou encore qu'ils ont des possibilités suffisantes de coopération, on constate sans surprise qu'ils éprouvent moins de troubles de santé ». J'ai indiqué précédemment que des résultats similaires sont apportés par ESTEV.

Dans une recherche complémentaire à l'enquête sur la santé et les soins médicaux, F. Piotet et C. Lattès<sup>4</sup> ont analysé les liens existant entre la satisfaction au travail et la santé perçue, chez 3996 actifs (occupés dans leur quasi-totalité au moment de l'enquête). Un indice global de santé perçue, que les auteurs ont nommé « stress », a été élaboré à partir des réponses données à 10 questions portant notamment sur le sentiment de nervosité ou de tension, les difficultés à s'endormir et à se concentrer, la sensation de fatigue, le fait de se faire du souci pour des choses qui ne sont pas graves, les douleurs. Lorsque cet indicateur est croisé avec la satisfaction éprouvée

---

<sup>1</sup> DAVEZIES P., « Évolutions des organisations du travail et atteintes à la santé », *op. cit.*, p. 100.

<sup>2</sup> HUEZ D., « Santé et précarisation du travail », in LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998, p. 150.

<sup>3</sup> MOLINIÉ A.-F., VOLKOFF S., « Intensité du travail et santé dans un organisme administratif : une enquête statistique à l'Agence nationale pour l'Emploi », *Pistes*, vol. 2, n° 1, 2000.

<sup>4</sup> PIOTET F., LATTÈS C., « Travail et relations de travail dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 », *Cahiers de recherche de la MIRE*, n° 3, 1998, pp. 11-16.

dans le travail, une nette association est observée : les répondants les plus satisfaits dans leur travail sont 70% à ne pas déclarer de stress ou seulement un stress léger, tandis qu'ils ne sont que 58% dans ce cas parmi les plus insatisfaits.

Ce type de résultat confirme l'importance de la satisfaction dans le travail, qui doit être considérée comme un paramètre aussi fondamental, en matière de liens avec la santé, que les conditions de travail dans leur matérialité objective (les deux aspects étant bien sûr étroitement liés).

Cette dimension est d'autant plus centrale que la recherche d'un rapport au travail satisfaisant est à l'origine de médiations comportementales qui, outre les effets directs et indirects des conditions et de l'organisation du travail, interviennent sur la dynamique des relations entre travail et santé. Les approches ergonomiques et psychodynamiques du travail permettent en effet de mettre en lumière l'existence de « comportements compensatoires ou défensifs qui dans nombre de cas conduisent à la pathologie<sup>1</sup> ». Ces processus constituent le deuxième niveau de réponse à la question des liens entre souffrance au travail et santé. En effet, pour essayer de reconstruire un rapport positif au travail et de résister aux logiques de déqualification, les salariés adoptent parfois des conduites qui, si elles leur rendent au moins pour un temps le sentiment d'avoir prise sur leur travail et d'y trouver un sens, peuvent être coûteuses sur le plan de la santé. Un exemple de ce processus est décrit par D. Huez : c'est celui de l'hyperactivité professionnelle comme stratégie défensive. Surinvestissant le travail, y consacrant une grande part de leur énergie, de leur temps et de leurs ressources cognitives et mentales, certains salariés développent un « activisme professionnel » allant parfois jusqu'à l'épuisement<sup>2</sup>. Les retentissements en matière de santé peuvent alors être très lourds. « Faute de défense psychologique efficace, les conséquences ultérieures de la fatigue accumulée, de la moindre performance, des effets du vieillissement et des transformations brutales de l'organisation du travail peuvent entraîner des décompensations psychiatriques brutales, des tentatives de suicide, des troubles

---

<sup>1</sup> DAVEZIES P., « Évolutions des organisations du travail et atteintes à la santé », *op. cit.*, p. 100.

<sup>2</sup> On peut penser ici au phénomène du « burn out », forme d'épuisement professionnel observé en particulier chez les soignants et plus largement chez les personnes dont le travail est centré sur les relations interindividuelles. Il se traduit par un désinvestissement émotionnel, voire une forme de cynisme vis-à-vis des personnes que l'on est supposé aider, et par une perte de l'estime de soi. Cf. : LORIOU M., « La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières », *Travail et emploi*, n° 94, 2003, pp. 65-73.

psychosomatiques importants, des consommations de psychotropes légales ou illégales, médicalisées ou non<sup>1</sup> ».

Un autre type de stratégie consiste à se réappropriier le travail au prix de gestes et de pratiques qui nécessitent de puiser dans ses ressources psychologiques et physiques. Reprenons l'exemple de l'aide-soignante que j'ai précédemment emprunté à S. Volkoff et M. Gollac : prise par les contraintes de temps, elle n'a pas toujours la possibilité d'utiliser le lève-malade qui lui épargnerait un effort physique. Mais les auteurs précisent que si elle renonce à recourir à cet objet technique, c'est aussi « parce que le hissage direct du malade préserve une des rares occasions de "contact humain" dans une profession que les impératifs de rentabilité recentrent de plus en plus sur les seuls actes techniques<sup>2</sup> ». On voit bien dans cet exemple comment la recherche de satisfaction dans le travail peut supplanter les enjeux de la préservation de soi.

On retrouve ici l'aspect paradoxal des stratégies défensives qui, alors même qu'elles visent à lutter contre la souffrance, peuvent se transformer à terme en facteurs supplémentaires de souffrance et de pathologies. Si l'investissement personnel dans le travail et l'attachement au « travail bien fait » permettent de maintenir une part de contrôle et de maîtrise, ils fragilisent également l'équilibre psychique en rendant les sujets plus vulnérables à l'absence de reconnaissance et à l'impossibilité d'accomplir un travail de qualité. Cette ambivalence du rapport au travail est bien décrite par M. Gollac et C. Baudelot dans leur enquête : en analysant conjointement les réponses des enquêtés aux questions sur l'investissement dans le travail et sur la « pression » au travail, ils soulignent que l'implication dans le travail est une dynamique à double tranchant : « quand la place du travail dans la vie est grande, quand le travail est source d'une forte tension nerveuse, il n'y a pas loin du bonheur à la souffrance<sup>3</sup> ».

A l'opposé, le désengagement professionnel, le cynisme et le déni de la souffrance ne constituent pas des solutions durables car elles sont à la fois coûteuses sur le plan psychologique (il n'est pas aisé de se désengager d'une activité à laquelle on

---

<sup>1</sup> HUEZ D., « Santé et précarisation du travail », *op. cit.*, p. 150. Cf. par exemple le récit d'une manico-dépression rythmée par les épreuves vécues dans le travail : PÉRILLEUX T., « Se donner sans compter. Performance et dépression au travail », in BRUNSTEIN I., *L'homme à l'échine pliée. Réflexions sur le stress professionnel*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999, pp. 145-159.

<sup>2</sup> GOLLAC M., VOLKOFF S., « *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail », *op. cit.*, p. 61.

<sup>3</sup> BAUDELOT C., GOLLAC M. (dir.), *Travailler pour être heureux ?*, *op. cit.*, p. 209.

consacre plusieurs heures par jour<sup>1</sup>) et pénalisantes sur le plan professionnel (dans la mesure où l'investissement personnel est fortement valorisé par l'organisation). Ainsi, les salariés confrontés à la précarisation du travail sont pris entre deux feux : l'excès d'investissement dans le travail autant que le désinvestissement et la mise à distance peuvent se révéler pénibles et délétères pour l'équilibre psychique et la santé en général.

On ne peut évoquer le thème de la souffrance au travail sans mentionner les débats autour de la notion de « harcèlement moral », qui a gagné ces dernières années une forte visibilité sociale et médiatique. Deux visions bien différentes cohabitent dans les définitions et les représentations du harcèlement moral : la première, essentiellement *psychologique*, met l'accent sur la personnalité propre du « harceleur » caractérisé comme un pervers tirant sa jouissance de la souffrance de l'autre ; la seconde définit le harcèlement moral comme un phénomène *social* lié à l'ensemble des évolutions du monde du travail. C. Dejours souligne que « l'interprétation de la conduite de l'agresseur comme jouissance relevant spécifiquement de la perversion est propre à la France<sup>2</sup> », tandis que dans d'autres pays on parle plutôt de « mobbing », c'est-à-dire d'une dérive des formes de management, dans laquelle la personnalité du « persécuteur » n'est pas centrale. Le harcèlement moral est introduit dans la législation française en 2002 et défini comme des « agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel » (article L122-49 du Code du travail)<sup>3</sup>. La question est de savoir si

---

<sup>1</sup> Et d'autant plus lorsque cette activité exige une forme d'investissement personnel, comme dans le travail de service qui, selon Y. Clot, « permet moins de séparer les opérations d'exécution du sens de l'action. Le travail industriel rendait crédible l'illusion qu'on peut séparer le travail et la pensée », in CLOT Y., « Intensité et collectifs de travail », *op. cit.* Mais même dans le contexte industriel, F. de Coninck estime que dans un sens, les opérateurs sont aujourd'hui « moins indépendants. Le travail taylorien parcellisé autorisait de la part de ces derniers une attitude de retrait, de faible investissement dans le travail, voire d'évasion subjective hors du monde aliénant de l'usine. Cette autonomie par évasion est, assurément, de moins en moins possible », cf. : DE CONINCK F., « Rationalisation des rapports de travail et autonomie des salariés dans les organisations industrielles », *op. cit.*

<sup>2</sup> DEJOURS C., *Travail, usure mentale*, *op. cit.*, p. 16.

<sup>3</sup> Le harcèlement moral est l'objet des articles 168 à 180 du chapitre IV de la Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Outre cette définition, le texte prévoit les sanctions éventuelles et définit une procédure de médiation. Sur l'historique de ce texte (« mélange qui allie la thérapie et la morale, la lutte des classes et l'opportunisme gouvernemental »), cf. : LE GOFF J.-P., « Que veut dire le harcèlement moral ? I. Genèse d'un syndrome », *Le Débat*, n° 123, 2003, pp. 141-161 et « Que veut dire le harcèlement moral ? II. Vers un nouvel imaginaire des rapports sociaux », *Le Débat*, n° 124, 2003, pp. 99-116.



ces « agissements répétés » sont le fait de personnalités perverses, ou s'ils résultent d'un contexte social et organisationnel propice. Sur ce point, je souscris à l'analyse de J.-P. Le Goff : « si les "conflits de personnes" et les "lutes pour le pouvoir" ont toujours existé, le fait est qu'ils semblent redoubler d'intensité dans les collectifs et les institutions. Et à moins de considérer que le nombre de "pervers" ait sensiblement augmenté, la question est bien celle des conditions sociales nouvelles qui leur donnent des espaces plus grands de liberté<sup>1</sup> ». Ces conditions sociales nouvelles, J.-P. Le Goff les identifie dans les transformations récentes du management et de l'organisation du travail (appel à la mobilisation subjective, effacement des structures hiérarchiques formelles, insistance sur la polyvalence et la communication...<sup>2</sup>), qui ont rendu possible le déploiement de formes de harcèlement moral. Celui-ci est finalement l'envers de l'autonomie prônée par le néomanagement et de la focalisation sur les rapports interindividuels : en effaçant les « frontières entre compétences professionnelles et comportements relevant des libres activités sociales ou de la vie privée », l'organisation néocapitaliste crée un terrain favorable à la dégradation des rapports de travail et à « l'expression débridée des affects et des pulsions<sup>3</sup> » des individus livrés à eux-mêmes compte tenu de l'affaiblissement des régulations collectives. J.-P. Le Goff s'inscrit donc vigoureusement en faux contre une lecture psychologique du harcèlement, qu'il juge dominante en France, et estime que le texte de loi « participe de ce qu'il dénonce », c'est-à-dire qu'il « réduit le malaise existant dans le travail et les rapports sociaux à un problème psychologique et moral, renforçant ainsi l'approche individualiste aut centrée et le délitement du lien social<sup>4</sup> ». Tel est l'aspect paradoxal de la notion de harcèlement moral, qui fonctionne à la fois comme indicateur d'une dégradation des rapports sociaux dans le travail, et comme facteur d'occultation de la nature réelle (c'est-à-dire essentiellement sociale et non psychologique) du problème<sup>5</sup>. La question reste ouverte de savoir si le harcèlement

---

<sup>1</sup> LE GOFF J.-P., « Que veut dire le harcèlement moral ? II. Vers un nouvel imaginaire des rapports sociaux », *op. cit.*, p. 106.

<sup>2</sup> Ces aspects ont été décrits dans le chapitre I.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 112.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 115.

<sup>5</sup> Les thèmes du harcèlement et de la souffrance captent également une grande partie des demandes d'intervention ergonomiques : « les questions intersubjectives sont isolées des problèmes concrets du travail. Les demandeurs, qu'ils soient salariés ou dirigeants, (...) désignent la cause (une personne ou un groupe de personnes ou la mauvaise communication...) et nous demandent d'entrer dans le discours victimaire et de contribuer à dénoncer le ou les coupables ». La première tâche des intervenants est donc « d'être au clair avec cette épidémie de demandes en termes de subjectivité, de stress, de reconnaissance, de

moral doit être considéré comme une « dérive » ou un « effet pervers » des nouveaux modes de management, ou s'il est inscrit dans leur nature même, voire nécessaire à leur plein aboutissement.

Ce diagnostic est partagé par de nombreux auteurs<sup>1</sup>, et notamment C. Dejours qui, s'il ne remet pas en cause la référence à des personnalités perverses, estime que celles-ci ne sont sans doute pas plus nombreuses aujourd'hui. Dès lors, « l'interprétation du harcèlement par référence exclusive, ou même seulement préférentielle, à la perversion dans la personnalité de l'agresseur, pourrait bien être un symptôme, c'est-à-dire une "formation de compromis" témoignant de la victoire écrasante des nouvelles formes d'organisation du travail, de gestion et de management<sup>2</sup> ». Cette victoire se manifeste dans la déstructuration des stratégies de défense collective contre l'injustice et la souffrance (remplacées par d'autres stratégies plus individuelles pour se protéger de la peur), qui laisse place libre aux conséquences délétères des phénomènes de harcèlement. Ceux-ci sont désormais vécus sur un mode individuel, et leurs effets sur la santé mentale et morale se mêlent et interagissent avec des formes de mal-être d'origine non professionnelle<sup>3</sup>. Finalement, il n'y a pas lieu de dissocier le phénomène du harcèlement moral de l'ensemble des souffrances et des insatisfactions induites par les évolutions contemporaines des rapports sociaux dans le travail. Il s'agit là encore de réaffirmer la dimension *sociale* des processus à l'œuvre : le harcèlement moral n'est pas le résultat d'une recrudescence de personnalités perverses, mais bien l'une des formes renouvelées de domination<sup>4</sup> dans le monde du travail<sup>5</sup>. Le fait qu'il soit fréquemment interprété comme un problème de nature interpersonnelle et psychologique est en cohérence avec la tendance générale, visible notamment dans

---

harcèlement », cf. : BERTHET M., CRU D., « Travail prescrit, travail réel et santé au travail. De nouveaux modes d'intervention ergonomique ? », *Travail et emploi*, n° 96, 2003, pp. 92-93.

<sup>1</sup> P. Askenazy par exemple dénonce lui aussi le « tout psychologique » qui « renvoie un problème le plus souvent induit par l'environnement de travail à une relation entre deux individus, deux sujets psychiques », in *Les désordres du travail*, *op. cit.*, p. 39.

<sup>2</sup> DEJOURS C., *Travail, usure mentale*, *op. cit.*, p. 18-19.

<sup>3</sup> C'est ce que montre l'étude d'une consultation pour harcèlement moral : AGUERRE J.-C., CLANCY S., MICHEL A., PASCUAL M., « Salariés en détresse : quelles réponses ? Une expérience pluridisciplinaire », *Travail et emploi*, n° 97, 2004, pp. 65-77.

<sup>4</sup> DEJOURS C., « Violence ou domination ? », *Travailler*, n° 3, 1999, pp. 11-29.

<sup>5</sup> Ce n'est par exemple pas un hasard si la part des femmes européennes salariées ayant subi des intimidations de la part de supérieurs ou de collègues de travail varie fortement selon le type d'organisation du travail : dans une recherche que je décrirai plus en détail un peu plus loin, on observe qu'un quart des femmes exerçant dans une organisation de type « travail flexible » ont déclaré avoir été confrontées à des intimidations, pour environ 10% dans les trois autres types, cf. : DAUBAS-LETOURNEUX V., THÉBAUD-MONY A., « Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne », *Travail et emploi*, n° 96, 2003, pp. 9-35.

le champ de la santé au travail, à privilégier une interprétation centrée sur l'individu de processus pourtant socialement et historiquement construits<sup>1</sup>.

On pourrait aller plus loin en suggérant que les réalités que désigne aujourd'hui la notion de « souffrance au travail » ne sont, en fin de compte, pas fondamentalement différentes de ce qui, dans une période précédente, était catégorisé sous le concept d'*aliénation*. Certes, le terme est « chargé », il est même, selon Paul Ricœur, victime d'une « ambiguïté proliférante » et d'une « surcharge sémantique<sup>2</sup> » qui en galvaudent les sens premiers. Le philosophe retrace l'histoire de ce concept et, au sein de ce « ballet sémantique », en distingue deux usages canoniques fondamentaux. Tous les deux sont fondés sur un processus de *dessaisissement*, mais alors que chez Hobbes puis Rousseau il s'agit d'une promotion de l'homme par un dessaisissement volontaire d'*avoir*, que chacun effectue au profit de tous pour fonder l'état de société, chez Hegel puis Marx l'aliénation est une déperdition de l'homme, par le moyen d'un dessaisissement d'*être*. Cette déperdition est à la fois une extériorisation et une « étrangeté », décrites par Marx essentiellement dans le cadre du travail.

D'une part, l'ouvrier produit un objet qui « se dresse devant lui comme un être étranger, comme une puissance indépendante du producteur », de sorte que « son travail existe en dehors de lui, indépendamment de lui, étranger à lui » : est décrite ici l'extériorité du résultat du travail. D'autre part, l'activité de travail elle-même est une aliénation, au sens de « devenir autre », dans la mesure où « le travail est extérieur à l'ouvrier, c'est-à-dire qu'il n'appartient pas à son essence, que donc, dans son travail, l'ouvrier ne s'affirme pas, mais se nie, ne se sent pas à l'aise, mais malheureux ; il n'y déploie pas une libre activité physique et intellectuelle, mais mortifie son corps et ruine son esprit. (...) L'activité de l'ouvrier n'est pas son activité propre. Elle appartient à un autre, elle est la perte de soi-même<sup>3</sup> ». P. Ricœur souligne que cette notion d'aliénation-déperdition ne peut être utilisée rigoureusement que si elle est « explicitement rattachée à une anthropologie philosophique du type de celle de Feuerbach ou du jeune Marx ». Mais il constate que « de proche en proche, tous les individus dans la société moderne sont essentiellement insatisfaits et captent le vocabulaire de l'aliénation pour le dire ».

---

<sup>1</sup> On trouve dans les entretiens avec M. Bois, M. Terray, Mme Damo et Mme Faya ce type de lecture psychologique et individualisante des conflits avec leurs supérieurs hiérarchiques, cf. : Chapitre VI, §1b.

<sup>2</sup> RICŒUR P., article « Aliénation », *Encyclopædia Universalis*.

<sup>3</sup> MARX K., *Manuscrits de 1844*, rééd. : Paris, Flammarion, 1996, pp. 109, 110 et 112.

C'est ainsi que de l'aliénation dans ou par le travail décrite par Marx on est passé à une acception beaucoup plus large, recouvrant tous les maux et les mécontentements qui animent les rapports de l'individu à la société.

Toute prudence gardée, donc, quant à l'usage d'un terme aussi polysémique, l'actualité du concept d'aliénation me semble tout de même pouvoir être défendue, et cela à deux niveaux :

- les expériences contemporaines du travail intensifié, précarisé et fragmenté présentent des similitudes certaines avec les caractéristiques de l'aliénation au travail telle que définie par Marx. Certes, le contexte sociohistorique n'est plus celui de la société industrielle du XIX<sup>e</sup> siècle. Il ne s'agit donc pas de nier les transformations majeures du monde du travail depuis cette époque, mais de considérer que, sous des formes renouvelées et au sein de structures et d'organisations passablement différentes, il existe une continuité dans les expériences sociales du travail. La dimension de la *contrainte*, par exemple, caractérise largement les activités de travail marquées par des processus d'intensification, même si les contraintes ont partiellement changé de nature. De la même façon, l'*absence de pouvoir* sur les conditions et l'organisation du travail, c'est-à-dire cette *extériorité* fondamentale du travail qui s'impose à ceux qui l'accomplissent, et qu'ils perçoivent comme telle, me semble apte à décrire une partie des expériences contemporaines du travail. La *perte de soi* dans des activités de travail qui exigent de transformer ou de déguiser son « caractère », au sens de R. Sennett<sup>1</sup> ; de même que la *perte de sens* d'un travail de plus en plus illisible, sont également des dimensions pertinentes pour caractériser une part importante des rapports au travail actuels<sup>2</sup>. Et finalement, les mises en jeu de la santé physique, morale et mentale des salariés confrontés à la précarisation du travail s'apparentent - toutes proportions gardées, mais selon des dynamiques semblables - aux processus par lesquels le travailleur de Marx « mortifie son corps et ruine son esprit ». Je défendrai donc l'idée que le concept d'aliénation est, non pas

---

<sup>1</sup> *Le travail sans qualités, op. cit.*

<sup>2</sup> On pourrait, pour analyser les formes contemporaines de l'aliénation au travail, s'appuyer sur sa décomposition en cinq significations par M. Seeman : le sentiment d'impuissance (*powerlessness*), l'absence de signification (*meaninglessness*), l'absence de normes (*normlessness*), l'isolement ou l'« étrangéité » par rapport aux valeurs (*value isolation*), et la non-réalisation de soi (*self-estrangement*), cf. : SEEMAN M., « On the meaning of alienation », *American sociological review*, vol. 24, n° 6, 1959, pp. 783-791. Cf. également : SÉVIGNY R., « Pour une théorie psycho-sociologique de l'aliénation », *Sociologie et sociétés*, vol. 1, n° 2, 1969, pp. 193-219.

directement applicable, mais transposable avec une certaine pertinence aux réalités actuelles du travail ;

- sur le plan conceptuel, la notion de « souffrance au travail » me semble être l'homologue contemporain de celle d'« aliénation », au sens où l'on pourrait paraphraser P. Ricœur et constater que « tous les individus dans la société moderne sont essentiellement insatisfaits et captent le vocabulaire de *la souffrance* pour le dire ». On ne se situe plus ici au niveau des parentés entre les réalités désignées, mais au niveau des usages sociaux des termes et de la visibilité sociale des catégories descriptives employées. A l'instar de l'aliénation selon P. Ricœur, la « souffrance » est aujourd'hui un « "mot-hôpital" dans lequel tous nos "malaises" viennent se coucher », « l'expression confuse d'un malaise confusément ressenti », une notion « plus près du cri que de la théorie ». Une différence substantielle cependant distingue les deux notions : alors que l'aliénation suppose et dénonce l'existence de rapports sociaux de classes, et va donc de pair avec une vision de la société fondée sur une conflictualité radicale, la catégorie de la souffrance dilue cette dimension politique en mettant en avant l'individuel plutôt que le collectif, le psychologique plutôt que le social, la sphère privée plutôt que l'espace public. On pourrait dire, en schématisant, que la souffrance, c'est l'aliénation sans la lutte des classes. De l'aliénation au travail à la souffrance au travail, il y a un donc « glissement » du même ordre que celui décrit précédemment entre l'« exploitation » et l'« exclusion ». Ce glissement s'inscrit dans le mouvement plus général de développement d'un nouveau modèle d'individu, dans lequel chacun est appelé à être responsable de lui-même, autonome, producteur de sa propre vie et de sa propre identité (les principes du néomanagement précédemment décrits sont l'application dans la sphère du travail de ce nouvel individualisme). Dès lors, la souffrance, le malheur et l'échec sont interprétés dans le registre de l'individualité et de la responsabilité personnelle, comme en témoigne par ailleurs le succès social de la catégorie de « dépression », dont A. Ehrenberg a bien montré qu'elle est l'exact envers du modèle social dominant : elle est une maladie de la responsabilité, « la contrepartie inexorable de l'homme qui est son propre souverain<sup>1</sup> ».

---

<sup>1</sup> EHRENBURG A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, rééd. : Paris, Odile Jacob, 2000, p. 277.

Cet ensemble de réflexions m'amène à préciser, s'il en était besoin, que le choix fait dans cette thèse de porter le regard sur les diverses mises en jeu de la santé en lien avec la précarisation du travail ne consiste en aucun cas à entériner la légitimité d'une interprétation essentiellement individuelle. C'est bien la santé comme réalité *socialement construite et interprétée* (qu'on l'appréhende à l'échelle de la personne ou en termes de santé publique) qui est l'objet de l'approche sociologique développée ici, et non la santé comme expérience privée dont l'intelligibilité principale serait en premier lieu individuelle. Cette remarque est importante dans la mesure où « on a encore du mal aujourd'hui à admettre que la nature n'est pas la seule à être engagée dans les processus morbides<sup>1</sup> ».

### **Précarisation de l'emploi et externalisation : une division sociale des risques et des atteintes**

Si l'intensification du travail (à travers les contraintes de rythmes, les pénibilités, la répétitivité...) est observée pour l'ensemble des salariés, il a été souligné<sup>2</sup> qu'elle concerne tout particulièrement les travailleurs en contrat non durable. Cela se traduit d'abord par leur sur-accidentabilité, mentionnée précédemment. Celle-ci peut être doublement expliquée : d'une part, les salariés en contrats précaires n'ont pas le temps d'apprendre à connaître les risques et à respecter les principes de sécurité. Passant d'un poste à l'autre au gré des contrats, dans des sites différents, effectuant des tâches pour lesquelles ils ne sont pas toujours qualifiés et qui exigent pourtant d'être immédiatement opérationnels, ils ne peuvent pas acquérir le savoir-faire de prudence qui se forge progressivement avec l'expérience professionnelle, d'autant plus que l'intensification du travail rend plus difficile la coopération entre les salariés et nuit à la constitution et à la transmission d'une mémoire collective des risques et des situations dangereuses<sup>3</sup>. Une enquête réalisée par des médecins du travail des Hauts-de-Seine auprès d'intérimaires du bâtiment montre par exemple que le temps d'accueil et d'information sur les risques (en particulier les risques à long terme : bruit, vibrations, poussières) est très faible

---

<sup>1</sup> DRULHE M., *Santé et société, op. cit.*, p. 14.

<sup>2</sup> Chapitre I, « Les deux dimensions de l'intégration professionnelle ».

<sup>3</sup> On pourra se référer à l'analyse de l'accident survenu à Forbach en août 1991 dans une usine de traitement (par ionisation) de copeaux de Téflon, au cours duquel trois travailleurs intérimaires ont été gravement irradiés : ZERBIB J.-C., « Précarisation, accident du travail et santé. L'exemple de Forbach », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, pp. 61-84.

pour ces travailleurs temporaires (le plus souvent inférieur à 10 minutes), et que près d'un tiers d'entre eux n'ont été informés d'aucun risque (alors même que les médecins connaissent l'existence de certains de ces risques)<sup>1</sup>.

A une tout autre échelle, les données de la Troisième enquête européenne sur les conditions de travail indiquent également que les travailleurs temporaires sont moins bien informés des risques liés à l'utilisation des matériaux, instruments ou produits qu'ils manipulent : 62% des intérimaires et 71% des salariés en CDD s'estiment « bien informés », pour 79% des salariés en CDI<sup>2</sup>. Mais au-delà du manque de formation et d'information, la sur-accidentabilité des travailleurs en contrat précaire vient aussi de ce que, comme le constatent de très nombreuses recherches<sup>3</sup> ainsi que des témoignages de médecins du travail, les travaux les plus pénibles et les plus dangereux sont confiés préférentiellement à des salariés « extérieurs », c'est-à-dire non permanents (CDD, intérim<sup>4</sup>) ou employés par des sous-traitants. Dangerosité du travail et méconnaissance de l'entreprise se conjuguent alors et favorisent les accidents<sup>5</sup>. Mais on peut élargir ce constat à l'ensemble des enjeux de santé : la précarisation de l'emploi et les phénomènes d'externalisation se doublent d'une *division sociale des risques pour la santé et la sécurité au travail* qui surexpose la santé des salariés les moins intégrés professionnellement<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> BEAUMONT D., NŒUVÉGLISE M., LE SCAO H., « Du côté des intérimaires du BTP : une enquête de terrain sur l'intégration de la sécurité sur les chantiers », Communication aux XXIII<sup>es</sup> Journées nationales de médecine du travail, Besançon, 1994, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 56, n° 3, 1995, pp. 206-207.

<sup>2</sup> PAOLI P., MERLLIÉ D., *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail*, op. cit.

<sup>3</sup> Ce phénomène est connu depuis un certain temps déjà, cf. : CASSOU B., HUEZ D., MOUSEL M.-L., SPITZER C., TOURANCHET A. (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985.

<sup>4</sup> L'arrêté du 8 octobre 1990 établit une liste de travaux dangereux pour lesquels il est interdit d'employer des salariés en CDD et en intérim. Mais il faut souligner, d'une part, que cette liste est relativement restreinte (les travaux exposant à des rayonnements ionisants, par exemple, n'en font pas partie) ; d'autre part, que le recours aux contrats à durée de chantier, juridiquement assimilés à des CDI, permet de contourner cette réglementation.

<sup>5</sup> Il faut rappeler que les accidents du travail sont imputés à l'employeur juridique (c'est-à-dire au sous-traitant ou à l'ETT), et non à l'entreprise où s'effectue réellement le travail. Cela peut expliquer pourquoi les grandes entreprises ont des taux de fréquence d'accidents plus faibles que les petites : le nombre réel d'accidents n'y est pas nécessairement moindre, mais le recours à l'externalisation fait porter les chiffres d'accidents au « crédit » des entreprises preneuses d'ordres. L'imbrication des différents niveaux de sous-traitance constitue à la fois un facteur de risque et un facteur d'invisibilité des accidents du travail, à tel point qu'un rapport ministériel recommandait en 1990 de supprimer la sous-traitance en cascade dans le secteur du bâtiment, afin de limiter les risques d'accidents, cf. : QUERRIEN M., *Rapport sur la prévention des risques professionnels dans le secteur du bâtiment et des travaux publics*, Paris, Ministère du Travail, Ministère de l'Équipement, 1990.

<sup>6</sup> THÉBAUD-MONY A., « Contrats de travail atypiques, sous-traitance, flexibilité, santé », Communication au colloque BTS-SALISA « Le travail sans limites ? Réorganiser le travail et repenser la santé des travailleurs », Bruxelles, 25-27 septembre 2000, *Bulletin d'information du bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité*, op. cit., pp. 17-24.

L'exemple du secteur nucléaire est à ce titre l'un des plus manifestes. Entre 1978 et 1990, la part de rayonnements ionisants (cancérogènes connus) « absorbée » par les travailleurs « extérieurs » des centrales nucléaires (emplois non durables et salariés d'entreprises sous-traitantes) est passée de 60% à 82%. Les doses de rayonnements annuelles par personne sont 3 à 4 fois plus fortes pour ces salariés extérieurs que pour les agents EDF, ce qui participe d'une « gestion de l'emploi par la dose<sup>1</sup> ». L'enquête STED<sup>2</sup>, qui concerne spécifiquement ces travailleurs extérieurs, montre qu'au sein même de ceux-ci les risques et les pénibilités sont inégalement répartis : les salariés exerçant en contrats à durée de chantier cumulent à la fois les dosimétries annuelles les plus importantes, les conditions de travail les plus pénibles, et l'exposition simultanée à d'autres risques (toxiques, chaleur, poussières)<sup>3</sup>. A ces mises en jeu directes de la santé dans les activités de travail s'ajoutent les souffrances liées à la perturbation de la vie familiale : plus de la moitié de ces salariés sous-traitants sont amenés à quitter le domicile familial pendant la durée des travaux de maintenance, pour habiter à l'hôtel, en location ou en caravane. Un quart d'entre eux ont habité leur domicile moins de 6 mois durant l'année précédant l'enquête. Les répercussions sur la santé psychique de ce mode de vie particulier se font sentir : lorsqu'ils estiment ne pas disposer de suffisamment de temps pour leur famille, ou lorsque la qualité des relations dans le couple et la famille n'est pas satisfaisante, les salariés manifestent nettement plus de symptômes dépressifs.

Dans la Troisième enquête européenne sur les conditions de travail, le statut de l'emploi n'apparaît pas très discriminant au regard des troubles de santé déclarés par les répondants<sup>4</sup>. Mais des écarts significatifs sont cependant observés si l'on prend également en compte la durée de travail : les salariés en CDD à temps plein sont plus nombreux que les salariés permanents à déclarer une fatigue générale, des maux de dos et des douleurs musculaires. On peut par ailleurs souligner la

---

<sup>1</sup> THÉBAUD-MONY A., *L'industrie nucléaire*, op. cit.

<sup>2</sup> DONIOL-SHAW G., HUEZ D., SANDRET N., *Les intermittents du nucléaire*, Toulouse, Octarès, 1995 ; DONIOL-SHAW G., HUEZ D., SANDRET N. (et al.), « Conditions de travail et santé des sous-traitants dans la maintenance des centrales nucléaires : résultats de l'enquête STED », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, op. cit., pp. 435-450.

<sup>3</sup> Pour une description ethnographique du travail en centrale nucléaire et des rapports aux risques, cf. : FOURNIER P., « Attention danger : enquête sur le travail dans le nucléaire », *Ethnologie française*, n° 1, 2001, pp. 69-80.

<sup>4</sup> Je rappelle qu'il s'agit uniquement des troubles que les répondants estiment liés à leur travail.



spécificité des salariés intérimaires : ils sont moins nombreux à estimer que leur travail affecte leur santé (moins que dans l'ensemble de l'échantillon, et également moins qu'en 1995<sup>1</sup>) ; ils sont aussi les moins nombreux à considérer que leur santé ou leur sécurité sont menacées par leur travail, ce qui est cohérent avec leur moindre degré d'information sur les risques, mais paradoxal lorsqu'on sait que par ailleurs ils signalent des conditions de travail souvent moins bonnes que les autres (ils sont d'ailleurs les moins nombreux à en être satisfaits : 72%, contre 85% des salariés en CDI). Il s'agit là d'une particularité connue de la population intérimaire qui, bien que plus exposée à des travaux pénibles ou dangereux, déclare par ailleurs une santé plutôt bonne<sup>2</sup>. Une explication pourrait venir de la jeunesse de cette population, ainsi que d'un effet de sélection par la santé : seules les personnes les plus « solides » peuvent s'engager dans des emplois intérimaires (surtout dans le secteur industriel). Une autre piste explicative pourrait être celle des stratégies défensives visant à occulter les risques et les atteintes pour « tenir » au travail<sup>3</sup>.

Les résultats permettant d'aller plus loin dans l'analyse des liens entre statut de l'emploi et santé sont peu nombreux. On peut citer l'enquête PREST (Précarité - Santé - Travail)<sup>4</sup>, dans laquelle la relation entre le type de contrat et la santé perçue (évaluée par le Nottingham Health Profile) apparaît relativement faible : elle n'est significative que dans la population masculine, et seulement pour les formes les plus « précaires » de CDD (l'enquête PREST n'inclut pas les intérimaires) : saisonniers, contrats à durée de chantier, contrats d'insertion, emplois aidés. Les salariés en CDD « ordinaire » déclarent une santé perçue similaire aux salariés en CDI, et même dans certains cas meilleure, et les résultats concernant la santé évaluée par le médecin du travail ne permettent pas non plus de conclure à une surmorbidity de ces salariés en CDD.

---

<sup>1</sup> BENACH J., GIMENO D., BENAVIDES F. G., *Types of employment and health in the European Union*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002 ; PAOLI P., MERLLIÉ D., *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail*, op. cit.

<sup>2</sup> Ce résultat est d'ailleurs observé dans notre enquête auprès de salariés midi-pyrénéens, cf. : Chapitre IV.

<sup>3</sup> MOLINIER P., « Psychodynamique du travail et précarisation. La construction défensive de la virilité », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, op. cit., pp. 285-292.

<sup>4</sup> Enquête conduite en 1996 auprès de 2214 salariés de la région Centre (échantillon aléatoire recruté parmi le public des consultations annuelles de 180 médecins du travail). 41% des salariés sont en CDI, 59% en CDD (y compris contrats aidés). L'enquête comporte plusieurs autoquestionnaires (parcours professionnel, emploi et conditions de travail actuels et précédents, questionnaire du Nottingham Health Profile) et un questionnaire de santé renseigné par le médecin du travail. Cf. : DONIOL-SHAW G., LASFARGUES G., *Enquête PREST. Précarité - santé - travail*, Rapport de recherche, LATTIS- ENPC/Institut de médecine du travail du Val de Loire, 1999, 128 p.

Je mentionnerai également une étude de l'état de santé de 1150 salariés suisses interrogés par téléphone, qui a montré que plus les répondants estiment que la probabilité de perdre leur emploi est forte, plus ils déclarent une santé dégradée<sup>1</sup>, et ceci est particulièrement net pour les salariés ayant un niveau scolaire supérieur au Bac. Les auteurs suggèrent que ces derniers seraient d'une part moins « habitués » à la précarité, et d'autre part qu'ils auraient davantage d'attentes à l'égard du travail. Ils vivraient donc plus douloureusement l'insécurité professionnelle. On remarque qu'ici, l'association significative avec la santé perçue concerne le sentiment subjectif de pouvoir perdre son emploi, et non le statut de l'emploi en tant que tel. Des résultats allant dans le même sens sont apportés par des études sur la santé des salariés dans des contextes d'incertitude sur le devenir de leur entreprise : il apparaît que l'annonce d'un plan de restructuration entraîne chez les salariés (y compris chez ceux qui ne sont pas exposés à un éventuel licenciement) un ensemble de troubles psychiques et somatiques (fatigue, anxiété, perte de confiance dans l'avenir, dépression, irritabilité) souvent accompagnés de recours médicamenteux<sup>2</sup>. Plus généralement, l'anxiété liée à l'incertitude sur l'avenir professionnel (ou à la certitude d'un retour au chômage à chaque fin de contrat) est néfaste à la santé mentale et morale des salariés (et aussi de leur entourage). Nous verrons au chapitre suivant que dans l'échantillon de salariés midi-pyrénéens la santé perçue s'avère également très étroitement corrélée à la perception d'une menace sur l'emploi.

L'enquête réalisée par S. Paugam<sup>3</sup>, qui inclut les deux modalités de la précarité (statut de l'emploi et sentiment de précarité), apporte des résultats intéressants pour progresser dans la compréhension des liens entre rapport à l'emploi et santé perçue. A la question « comment vous sentez-vous en ce moment ? », les salariés

---

<sup>1</sup> En particulier pour 7 indicateurs (sur 10) : la santé auto-évaluée, le stress perçu, l'estime de soi, les troubles du sommeil, les douleurs lombaires, le tabagisme, et le fait de repousser une consultation médicale ou un soin par peur d'être absent au travail. Cf. : DOMENIGHETTI G., D'AVANZO B., BISIG B., « Health effects of job insecurity among employees in swiss general population », *Cahiers de recherches économiques*, Département d'économétrie et d'économie politique, Université de Lausanne, n° 9907, 1999, pp. 1-17.

<sup>2</sup> Cf. : VIOLETTE E., « Mesures de restructurations et santé perçue : étude d'un médecin du travail dans son entreprise » et FERLEY J.-P (et al.), « Impact des mutations professionnelles sur la santé des salariés de l'entreprise RVI-Vénissieux », Communications au XXVII<sup>e</sup> congrès national de médecine et santé au travail, Grenoble, 4-7 juin 2002, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 63, n° 3-4, 2002 ; GODIN I., DE BROUWER C., DE GUCHT V., FISCHLER B., KITTEL F., « Impact de l'environnement et de la structure d'entreprise sur les variations sociales de santé », Communication au Congrès de l'Association des Épidémiologistes de Langue Française (ADELF), Toulouse, 18-20 septembre 2002, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 50, supplément au n° 4, 2002.

<sup>3</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, *op. cit.*, pp. 116 et sq.

proches de l'intégration disqualifiante sont environ deux fois et demie plus nombreux que ceux de l'intégration assurée à répondre « plutôt mal » ou « très mal », et presque deux fois plus nombreux à se dire « préoccupés au point de perdre le sommeil ». Le type d'intégration professionnelle est donc corrélé à la santé perçue (ce qui n'est pas le cas, dans cette enquête, de la PCS). On remarque cependant que pour ces deux indicateurs (mauvaise santé perçue et troubles du sommeil), les salariés proches de l'intégration incertaine ne se différencient pas de façon significative de ceux qui se rattachent à l'intégration assurée. Cela suggère que la dimension « rapport au travail » est sans doute plus déterminante que la seule (in)sécurité de l'emploi - et cela d'autant plus que la modalité de l'intégration laborieuse donne des résultats très proches de ceux observés pour l'intégration disqualifiante. S'il existait un « effet propre » de la précarité de l'emploi, les salariés en intégration incertaine devraient présenter une santé moins bonne que ceux de l'intégration assurée, ce qui ne se vérifie pas.

Quels enseignements peut-on tirer de ces résultats hétérogènes ? Les liens entre précarité de l'emploi et santé apparaissent pour le moins complexes. S'il est établi que les emplois non durables exposent davantage les travailleurs à des pénibilités physiques et psychologiques (en particulier lorsque la précarité de l'emploi est associée à un contexte de sous-traitance), cette spécificité n'est pas nettement associée avec une santé dégradée. Et le cas échéant, il reste très difficile d'évaluer dans quelle mesure les altérations de l'état de santé déclarées par ces salariés relèvent en propre du statut de l'emploi ou résultent plus globalement d'une position défavorable sur le marché de l'emploi, de conditions de travail plus difficiles et, finalement, d'une intégration professionnelle moins assurée. Plus que le statut contractuel de l'emploi, c'est donc la place occupée dans le système productif qu'il est pertinent de prendre en considération - cette place étant définie simultanément par les conditions d'emploi et de travail, et par le contexte organisationnel où se situe l'activité professionnelle.

C'est dans ce sens qu'A. Thébaud-Mony et V. Daubas-Letourneux ont examiné les données de la Troisième enquête européenne sur les conditions de travail. Cherchant à « voir dans quelle mesure il existe, sur le marché de l'emploi européen, des corrélations entre certaines formes d'organisation du travail et une plus grande

exposition aux risques d'altération de la santé au travail<sup>1</sup> » (avec une attention particulière portée à la dimension du genre), elles ont d'abord identifié quatre formes d'organisation du travail différenciées au regard de trois groupes de critères : les cadres temporels (flexibilité des horaires et des jours de travail, contraintes de rythme de type industriel...); les marges de manœuvre (possibilité de choix des cadences ou des méthodes de travail, contrôle par le biais de normes de qualité...); et les rapports sociaux dans le travail (possibilités de discussion sur les conditions de travail ou l'organisation du travail, accès à la formation continue au cours des 12 derniers mois).

- Dans le *travail en autonomie*, les marges de manœuvre dans la réalisation du travail ainsi que les possibilités de discuter l'organisation et les conditions de travail sont importantes. La flexibilité temporelle est relativement peu répandue (avec tout de même des proportions importantes de journées de travail très longues), et le travail fait l'objet d'un contrôle important à travers des normes de qualité ou des procédures d'auto-évaluation. Ce type de travail concerne 49% des hommes et 53% des femmes salariés<sup>2</sup> de l'Union Européenne. Il est surtout rencontré dans les secteurs de la finance et de l'éducation, auxquels s'ajoute, pour les femmes, le secteur de l'administration publique. La part de salariés concernés par ce type d'organisation du travail augmente avec l'élévation de la PCS : 77% des femmes cadres supérieurs et dirigeantes travaillent en autonomie (et 70% des hommes).

- Le *travail flexible* concerne 16% des hommes et 7% des femmes. Il se caractérise par une forte fréquence du travail de nuit et du dimanche, du travail posté, ainsi que des journées de plus de 10 heures, et par la variabilité des horaires de travail. 20% des femmes de ce groupe exercent avec un contrat précaire. La pression temporelle engendrée par la demande du client est forte, et le niveau d'exigence sur la qualité du travail est élevé. Cependant, les marges d'autonomie sont relativement importantes, ainsi que les possibilités de discussion sur les conditions de travail. La très faible proportion de salariés âgés de plus de 54 ans laisse supposer l'existence de mécanismes de sélection fondés sur une usure prématurée au travail. Les emplois correspondant à ce travail flexible relèvent principalement

---

<sup>1</sup> DAUBAS-LETOURNEUX V., THÉBAUD-MONY A., « Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne », *op. cit.*, p. 9.

<sup>2</sup> L'enquête porte sur l'ensemble des salariés travaillant au moins 10 heures par semaine, à l'exception du secteur de l'agriculture.

des secteurs de la santé et de l'action sociale et de l'hôtellerie-restauration. Les PCS les plus concernées sont les professions intermédiaires et les professions intellectuelles et scientifiques chez les femmes, et les employés des services et les vendeurs chez les hommes.

- 18% des hommes et 22% des femmes font l'expérience du *travail sous automatisme*, très marqué par les prescriptions de rythmes liés aux machines et aux outils et par des normes de production quantitatives et qualitatives. Les marges d'autonomie dans le travail sont ici très faibles, avec cependant des possibilités de discussion sur les conditions et l'organisation du travail. Si ce type de travail s'observe surtout dans l'industrie, il est également fortement présent dans les secteurs des transports et de la communication, de l'hôtellerie-restauration et, pour les femmes seulement, dans les secteurs de la santé-action sociale et de la vente. Chez les hommes comme chez les femmes (bien que dans des proportions différentes), les trois groupes professionnels les plus concernés par le travail sous automatisme sont les conducteurs d'installations et de machines et les ouvriers d'assemblage, les ouvriers et employés non qualifiés, et les artisans et ouvriers de l'agriculture et de la pêche.

- Enfin, le *travail de servitude* se retrouve en proportions égales chez les hommes et chez les femmes (17% à 18%). Il peut être décrit par une absence de marges de manœuvre et par l'impossibilité d'y discuter l'organisation et les conditions de travail (en particulier pour les femmes), mais aussi par une absence d'exigences quantitatives ou qualitatives. Les contraintes de type marchand sont cependant importantes. Les horaires fixes y sont peu fréquents, et la précarité de l'emploi est plus importante que dans les autres groupes : elle concerne ici 28% des femmes et 20% des hommes. On relève également une forte proportion de temps partiel subi (30% des femmes et 39% des hommes). La sur-représentation des deux classes d'âge extrêmes, en particulier chez les femmes (moins de 25 ans et plus de 54 ans) indique une situation d'emploi et de travail plus subie que choisie caractéristique du début et de la fin de la vie active. Chez les hommes, le travail de servitude est rencontré surtout dans les secteurs de la construction, de la vente et de la finance, et chez les femmes plutôt dans les secteurs de l'hôtellerie-restauration, de la vente et des services. Les ouvriers et employés non qualifiés, hommes ou femmes, sont environ un sur trois à exercer en travail de servitude, ce qui est également le cas pour un quart des employées des services et vendeuses de magasin et de marché, et un quart des hommes employés administratifs. Enfin, le travail de servitude, chez

les hommes comme chez les femmes, est proportionnellement plus présent dans les petites entreprises (moins de 50 salariés).

Par recoupement avec d'autres données, A. Thébaud-Mony et V. Daubas-Letourneux font l'hypothèse que le groupe du *travail en autonomie* se rapprocherait du profil des travailleurs du « noyau dur » des entreprises, bénéficiant d'un emploi stable et de garanties collectives. Les trois autres groupes se distinguent de ce modèle : le *travail flexible*, qui cumule pénibilité et intensité du travail, évoque la situation des travailleurs temporaires (la part de salariés exerçant comme cadres supérieurs suggère que la flexibilité est pour partie choisie) ; le *travail sous automatisme*, lui aussi fortement prescrit et soumis à la demande du client, caractériserait plutôt les situations de sous-traitance ; et le *travail de servitude* se rapproche des formes les plus déqualifiées d'emplois externalisés (par exemple le nettoyage). C'est dans ce dernier groupe que l'insatisfaction au travail est le plus fortement exprimée.

A quels types de risques et d'atteintes à la santé ces quatre groupes sont-ils associés ?

Le groupe du *travail en autonomie* est le moins exposé aux risques d'atteintes à la santé physique, ainsi qu'aux troubles de santé attribués au travail. Mais on relève tout de même des proportions non négligeables de salariés faisant état de maux de dos (environ une personne sur trois<sup>1</sup>), de stress, de fatigue générale et de TMS.

Le *travail de servitude* est, après le travail en autonomie, le deuxième groupe le moins exposé aux troubles de santé en lien avec le travail.

Les groupes du *travail sous automatisme* et du *travail flexible* sont les plus exposés à des risques et pénibilités physiques, et c'est dans ces deux groupes que des problèmes de santé sont le plus fréquemment perçus : maux de dos, TMS, troubles respiratoires et auditifs (auxquels il faudrait ajouter les éventuels troubles à venir, compte tenu du fait que ces deux groupes sont également les plus exposés à des risques physiques et chimiques à effet de latence). Le *travail flexible* se caractérise également, sur le plan de la santé, par une forte exposition aux risques toxiques et aux radiations, et par une fréquence importante de troubles psychologiques (stress, irritabilité, problèmes de sommeil) et d'atteintes à la dignité dans le travail.

---

<sup>1</sup> Pour la France seulement, rappelons que 100 000 lombalgies ont été déclarées en accident du travail en 2001 (soit 13% des accidents avec arrêt), et plus de 2000 comme maladie professionnelle (tableaux 97 et 98 du régime général et tableaux 57 et 57 bis du régime agricole).

Cette recherche permet donc de mettre en évidence « l'impact de l'organisation du travail et des rapports sociaux dans les processus d'altération de la santé au travail et leurs liens possibles avec des processus de sélection-exclusion sur le marché de l'emploi ». La division sociale des risques et des atteintes en matière de santé au travail est donc largement observée et, soulignons-le, représente un enjeu qui relève (ou devrait relever) pleinement de la santé publique<sup>1</sup>.

Cette division sociale des mises en jeu de la santé au travail fonctionne comme un cercle vicieux, dans la mesure où sa nature même fait obstacle à la prévention des risques<sup>2</sup>. On a vu que le développement de la sous-traitance et des procédures d'essaimage produit un éparpillement des entreprises et une diminution de leur taille. Or, seules les entreprises de plus de 50 salariés sont tenues de disposer d'un CHSCT, organe ayant un rôle central dans l'information, la prévention et les recours en matière de santé au travail. Le nombre d'entreprises sans CHSCT est donc amené à se développer, ce qui ne va pas dans le sens d'un accroissement des possibilités d'actions collectives en matière de conditions de travail et de santé au travail<sup>3</sup>.

### **Intermittence en emploi, conditions de vie et santé**

Dans ce panorama visant à établir un état des lieux des connaissances et des questionnements sur les interactions entre précarisation du travail et santé, il faut évoquer les conséquences de la fragmentation des trajectoires professionnelles et de la banalisation du chômage (récurrent ou prolongé) au fil de la vie de travail. Que peut-on constater en matière de santé dans ces contextes de précarisation sociale<sup>4</sup> ? Si l'on étudie l'état de santé des populations que l'on qualifie de « défavorisées » ou

---

<sup>1</sup> THÉBAUD-MONY A., « Précarisation du travail, précarisation de la santé : quel coût social ? », *op. cit.*

<sup>2</sup> Ceci a été particulièrement mis en lumière dans l'enquête sur l'explosion du 21 septembre 2001 à l'usine Grande Paroisse (AZF) de Toulouse. La complexité et l'opacité de l'organisation du travail sur le site (où intervenaient pas moins de 25 entreprises différentes) sont les causes essentielles de l'absence de maîtrise des risques qui a conduit à l'accident faisant 30 morts et des milliers de blessés.

<sup>3</sup> Encore faut-il signaler qu'un quart des entreprises qui devraient en principe disposer d'un CHSCT n'en ont pas. Parmi celles qui n'y sont pas assujetties, à peine une sur cinq en a créé tout de même un, cf. : COUTROT T., « Où sont les CHSCT ? », *Premières synthèses*, n° 16.2, 2001. Je rappelle également que les CHSCT ne peuvent agir qu'auprès des salariés de l'entreprise, et non auprès des sous-traitants (sauf accords négociés ponctuellement : on en connaît quelques exemples notamment dans les secteurs nucléaire (centrale de Chinon) ou chimique, autour de revendications portant à la fois sur la sécurité des emplois, sur les conditions de travail, et sur la santé et la sécurité des travailleurs « extérieurs »).

<sup>4</sup> Le Haut Comité de la Santé Publique a souligné dans un rapport de 1998 l'importance de ces enjeux pour l'avenir de la santé en France, cf. : HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998.

« précarisées » (pauvres, chômeurs, rmistes, personnes sans domicile...), on observe que leur situation sanitaire est nettement dégradée par rapport à celle de la population générale, tant sur le plan de la mortalité<sup>1</sup> que dans le registre de la morbidité<sup>2</sup>. Là encore, plusieurs pistes interprétatives coexistent.

On peut d'abord s'intéresser aux conditions de vie comme facteurs d'altération de la santé, et notamment à l'insuffisance et à l'irrégularité des revenus qui rendent plus difficiles certaines pratiques d'entretien et de (re)construction de la santé. L'alimentation, les consultations et les soins médicaux, les pratiques sportives (ou simplement les loisirs, qui contribuent à la santé psychologique et morale) sont autant de postes budgétaires que les difficultés financières obligent à réduire considérablement, ce qui peut nuire à la construction d'une bonne santé.

Mais il ne faut pas oublier que, sauf dans des cas extrêmes de décrochage complet vis-à-vis de toute activité professionnelle, la précarité sociale va de pair avec un rapport à l'emploi marqué par une succession d'emplois faiblement qualifiés, souvent pénibles, et peu propices à l'entretien d'une bonne santé. Une recherche qualitative visant à mieux connaître les liens entre précarité de l'emploi et santé mentale, menée auprès de 52 personnes en situation d'intermittence d'emploi depuis au moins 2 ans, montre ainsi que « les effets du non emploi ne sont pas dissociables de ceux entraînés par des emplois de piètre qualité qui, en plus d'impliquer des démarches répétées de recherche d'emploi qui deviennent astreignantes et humiliantes, présentent souvent des tâches et exigences dommageables pour la santé<sup>3</sup> ». On peut en effet faire l'hypothèse qu'à la multiplicité des activités professionnelles (simultanées et/ou successives) fait écho une multiplicité d'expositions potentiellement pathogènes, dont l'histoire est

---

<sup>1</sup> DESPLANQUES G., « La mortalité des adultes, période 1955-1980 », *Les collections de l'INSEE*, série D, n° 102, pp. 40-44 ; MARTIKAINEN P. T., VALKONEN T., « Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment », *The Lancet*, vol. 348, 1996, pp. 909-912.

<sup>2</sup> BLANPAIN N., ÉNEAU D., « État de santé et accès aux soins des allocataires du RMI », *INSEE Première*, n° 655, 1999 ; BUNGENER M., HORELLOU-LAFARGE C., LOUIS M.-V., *Chômage et santé*, Paris, Économica, 1982 ; BOURRET P., CHANUT C., MOSSE P., « La santé des pauvres. Entre spécificité et généralité », *Solidarité Santé*, n°3, 1993, pp. 17-25 ; BUNGENER M., PIERRET J., *Appréhender l'influence du chômage sur l'état de santé. Analyse seconde des données INSEE « Étude des conditions de vie 1986-87*, Rapport MIRE/CERMES, 1993 ; GADREAU M., GOUJON D., « RMI et santé : quelles relations ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 12, n° 4, 1994, pp. 77-109 ; LAZARUS A. (dir.), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », 1995 ; LECOMTE T., « Morbidité et consommation médicale des chômeurs », *Cahiers de la mutualité dans l'entreprise*, n° 20, 1986, pp. 7-27 ; SCHAETZEL F., QUEROUIL O., *État de santé des bénéficiaires du RMI. Synthèse des données existantes*, Délégation Interministérielle au RMI, Paris, 1991 ; TICHET J., LASFARGUES G., VOL S., « État de santé et comportement des chômeurs », in LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé, op. cit.*, pp. 155-159.

<sup>3</sup> MALENFANT R., LARUE A., MERCIER L., VÉZINA M., *Travailler un peu, beaucoup, passionnément... pas du tout*, RIPOST, Rapport de recherche, 1999, p. 93.



presque impossible à retracer de façon fiable. La discontinuité des parcours professionnels contribue donc à brouiller la connaissance des effets délétères du travail, notamment en ce qui concerne les risques cancérigènes. D. Huez signale à ce propos que « ce sont ainsi les mêmes entreprises sous-traitantes qui peuvent intervenir pour le déflocage de l'amiante et dans les activités de servitudes en centrales nucléaires. Ici, on peut craindre que les risques cancérigènes puissent être synergiques et non additifs comme les considère aujourd'hui la réglementation<sup>1</sup> ». On pourrait objecter que l'aspect discontinu des expositions, lié à l'intermittence de l'activité professionnelle elle-même, peut à l'inverse jouer un rôle protecteur... mais les données qui permettraient d'éclairer cette question sont quasiment inexistantes<sup>2</sup>. Il faut signaler également que si la prévention et la « traçabilité » des expositions à des agents « cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction » est inscrite à plusieurs reprises dans le Code du travail et dans le Code de la sécurité sociale<sup>3</sup>, ces dispositions ne sont que peu ou pas appliquées<sup>4</sup>, ou le sont de façon détournée (dans un but de sélection-exclusion des travailleurs)<sup>5</sup>. On voit ici que les remises en question du droit du travail sont indissociables de remises en question de la santé des salariés. Face à ces phénomènes, la médecine du travail, en tant que dispositif institutionnel censé protéger la santé des salariés et prévenir les atteintes liées au travail, se trouve fort dépourvue. Les cadres qui régissent cette profession, née dans un contexte où le modèle dominant d'entreprise

<sup>1</sup> HUEZ D., « Santé et précarisation du travail », *op. cit.*

<sup>2</sup> Partant de l'idée que les travailleurs eux-mêmes sont les seuls détenteurs du savoir sur leurs diverses expositions professionnelles successives, une recherche qualitative visant à reconstituer précisément les « parcours-travail » de patients atteints de cancer a été menée en Seine Saint-Denis, cf. : THÉBAUD-MONY A., BOUJASSON L., LEVY M., LEPETIT C., GOULIMALY P., CARTERON H., VINCENTI M., « Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine Saint-Denis (France) », *Pistes*, vol. 5, n° 1, 2003.

<sup>3</sup> L'article L461-4 du Code de la Sécurité sociale fait obligation à tout employeur utilisant des procédés susceptibles de provoquer une maladie professionnelle d'en faire la déclaration à la Caisse primaire d'assurance maladie et à l'Inspection du travail. La prévention des risques fait l'objet des articles R231-54-6 à R231-54-16 du Code du travail.

<sup>4</sup> On peut d'ailleurs souligner à ce propos le décalage remarquable et persistant qui existe entre la législation en matière de santé au travail (sophistiquée et abondante) et son application effective, en France et plus généralement dans l'Union Européenne (cf. : VOGEL L., « La production normative de la santé en Europe », *La Revue de la CFDT*, n° 18, 1999, pp. 20-28). Annie Thébaud-Mony souligne l'erreur qui consiste à voir dans ce décalage un simple « trait culturel français » et propose de l'interpréter plutôt comme un signe de la subordination de l'ordre public social à l'ordre économique, cf. : THÉBAUD-MONY A., « Santé et travail : droit et pratiques du droit. Réflexions autour du rôle de l'État », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, *op. cit.*, pp. 143-150.

<sup>5</sup> C'est l'une des raisons pour lesquelles P. Davezies prône une séparation des pouvoirs en matière de santé au travail. Il faudrait selon lui que soient clairement dissociés d'un côté, les dispositifs de prévention et d'amélioration des conditions de travail (préventeurs internes aux entreprises, ingénieurs, CRAM, ANACT...), et de l'autre, les fonctions indépendantes d'information, de veille et d'alerte (médecins, toxicologues, ergonomes...), celles-ci devant être assurées hors de toute responsabilité vis-à-vis de l'économique, cf. : DAVEZIES P., « Convergences, tensions et contradictions entre les différentes approches disciplinaires de la santé au travail », *Performances. Stratégies et facteur humain*, n° 5, 2001, pp. 14-21.

était tout autre<sup>1</sup>, ne sont plus adaptés aujourd'hui et ne permettent pas aux médecins de mener à bien leurs missions de surveillance et de prévention<sup>2</sup>. Certains d'entre eux ont d'ailleurs exprimé sur la scène publique les difficultés professionnelles auxquelles ils sont confrontés, et la situation de porte-à-faux dans laquelle les place le durcissement, sous l'effet de la précarisation, de la tension entre prévention des risques et sélection des salariés<sup>3</sup>.

Un autre registre explicatif de la mauvaise santé des populations précarisées se situe dans les effets pathogènes propres de la souffrance morale, de l'inquiétude, du sentiment d'injustice éprouvés par les personnes faisant l'expérience de la disqualification sociale. « Où faut-il alors tracer la frontière entre la dévalorisation de soi et la "dépression" si fréquemment nommée par les enquêtés ? Devant ces manifestations psychiques de la précarité, doit-on encore parler de santé ? », interroge D. Fassin<sup>4</sup>. Oui, il s'agit bien de santé, si l'on entend celle-ci dans son sens extensif, et d'autant plus que, comme le souligne cet auteur, des études épidémiologiques ont mis en avant l'importance de la dimension « subjective » dans l'appréhension de la santé<sup>5</sup>, et démontré le rôle décisif de l'estime de soi dans la mortalité<sup>6</sup>. D'autre part, on sait que les situations de précarité sociale peuvent donner lieu à des comportements alimentaires « à risques » et à des consommations addictives de tabac, d'alcool et d'autres psychotropes dont on connaît les effets sur la santé.

L'hypothèse d'un moindre recours aux soins est également fréquemment mise en avant pour expliquer la mauvaise santé des groupes socialement et économiquement défavorisés<sup>7</sup>. Deux niveaux de médiation peuvent être distingués ici. D'une part, l'utilisation des services de soins relève d'un apprentissage : consulter un médecin, prendre un traitement, s'orienter dans l'espace des instances

---

<sup>1</sup> Un bref historique de la médecine du travail est présenté au chapitre V, §1a.

<sup>2</sup> Cf. : LÉBAUPAIN C., « La médecine du travail sous le projecteur de la précarisation », Communication aux XXIII<sup>es</sup> Journées nationales de médecine du travail, Besançon, 1994, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 56, n° 3, 1995, pp. 193-196 ; PASCUAL M., « Surveillance médicale des travailleurs intérimaires : histoire d'un texte inapplicable », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, pp. 87-96.

<sup>3</sup> HUEZ D. (coord.), *Souffrances et précarités au travail, op. cit.*

<sup>4</sup> FASSIN D., « Qualifier les inégalités », in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé, op. cit.*, p. 129.

<sup>5</sup> AIACH P., CURTIS S., « Social inequalities in self-reported morbidity : interpretation and comparison of data from Britain and France », *Social science and medicine*, n° 31, 1990, pp. 267-274.

<sup>6</sup> ELSTAD J.I., « The psychosocial perspective on social inequalities in health », *Sociology of health and illness*, vol. 20, n° 5, 1998, pp. 598-618.

<sup>7</sup> PARIZOT I., « Trajectoires sociales et modes de relations aux structures sanitaires », in LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé, op. cit.*, pp. 33-44.

et des institutions médicales..., sont des démarches qui nécessitent une certaine connaissance et une certaine maîtrise du système de soin, de ses codes et de ses méandres. Or, outre le fait que cette compétence est socialement distribuée de façon inégale, on observe qu'elle présente un caractère réversible. M. Joubert indique ainsi que de nombreuses personnes qui « vivent des ruptures ou une fragilisation intense de leurs conditions de vie (...) ont perdu l'usage, le savoir-faire, la confiance que suppose une bonne maîtrise du système de santé. (...) Elles préfèrent alors s'abstenir ou faire autrement<sup>1</sup> ». Sont alors mises en œuvre toutes sortes de stratégies et de « bricolages d'accès » comme la reproduction d'un circuit ayant fait ses preuves (même s'il n'est pas le plus approprié au problème de santé), l'utilisation de dispositifs perçus comme plus accessibles (urgences hospitalières, consultations humanitaires), ou encore l'automédication. Ces parcours de soins complexes, fragmentaires et souvent tardifs restreignent l'efficacité des soins sur le plan médical.

D'autre part, sur un plan plus symbolique, il faut souligner l'hétérogénéité des temporalités respectives de la précarité et du rapport à la santé. On peut faire l'hypothèse d'une incompatibilité au moins partielle entre deux régimes temporels : la précarité des emplois successifs raccourcit l'horizon temporel et oblige à vivre « au jour le jour » ou dans le court terme, tandis que les préoccupations de santé font pour partie appel à une rationalité anticipatrice, qui suppose une possibilité de projection dans l'avenir. On peut dès lors imaginer que lorsque celui-ci est incertain, imprévisible et incontrôlable, le souci préventif pour la santé a moins d'occasions de s'exprimer<sup>2</sup>.

Mais au-delà de ces multiples facteurs explicatifs, il est essentiel de rappeler que l'état de santé et le rapport à la santé sont étroitement liés à l'origine sociale, comme l'ont montré depuis longtemps à la fois les approches épidémiologiques et les recherches en sociologie et en anthropologie de la santé<sup>3</sup>. Dès lors, la moins bonne

---

<sup>1</sup> JOUBERT M., « Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins », *Prévenir*, n° 28, 1995, p. 95.

<sup>2</sup> L'analyse des entretiens présentée dans la troisième partie montrera que cette hypothèse ne se vérifie pas toujours, car dans certains cas on observe au contraire une très grande attention portée à la santé, celle-ci ayant le statut d'un outil de travail à entretenir au mieux pour favoriser l'intégration professionnelle.

<sup>3</sup> AIACH P. (dir.), *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*, Paris, INSERM/La Documentation française, 1987 ; AIACH P., « La société au miroir des inégalités de santé », *Prévenir*, n° 28, 1995, pp. 29-35 ; AIACH P., « La santé et ses inégalités », *Esprit*, février 1997, pp. 63-71 ; DRULHE M., *Santé et société*, op. cit. ; EVANS R. G., BARER M. L., MARMOR T. R., *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la santé*, Presses de l'Université de Montréal, John Libbey Eurotext, 1996 ; HERZLICH C., *Médecine, maladie, société*, Paris/La Haye, Mouton, 1970 ; LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, op. cit.

santé des populations précarisées – dont le « recrutement » social n'est bien sûr pas aléatoire – est peut-être surtout à référer aux inégalités sociales de santé présentes largement en amont de ce que l'on peut identifier comme situation de précarité sociale<sup>1</sup>. Il résulte de ce déplacement du point de vue un renversement du sens causal : la précarisation sociale peut être vue non comme la cause première d'une dégradation de la santé, mais comme la conséquence de processus antérieurs d'altérations de la santé ayant fragilisé la position socioprofessionnelle.

La question des liens entre chômage et santé a fait l'objet de nombreuses recherches, qui montrent que des schémas interprétatifs pluriels peuvent être mobilisés. Si l'on pose l'hypothèse d'effets propres du chômage sur la santé, une première interrogation apparaît : ces effets sont-ils pathogènes (et dans ce cas, quelles sont les dimensions pertinentes : l'inactivité, la perte de statut social, le traumatisme du licenciement, la pauvreté ?), ou bien le chômage a-t-il au contraire un effet protecteur en agissant comme mise à l'écart des risques professionnels et de l'usure au travail ? Les connaissances actuelles laissent à penser que les deux dynamiques coexistent et ne sont pas mutuellement exclusives.

La recherche effectuée auprès de salariés de Midi-Pyrénées apporte quelques éclairages sur les liens entre chômage et santé. L'enquête par questionnaire montre que 94 répondants ont connu au cours de leur vie professionnelle une période de chômage vécue comme « difficile » (avec une sur-représentation significative des femmes). Près de la moitié d'entre eux (n=45) estiment que le chômage a eu des « répercussions » sur leur santé. Certaines annotations font état de phénomènes de dépression, d'isolement, de prise de poids et de consommation de psychotropes pendant cette période. Si l'on s'intéresse à la santé actuelle de ces répondants, on observe de nettes associations avec nombre de modalités indiquant une santé dégradée. Je n'en citerai qu'un exemple<sup>2</sup> : 13% des salariés de ce groupe estiment être actuellement en mauvaise santé, pour 9% parmi ceux qui n'ont pas connu de chômage difficile<sup>3</sup>. Compte tenu de la complexité des dynamiques à l'œuvre, on se gardera d'interpréter ces résultats comme un signe direct d'effets pathogènes du

---

<sup>1</sup> C'est d'ailleurs pourquoi la problématique de « l'accès aux soins », qui occupe depuis quelques années une place centrale dans des dispositifs d'insertion, est d'une portée très limitée : procurer des soins ne suffit pas à « rattraper » des écarts de santé construits tout au long de l'existence sociale.

<sup>2</sup> Cf. : Chapitre IV, §4b).

<sup>3</sup> Un éventuel effet d'âge est à éliminer ici, car les salariés qui ont traversé une période de chômage ne sont pas les plus âgés.

chômage<sup>1</sup>, mais on constate bien qu'un défaut d'intégration professionnelle dans le passé<sup>2</sup> s'accompagne d'une santé actuelle perçue comme nettement dégradée.

Les entretiens permettent d'éclairer certains aspects des expériences et de donner un contenu concret à ces « effets du chômage sur la santé ». Ainsi Mme Enzo (26 ans, assistante sociale) évoque le processus bien connu de la dégradation de son état moral durant les mois qu'elle a consacrés à la recherche de son premier emploi :

*« Par rapport à ma **santé psychologique** quoi. C'est vrai que j'étais mal à cette époque, enfin j'étais très irritable, très nerveuse, je tournais en rond, je... (...) Je déprimais un peu certainement quoi. (...) Je me renfermais sur moi-même, j'avais goût à rien, j'étais... Je pleurais souvent... enfin y'avait un certain nombre de symptômes qui me font dire qu'au niveau de ma santé, c'était pas ça quoi ».*

De son côté Mme Chafi (32 ans, caissière dans une station-service) met en scène l'effet catalyseur de l'inactivité sur l'apparition d'une pathologie organique (diabète), apparition liée à un comportement personnel lui-même induit par la situation de chômage :

*« Ah, c'est clair : tout le temps que je restais au chômage, je passais mon temps allongée dans le canapé, et le seul travail que je faisais c'était du canapé au frigo et du frigo au canapé, donc... Étant donné que déjà j'avais pas besoin de ça, donc... A la limite, si... Je pense que si j'avais travaillé comme j'aurais dû le faire, dès mon plus jeune âge quoi, j'aurais peut-être pas - j'aurais été diabétique, mais plus tard quoi. Alors que là je me suis gavée, je faisais que ça hein... ».*

Ce dernier exemple va dans le sens d'une réponse « mixte » à la question des effets pathogènes du chômage : celui-ci serait susceptible de faire ressurgir ou d'aggraver un trouble de santé déjà présent auparavant<sup>3</sup>.

Enfin, troisième registre explicatif et inversement du sens de la causalité : le chômage peut être lui-même le résultat d'une santé antérieurement dégradée. De nombreuses recherches<sup>4</sup> indiquent en effet qu'il existe un mécanisme de sélection des travailleurs par leur santé (« healthy worker effect »), les plus « fragiles » étant

---

<sup>1</sup> Un lien de cause à effet est tout de même expressément désigné par 5 personnes qui, à la question de savoir si un événement de leur vie a entraîné une plus grande fragilité sur le plan de leur santé, ont mentionné le chômage.

<sup>2</sup> Le questionnaire ne permet pas de savoir à quel moment a (ont) eu lieu la (les) période(s) de chômage.

<sup>3</sup> MESRINE A., « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *Économie et statistique*, n° 334, 2000, pp. 33-48.

<sup>4</sup> DESSORS D., SCHRAM J., VOLKOFF S., « Du handicap de situation à la sélection-exclusion : une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques », *Travail et emploi*, n° 48, 1991, pp. 31-47 ; BOURGET-DEVOUASSOUX J., VOLKOFF S., « Bilans de santé des carrières d'ouvriers », *Économie et statistique*, n° 242, 1991, pp. 83-93 ; FRIGUL N., « Des femmes en chômage de longue durée : rapport au travail et citoyenneté », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, pp. 355-362.

au premier chef concernés par les licenciements<sup>1</sup>, les sorties d'emploi et les difficultés d'insertion professionnelle. L'enquête longitudinale ESTEV permet ainsi de constater que dans le groupe des travailleurs âgés de 52 ans en 1990, la mauvaise santé perçue (surtout dans sa dimension physique : mobilité, douleurs, tonus...) est fortement pronostique d'une sortie d'emploi en 1995 (les sorties d'emploi regroupent la retraite, le chômage et l'arrêt d'activité pour maladie de longue durée). Mais il faut observer également que la santé perçue est elle-même étroitement liée aux conditions de travail : le schéma interprétatif qui se dessine est celui d'une altération de la santé par le travail, entraînant par la suite des risques plus élevés de cessation de l'activité professionnelle. F. Derriennic indique ainsi que « le non emploi, comme état particulier de la situation d'un individu, n'est peut-être pas un facteur de risque du type exposition ou non, mais l'aboutissement des processus de précarisation dans le travail pré-existant<sup>2</sup> ».

Le chômage intermittent ou prolongé qui caractérise de plus en plus de trajectoires professionnelles peut donc être vu, entre autres dimensions, comme le produit d'exigences toujours plus fortes à l'égard de la santé des salariés dans les milieux de travail. Dans ce contexte, les dynamiques contemporaines d'intensification et de réorganisation du travail, en sollicitant à l'extrême les ressources physiques et psychiques, contribuent à renforcer les effets de sélection sociale des travailleurs et à construire une « inemployabilité par la santé<sup>3</sup> ».

---

<sup>1</sup> On peut rappeler que les licenciements pour raisons de santé font partie de la catégorie des licenciements pour « motif personnel » (ceux-ci étant deux fois plus nombreux que les licenciements économiques). Ils augmentent nettement avec l'âge, et sont souvent argumentés par une inadaptation physique des travailleurs vieillissants à de nouveaux postes ou à de nouvelles technologies. Ils participent donc à une « gestion » de la main-d'œuvre selon des critères de santé. Cf. : PIGNONI M.-T., ZOUARY P., « Les nouveaux usages du licenciement pour motif personnel », *Premières synthèses*, n° 28.2, 2003.

<sup>2</sup> DERRIENNIC F., « Précarisation du travail et santé : réponses, remarques et problèmes épidémiologiques ? », Communication aux XXIII<sup>es</sup> Journées nationales de médecine du travail, Besançon, 1994, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 56, n° 3, 1995, p. 185.

<sup>3</sup> THÉBAUD-MONY A., « Atteintes à la santé liées au travail et construction sociale de "l'inemployabilité" », *op. cit.* Une recherche auprès de femmes en chômage de longue durée montre bien le rôle joué par le parcours professionnel antérieur dans l'état de santé actuel, cf. : FRIGUL N., BRETIN H., METENIER I., AUSSEL L., THÉBAUD-MONY A., « Atteintes à la santé et exclusion professionnelle. Une enquête auprès de 86 femmes en chômage de longue durée », *Travail et emploi*, n° 56, 1993, pp. 34-44.

## Emploi contre santé ?

Un dernier angle d'analyse des relations entre précarisation du travail et santé reste à aborder. On ne se situe plus ici sur le plan des interactions entre caractéristiques du travail et de l'emploi et dimensions de la santé, mais au niveau des rapports entre le travail et la santé entendus comme composantes de l'expérience sociale et comme valeurs socialement construites et partagées.

L'insécurité grandissante de l'emploi et la pérennisation du chômage de masse contribuent à redéfinir les rapports entre travail et santé, ou plus exactement entre emploi et santé, dans le sens où l'absence d'emploi est considérée comme un « mal » plus redoutable encore que les pathologies éventuelles (ou avérées) produites et/ou amplifiées par les activités de travail. Cette *hiérarchisation des valeurs* dans laquelle l'emploi prend le pas sur la santé – parce que le contexte ne permet pas de concilier les deux – est d'abord le fait des salariés eux-mêmes, confrontés à ce que D. Dessors décrit comme une « négociation contradictoire pour le salarié entre son maintien dans l'emploi et le confort acceptable de ses conditions de travail ». Face à l'éventualité du chômage, « les salariés tentent jusqu'à la limite du supportable de *tenir* dans les situations de travail qui sont les leurs. (...) Le coût pour eux de ce maintien est élevé, d'autant que *tenir* consiste bien souvent à ne pas se faire *repérer* par des plaintes ni a fortiori par des revendications. Ce silence pérennise alors des conditions de travail pénibles qui ne sont plus dénoncées que par l'émergence de pathologies avérées<sup>1</sup> ». Dans cette configuration, les ressources de santé dont chacun dispose sont mises *au service* du maintien dans l'emploi, la santé est donc instrumentalisée comme l'un des moyens (et, pour les moins qualifiés, quasiment le seul moyen) d'entretenir une intégration professionnelle minimale<sup>2</sup>. C'est ici l'emploi *contre* la santé, au double sens d'un antagonisme et d'une forme d'échange, de « troc » de l'un contre l'autre. Si cette « stratégie » (dont il faut souligner ce qu'elle a de contraint) peut être relativement satisfaisante, au moins pendant un temps, pour les salariés les plus jeunes et en bonne santé, ses limites se font sentir de façon plus rapide et plus décisive pour les salariés

---

<sup>1</sup> DESSORS D., « Précarité, précarisation, santé : lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail », *op. cit.*, p. 177. On peut ajouter que la priorité donnée à l'emploi joue aussi lors des périodes de chômage, pendant lesquelles certains salariés renoncent par exemple à planifier des périodes de repos compensateur et de récupération, afin d'être toujours disponibles au cas où un emploi leur serait proposé.

<sup>2</sup> L'exemple déjà cité des dosimètres « oubliés » pour ne pas atteindre les seuils de non-renouvellement du contrat pour les intérimaires du nucléaire est un cas extrême de cette subordination de la santé à l'emploi.

vieillissants - et l'on rejoint ici la question abordée précédemment de la précarisation professionnelle par la santé, processus que S. Volkoff définit comme le « produit de contradictions, à effet fragilisateur, entre les caractéristiques des opérateurs (et leur évolution) et les caractéristiques des techniques et de l'organisation du travail (et leur évolution)<sup>1</sup> ». Le chapitre VIII sera consacré à l'analyse des choix et des attitudes des salariés face à cette alternative « santé *ou* travail ».

Simultanément, le fait même d'être en emploi apparaissant de plus en plus comme un privilège, toute velléité critique ou revendicative concernant les conditions de travail et les enjeux de santé semble déplacée et presque indécente compte tenu de la masse de personnes qui n'ont pas cette « chance ».

Un sondage d'opinion sur les conditions de travail publié périodiquement par le Ministère de l'emploi<sup>2</sup> montre qu'en 2004, 24% des répondants estiment que la prise en compte du risque d'accident ou de maladie liés à l'activité professionnelle est ou devrait être « prioritaire, pouvant aller jusqu'à refuser un emploi ». Cette proportion est en légère baisse (elle était de 27% en 1994), ce qui pourrait suggérer que les salariés sont de plus en plus enclins à considérer que l'emploi prime sur la santé. D'autre part, 55% des répondants (proportion stable depuis 1994) estiment que les risques d'accident ou de maladie sont « importants, mais pas au point de refuser un emploi ». La tendance à une plus grande acceptabilité sociale des risques professionnels est également apparente dans une autre question : 34% des répondants (soit 4% de plus qu'en 2000) estiment qu'il est « tout à fait acceptable » ou « plutôt acceptable » d'être exposé à un risque de maladie ou d'accident plus important dans l'activité professionnelle que dans la vie hors travail. Les ouvriers et les personnes qui déclarent par ailleurs que leurs conditions de travail sont « très difficiles » (7% de l'ensemble) sont particulièrement enclins à choisir ces réponses : il semble donc que l'acceptabilité des risques augmente avec leur présence dans les activités de travail, ce qui peut provenir de processus d'acculturation aux risques, ainsi que d'un certain fatalisme. Enfin, les résultats de ce sondage suggèrent que la croyance dans les possibilités d'amélioration de la santé au travail régresse depuis

---

<sup>1</sup> VOLKOFF S., « Âge, travail, santé : les marges de manœuvre pour une prévention de l'exclusion », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé, op. cit.*, p. 28.

<sup>2</sup> Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, *La sensibilité de l'opinion publique aux conditions de travail*, 2004. Sondage réalisé par l'institut Louis Harris auprès d'un échantillon de 1002 actifs occupés (méthode des quotas : sexe, âge, profession, après stratification par région et taille d'agglomération).



quelques années. En 1994, 87% des répondants estimaient que « si on fait le nécessaire, on peut éliminer les risques d'accident de travail et de maladie liées à l'activité professionnelle ». Après avoir atteint 96% en 1997, cette proportion a considérablement diminué : 77% en 2000, et 73% en 2004. Toute prudence gardée quant à la validité d'une enquête de ce type, ces résultats suggèrent au moins que la tendance de l'opinion n'est pas à donner la primauté aux enjeux de santé au travail. Mais la subordination des enjeux de santé aux problèmes d'emploi est pratiquée par d'autres acteurs que les salariés eux-mêmes. Les médecins du travail, comme on le verra plus en détail dans le chapitre V, sont eux aussi amenés par le biais des décisions d'(in)aptitude à opérer un choix paradoxal entre le maintien des salariés dans leur emploi (au risque de leur santé) ou la préservation de leur santé (au risque de leur exclusion professionnelle). Les syndicats sont également focalisés sur les questions d'emploi, et face à l'importance et à l'urgence de l'action dans ce domaine, « les conditions de travail, le contenu des tâches, la souffrance au travail semblent relever du "supplément d'âme" hors du temps actuel<sup>1</sup> ». De plus, comme on l'a vu, l'éclatement des collectifs et le nomadisme professionnel défavorisent considérablement les dynamiques représentatives qui pourraient porter des revendications en matière de santé et de sécurité au travail.

Enfin, du côté des employeurs, il est évident que l'état du rapport de force leur permet de mettre en place un « chantage à l'emploi » dans lequel le maintien des emplois (lorsqu'il existe) a pour contrepartie la dégradation et l'intensification des conditions de travail. La rationalité économique dominante rend légitime de faire passer la santé de l'entreprise avant la santé des travailleurs. La flexibilisation des temps de travail et l'intensification imposées en « échange » de la mise en place des 35 heures s'inscrivent dans cette dynamique de priorité absolue accordée à l'emploi, au détriment à la fois de la qualité de la vie au travail et des enjeux de santé<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> PERNOT J.-M., « Syndicats, dynamique sociale et changements du travail », *op. cit.*, p. 394. Cet auteur rappelle que sur les 59 274 accords conclus dans les entreprises en 1996, 2,2% seulement concernaient les conditions de travail. J'ajoute que les données concernant les conflits du travail (grèves) placent les revendications sur les conditions de travail au troisième rang après les salaires et l'emploi, et leur proportion parmi les autres motifs de conflit est stable depuis 1992 à hauteur de 15% (statistiques fournies par les DRTEFP, cf. : BUREAU NCI, MERLIER R., « Les conflits en 2001 : une légère baisse », *Premières synthèses*, n° 34.1, 2003) ou 20% (données de l'enquête REPOSE, cf. : ZOUARY P., « Entre crise et croissance : une évolution des relations professionnelles en entreprise », *Premières synthèses*, n° 49.1, 2000).

<sup>2</sup> MÉDA D., ORAIN R., « Transformations du travail et du hors travail : le jugement des salariés sur la réduction du temps de travail », *op. cit.*

Il a été souligné à la fin du chapitre précédent que l'importance relative du travail au sein des autres activités est moindre dans les catégories professionnelles les moins bien placées en termes de conditions de travail et d'emploi. Si ces conditions continuent à se dégrader massivement, si le travail n'est plus un lieu de construction identitaire, de réalisation de soi et de reconnaissance intersubjective, s'il est en outre à l'origine de pathologies et de formes d'insatisfactions et de souffrances importantes, on peut supposer que les attitudes de retrait et de désengagement seront d'autant plus fréquentes. D'ores et déjà, pour une part importante et croissante du salariat, le rapport au travail est « rabattu » sur la dimension instrumentale de l'activité professionnelle, c'est-à-dire le statut et le revenu procurés par l'emploi (ces deux éléments étant, on l'a vu, eux aussi fragilisés). Certains souhaits et opinions à l'égard de la gestion du temps de travail peuvent peut-être être lus comme des signes indiquant que pour une partie des salariés, l'essentiel de la vie se joue désormais dans d'autres sphères sociales que celle du travail. Ainsi, l'enquête européenne « Scénarios d'emploi du futur<sup>1</sup> » montre qu'un quart des travailleurs exerçant à temps plein souhaiteraient exercer à temps partiel. Le type de temps partiel préféré en premier lieu (38%) consisterait à travailler quelques jours par semaine à temps plein, avec les autres jours libres. La réduction du nombre d'heures quotidiennes tout en travaillant tous les jours n'arrive qu'en deuxième position (26%). La préférence serait donc plutôt de regrouper autant que possible les moments travaillés afin de disposer par ailleurs de plus longues plages de temps libre.

C'est également le constat, empreint de perplexité, exprimé par Yvon Quéinnec. Ce spécialiste des questions de temps de travail (et de temps *au* travail)<sup>2</sup> souligne que ce type de répartition du travail n'est pas dénué de conséquences préoccupantes sur le plan de la santé. Il se dit en effet « un peu perdu comme chercheur et horrifié comme citoyen » devant la banalisation du travail de nuit, la flexibilisation sans limite des temps de travail, et finalement devant une gestion du temps où « une heure égale une heure », qu'elle soit effectuée de jour ou de nuit, seul ou avec d'autres, la semaine ou le week-end, etc. – ce qui va à l'encontre de très nombreux

---

<sup>1</sup> Enquête réalisée en 1998 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, auprès d'un échantillon de près de 23 000 travailleurs de 16 états européens, cf. : GASPARINI G., PARENT-THIRION A., LATTA M., DE NANTEUIL M., *Le travail à temps plein et à temps partiel : pratiques et souhaits*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2000.

<sup>2</sup> Cf. : MARQUIÉ J.-C. (coord.), « Temps et activité de travail. Hommage à Yvon Quéinnec », *Le travail humain*, vol. 67, n° 1 et 2, 2004.

résultats ergonomiques qui montrent au contraire non seulement que les horaires décalés et atypiques sont extrêmement perturbateurs sur le plan de la santé, mais aussi, plus largement, que le temps au travail est un paramètre au moins aussi qualitatif que quantitatif, non réductible à une approche comptable. Y. Quéinnec s'interroge donc : « je me demande si dans la tête des gens le travail n'est pas devenu un résidu dans la vie personnelle. (...) Maintenant, le travail, il faut s'en débarrasser ». Et il souligne sa surprise face aux demandes des salariés eux-mêmes : « pendant 30 ans, je me suis battu en disant : "le travail de nuit, c'est aberrant !", et j'ai des interlocuteurs aujourd'hui qui me disent : "fais-nous du 12 heures de nuit, non pas 8 heures, ne diminue pas les postes, ne fais pas des postes courts, fais-nous des postes longs de nuit, le plus long possible... Si on pouvait faire 14 heures, ce serait super bien, on ferait 14 heures, 2 nuits par semaines, et hop, c'est terminé !". En termes d'ergonomie, c'est totalement inacceptable<sup>1</sup> ». On pourrait ajouter que ce type de demande, compréhensible au demeurant, finit probablement par devenir un piège. Il n'est pas certain en effet que le travail et le hors-travail puissent fonctionner ainsi comme des vases communicants, les gains dans la vie hors travail venant compenser les insatisfactions et les pénibilités au travail. La fatigue, les soucis, la souffrance morale, les atteintes physiques, les douleurs, la perturbation des rythmes de vie, de sommeil, d'alimentation..., ne cessent pas d'exister dès le temps de travail accompli. Il semble qu'au contraire, la précarisation du travail contribue à une plus grande perméabilité entre le travail et le hors-travail. Certains résultats de l'enquête « RTT et modes de vie » abondent dans ce sens<sup>2</sup> : 13% des salariés estiment que leur vie quotidienne s'est dégradée avec la RTT. La raison principale de cette dégradation, invoquée par un tiers d'entre eux, est l'intensification du travail, ce qui semble indiquer que le temps « gagné » sert surtout à se reposer d'un travail moins coûteux en temps, mais probablement pas en fatigue. Dès lors, considérer le travail comme un « résidu » dans la vie n'apparaît pas comme une position tenable à terme.

---

<sup>1</sup> J. Broda observait déjà, en 1988, l'existence de stratégies de ce type chez des ouvrières d'une entreprise agroalimentaire : « considérer le travail comme une activité nécessaire dont on se débarrasse, quitte à altérer sa santé mais à préserver une relative maîtrise de la vie familiale, tel semble être le calcul de certaines ouvrières qui préfèrent condenser au maximum le temps de travail quotidien pour être plus "libres" après », in BRODA J., « Le syndrome des "3 P" : pression horaire, pression hiérarchique, pas de perspective professionnelle », *Sociologie du travail*, vol. 30, n° 1, 1988, p. 26. Cette attitude n'est donc pas une nouveauté, mais elle est susceptible de concerner de plus en plus de salariés sous l'effet démobilisateur de la précarisation du travail.

<sup>2</sup> Cf. : MÉDA D., ORAIN R., « Transformations du travail et du hors travail : le jugement des salariés sur la réduction du temps de travail », *op. cit.*

Finalement, du point de vue des salariés, la précarisation du travail a pour conséquence de rendre plus difficile à trouver et à maintenir l'équilibre entre quatre pôles existentiels de plus en plus concurrentiels : la satisfaction dans le travail, la sécurité dans l'emploi, la préservation de la santé et le bien-être dans la vie hors travail. Avec la perturbation cet équilibre, il semble que l'on assiste à la fin d'un modèle sociétal où la croissance économique était porteuse d'amélioration des conditions de travail et de vie pour une majorité de salariés. On observe au contraire aujourd'hui une dissociation entre croissance et progrès social, particulièrement manifeste dans le domaine de la santé au travail. Annie Thébaud-Mony estime que « les conditions sociales qui permettent la réussite actuelle du capitalisme témoignent d'une rupture du compromis social qui s'était cristallisé autour de la loi de 1898 sur les accidents du travail. Par ce compromis historique, le mouvement ouvrier acceptait l'engagement dans la production économique capitaliste contre des garanties sociales permettant de desserrer l'étau de l'insécurité économique et d'échapper à la fatalité du cumul des détresses : maladie, usure, mort précoce. La santé était au cœur de ce compromis. Ce dernier est aujourd'hui caduc car l'accroissement des richesses s'est affranchi des contraintes sociales qui furent nécessaires depuis un siècle pour construire le salariat<sup>1</sup> ». C'est en effet sur une utilisation toujours plus intensive des ressources de santé des salariés que repose l'efficacité productive des formes contemporaines de mobilisation du travail. De même que la précarisation de l'emploi est constitutive de l'ordre économique néocapitaliste, la rationalisation de la santé au travail est constitutive de l'organisation du travail néocapitaliste. C'est en ce sens que la santé se situe bien au cœur des processus de précarisation du travail et de précarisation sociale.

\*

\* \*

L'ensemble des remarques qui viennent d'être faites permet de jalonner l'analyse des relations complexes d'interdépendance entre travail et santé, et de souligner

---

<sup>1</sup> In APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, *op. cit.*, p. 556.

qu'elles mettent en jeu à la fois des causalités empiriques, des mises en formes sociales et des élaborations de sens subjectifs.

Après cette prise de repères empiriques et théoriques, reprenons les interrogations explorées pour les confronter à l'enquête par questionnaire menée auprès de 200 salariés midi-pyrénéens.

## Chapitre IV

### Une enquête auprès de 200 salariés

Ce chapitre présente les résultats de l'enquête par questionnaire menée auprès de 200 salariés de la région Midi-Pyrénées. Avant d'entrer dans l'analyse des liens entre travail et santé tels qu'ils ont pu être saisis dans cette recherche, je présenterai la méthodologie et la démarche adoptées.

#### Construction et passation du questionnaire

Dans le cadre de la recherche réalisée pour l'INSERM<sup>1</sup>, un comité de pilotage a été créé, réunissant l'équipe de sociologues ainsi que six médecins du travail et les deux médecins-inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre. Le questionnaire a été élaboré collectivement, en plusieurs étapes de réécriture. Pour la formulation de certaines questions, nous nous sommes inspirés de diverses enquêtes portant sur les conditions de travail, la santé perçue ou les conditions de vie. Le questionnaire a ensuite été testé auprès de quelques salariés par les médecins du comité de pilotage, puis il a trouvé sa forme finale<sup>2</sup>.

Un nombre variable de questionnaires vierges a ensuite été envoyé à chacun des médecins qui avait préalablement donné son accord pour participer à l'enquête<sup>3</sup>.

Les questionnaires ont été soumis aux salariés à l'occasion d'une visite médicale. Concrètement, le mode de passation était le suivant : les salariés avaient sous les

---

<sup>1</sup> DRULHE M., CLÉMENT S., HÉLARDOT V., MANTOVANI J., MEMBRADO M., *Précarisation au travail et santé : l'expérience sociale des salariés et de leur famille confrontée au jugement des médecins du travail*, op. cit. Les résultats présentés ici constituent une réélaboration et un approfondissement de ce travail collectif.

<sup>2</sup> Le questionnaire comporte 106 questions et sous-questions, dont 68 sont fermées en oui/non, 27 sont fermées avec une liste de propositions ou appelant une réponse factuelle (dates, nombre de...), et 11 sont ouvertes (certaines dépendant d'un « oui » préalable). Cf. : Annexe 4, Questionnaire d'enquête.

<sup>3</sup> Le « recrutement » des médecins pour la phase de questionnaire a été effectué lors des entretiens téléphoniques avec eux. Au total 29 médecins du travail différents ont soumis le questionnaire à au moins une personne (et jusqu'à 27 pour le plus « productif » d'entre eux).

yeux un exemplaire du questionnaire amputé des questions adressées au seul médecin, et celui-ci remplissait le questionnaire au fur et à mesure des réponses des salariés, puis renseignait ensuite les deux dernières questions (argumentation de la situation « précaire » ou non de la personne, pronostic concernant son « avenir de santé »)<sup>1</sup>.

D'une façon générale, il ne semble pas que les biais déclaratifs ont été très importants dans la mesure où, comme nous l'apprennent les entretiens avec les médecins, la relation salarié-médecin du travail se fonde le plus souvent sur la confiance et laisse place à une certaine liberté de parole. D'autre part, les médecins ont bien entendu pris soin d'assurer aux répondants que leurs réponses ne seraient utilisées qu'anonymement et dans le seul cadre de l'enquête sociologique. Le nombre relativement faible de questionnaires renseignés (nous en espérons au moins 500) tient finalement davantage à un manque de temps pour les médecins qu'aux refus des salariés.

Il avait été demandé aux médecins de soumettre le questionnaire à une personne qu'ils estimaient être en situation « précarisée » (au vu de ce qu'ils savaient avant la consultation ou de ce qu'ils ont appris pendant celle-ci), puis à la personne suivante dans l'ordre de leurs consultations, qu'elle soit ou non concernée par une forme de précarisation<sup>2</sup>. Ce mode de recrutement impliquait par conséquent qu'au moins la moitié de l'échantillon soit « précaire » aux yeux des médecins. Pour l'autre partie des enquêtés, choisis au hasard, la précarisation pouvait ou non être observée.

La population des 200 salariés interrogés n'est donc pas représentative de la population globalement vue en médecine du travail. Entre autres caractéristiques, elle sur-représente nettement les salariés en contrat précaire car ce critère, même s'il n'a pas été le seul, a compté presque systématiquement dans le jugement des médecins. La représentativité de l'échantillon est donc une « représentativité empirique » (à l'image de la « carotte » prélevée par le géologue), partiellement

---

<sup>1</sup> Cette procédure a été préférée à celle consistant à laisser les salariés remplir eux-mêmes le questionnaire, et cela pour trois raisons : premièrement, nous pensions que cela limiterait le nombre de non-réponses ou de réponses non valides (de fait, les non-réponses sont globalement très peu nombreuses) ; d'autre part, il était nécessaire que les médecins assistent à la passation du questionnaire pour pouvoir ensuite formuler leurs réponses aux deux dernières questions ; enfin, nous souhaitons que les médecins prennent note autant que possible des commentaires et des compléments d'information fournis par les répondants au fil de la passation.

<sup>2</sup> Le questionnaire étant assez long, plusieurs médecins nous ont fait savoir qu'ils n'ont pas toujours pu interroger la personne suivante dans l'ordre de leurs consultations, mais le principe d'une moitié de répondants considérés comme « précaires » et une moitié « tout venant » a globalement été respecté.

filtrée par les définitions et les représentations de la précarité émanant des médecins du travail. Voyons maintenant comment se répartit l'échantillon au regard de ce critère.

### **« Précaires » et « non précaires »**

Sollicités pour répondre en principe par « oui » ou « non », certains médecins n'ont pas su se prononcer et l'ont indiqué explicitement : « *je ne sais pas* », « *oui et non* », « *entre les deux*<sup>1</sup> »... Finalement, le « diagnostic de précarité » établi par les médecins comporte 3 modalités : « oui », « non », « ne sait pas », et se répartit de la façon suivante :

#### **Le diagnostic de précarité des médecins du travail**

*« Cette personne relève-t-elle selon vous d'une situation précarisée ? »*

	Eff.	%	%
Oui	110	55	59
Non	67	33,5	41
NSP	10	5	
NR	13	6,5	-
Total	200	100	100

Les modalités « non » et « ne sait pas » ont été regroupées, les réponses exprimant un doute ayant été considérées comme plus proches d'un « non » (au sens où les médecins n'ont pas trouvé dans la situation des salariés matière à un « oui » net quant à la présence de formes de précarité). La répartition finale en pourcentages exprimés fait donc apparaître une nette majorité de salariés qui sont en situation précarisée au(x) sens où les médecins ont entendu ce terme<sup>2</sup>.

Les médecins du travail devaient également argumenter leur diagnostic. Leurs commentaires libres ont fait l'objet d'une analyse de contenu qui a permis d'identifier 6 principaux types de motifs ou « critères de précarité ». La description de ces critères ainsi que leur mise en perspective avec les réponses des salariés seront présentées dans le chapitre suivant, consacré aux médecins du travail. En

<sup>1</sup> Tous les termes entre guillemets et en italique indiquent des citations des médecins ou des salariés.

<sup>2</sup> Les définitions de la « précarité » par les médecins, appréhendées à partir des entretiens téléphoniques auprès de 50 d'entre eux, ainsi que les argumentaires mis en œuvre pour chaque questionnaire sont présentés au chapitre V.



effet, les « diagnostics de précarité » élaborés par les médecins sont considérés dans cette enquête comme informatifs sur les points de vue des médecins eux-mêmes plus que sur les salariés interrogés. C'est pourquoi dans ce chapitre la répartition des répondants entre « précaires » et « non précaires » (selon les médecins) sera brièvement présentée mais non retenue comme angle d'analyse.

### **Interroger les perceptions et les expériences**

Concernant la démarche générale adoptée pour ce questionnaire (depuis son élaboration et jusqu'aux analyses finales), je rappelle que l'objectif n'était pas d'identifier des « déterminants sociaux de la santé » liés à l'activité professionnelle, mais plutôt d'explorer la façon dont s'associent diverses composantes de l'expérience sociale, avec bien sûr une attention particulière accordée à la santé et au rapport au travail et à l'emploi, mais en essayant de les situer également par rapport à d'autres dimensions (l'environnement familial, les conditions de vie, le soutien social notamment). Il ne s'agit donc pas essentiellement de mesurer ou d'objectiver ces divers éléments, mais plutôt de tester *le rapport que les répondants ont avec ces divers ordres de réalité*. Par là, la démarche adoptée face aux données quantitatives reste résolument compréhensive (les deux aspects n'étant nullement incompatibles) : le questionnaire vise à analyser la façon dont les acteurs perçoivent et interprètent les différents événements de leur vie et les intègrent dans leurs univers de sens et dans leurs perspectives. C'est pourquoi le terme d' « expérience » a été préféré à celui de « parcours » ou de « trajectoire ». C'est pourquoi également la plupart des questions comportent des tournures faisant très directement appel à la subjectivité des répondants : « diriez-vous que... », « pensez-vous que... », « avez-vous le sentiment que... », « estimez-vous que... »<sup>1</sup>. Les réalités appréhendées par ce questionnaire se situent donc à un double niveau : l'ordre du factuel, de la pratique, de l'événement – en d'autres termes, l'ordre des réalités objectives, ou du moins objectivables ; et l'ordre des jugements, perceptions, appréciations subjectives portées par les salariés sur leur situation et leur expérience<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> « Une question subjective est une question dont la formulation implique personnellement l'interlocuteur ; on la distingue d'une question objective en ce qu'elle contient le pronom "vous" », in GRÉMY J.-P., « Les expériences françaises sur la formulation des questions d'enquêtes. Résultats d'un premier inventaire », *Revue française de sociologie*, vol. XXVIII, 1987, p. 580.

<sup>2</sup> Certaines questions sont appariées avec un versant objectif et un versant subjectif, par exemple pour le revenu : tranche de revenu mensuel (avec 5 propositions) / appréciation sur le revenu (5 propositions), ou

Trois grands axes thématiques sont explorés dans le questionnaire :

- l'expérience du travail et de l'emploi a été déclinée à la fois dans le présent : informations sur l'emploi et les conditions de travail actuelles (pénibilités, dimensions autonomie/contrainte, reconnaissance du travail...) et sur le « sentiment de précarité » ; et dans l'antériorité des parcours : expériences professionnelles passées, expériences du chômage ;

- l'expérience de la santé, de la même façon, est appréhendée au présent à travers la perception de la santé, les formes de morbidité et l'expression d'un souci de soi ; et dans l'histoire de santé et de maladie de la personne. Quelques questions interrogent conjointement la dimension du travail et celle de la santé, dans leurs éventuelles interactions ;

- enfin, l'expérience existentielle des personnes se décline à travers les conditions de vie (revenu, situation familiale, logement), la sociabilité et le soutien social.

Je commencerai la présentation des résultats quantitatifs avec un premier tour d'horizon descriptif de la population interrogée, autour de quelques grandes caractéristiques concernant le sexe, l'âge, l'emploi, le travail et les conditions de vie (§1). Je présenterai ensuite une analyse en trois temps. Il s'agira d'abord de décrire les expériences du travail et de l'emploi en explorant chacune de leurs dimensions, et en étudiant la façon dont les situations et les parcours sont marqués par des formes de précarisation (§2). Le même type d'analyse sera ensuite effectué sur le versant de la santé et de ses diverses composantes (§3). Enfin, il s'agira de comprendre comment s'associent et s'articulent ces deux ordres de réalité et de perception, à travers une série d'explorations mobilisant tour à tour les résultats quantitatifs et les informations qualitatives (questions ouvertes et annotations libres) (§4).

---

bien pour la précarité de l'emploi : statut de l'emploi (CDI/CDD/Intérim/Contrats aidés) / sentiment de pouvoir perdre son emploi à court ou moyen terme.

### Note sur la méthodologie statistique

La relative faiblesse numérique de l'échantillon restreint les possibilités de traitements quantitatifs. Certaines questions resteront donc sans réponse (notamment celles qui supposeraient des traitements plus approfondis sur des sous-groupes de sexe, d'âge, de statut d'emploi, etc.). Compte tenu de cette limite, ma démarche a consisté surtout à mettre en lumière des grandes tendances et des faisceaux d'associations, à concentrer l'analyse sur les résultats les plus « solides », et à privilégier les comparaisons entre sous-groupes.

Tous les pourcentages sont donnés en valeur exprimée, c'est-à-dire calculés par rapport aux réponses valides (à l'exclusion des non-réponses). Les pourcentages calculés sur des effectifs inférieurs à 100 ne sont là que pour indiquer des tendances et faciliter la lecture.

Dans les tableaux comme dans le texte, les astérisques signalent les associations avec un  $\chi^2$  significatif ( $p < 7\%$ ).

Comme on le verra, la plupart des tableaux présentant des croisements entre variables ne font pas apparaître l'ensemble des chiffres mais seulement, pour alléger la lecture, les sur-représentations les plus importantes. Les lettres « n.s. » indiquent que de telles sur-représentations ne sont pas observées.

Pour les classifications, j'ai utilisé la méthode des nuées dynamiques du logiciel SDT. Cette méthode, fondée sur le calcul des  $\chi^2$ , permet de créer des groupes d'individus ayant donné des réponses similaires à une série de questions. J'ai fait le choix de travailler avec des classifications à 4 classes car un nombre de classes supérieur rendait les résultats peu lisibles (trop peu de différences entre certaines classes). A l'opposé, ne retenir que 3 classes aboutit systématiquement à obtenir 2 classes « extrêmes » très homogènes, et une classe intermédiaire peu intéressante. Après avoir essayé plusieurs procédures (en faisant varier le nombre initial de classes entre 5 et 10), j'ai retenu à chaque fois la classification permettant d'équilibrer au mieux les impératifs d'ordre statistique (effectifs des classes, dispersion expliquée) et les aspects heuristiques (tout aussi « impératifs »)<sup>1</sup> : intelligibilité des regroupements, pertinence sociologique des classes. L'indice de dispersion expliquée correspond au pourcentage d'information conservé lors de la classification. Plus il est élevé, plus grande est la part d'information initiale préservée.

---

<sup>1</sup> En d'autres termes, j'ai essayé de trouver le meilleur équilibre au regard de la « tension méthodologique » décrite par J.-C. Passeron, qui oppose raisonnement expérimental et contextualisation sociologique, cf. : PASSERON J.-C., *Le raisonnement sociologique, op. cit.*

# 1. Caractéristiques de la population interrogée

---

## Sexe et âge

La répartition par sexe de l'ensemble des répondants est presque parfaitement équilibrée<sup>1</sup> : 101 hommes et 99 femmes.

L'âge (initialement recueilli par l'année de naissance) a été découpé en 7 classes se répartissant de la façon suivante :

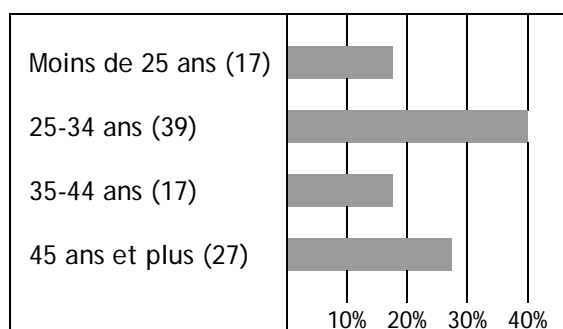
### Répartition par classes d'âge (%)

Moins de 25 ans	17
25-29 ans	22
<b>Moins de 30 ans</b>	<b>39</b>
30-34 ans	17
<b>Moins de 35 ans</b>	<b>56</b>
35-39 ans	8
40-44 ans	9
45-49 ans	11
50 ans et plus	16

La population est donc plutôt jeune : plus du tiers a moins de 30 ans et plus de la moitié moins de 35 ans.

J'utiliserai par la suite le recodage de l'âge en 4 classes :

### Classes d'âge regroupées (%)



<sup>1</sup> Bien que l'équilibre hommes/femmes ne fut pas une consigne donnée aux médecins.

Le croisement du sexe et de l'âge montre une sur-représentation des femmes parmi les salariés âgés de 35 à 44 ans (56%), tandis que les hommes sont plus présents dans la classe la plus âgée (45 ans et plus : 55%).

### *Emploi et qualification*

Dans le questionnaire, les salariés étaient interrogés sur la nature de leur emploi actuel<sup>1</sup> sous forme de question ouverte. Il leur était même demandé de répondre « le plus précisément possible ». Malgré cette consigne, les réponses sont souvent lacunaires et peu précises, ce qui a rendu difficile le codage. En prenant en compte la réponse donnée par les salariés, mais aussi d'autres éléments d'information recueillis dans le questionnaire (le niveau de qualification, le revenu, le type de contrat de travail, ainsi que les éventuelles remarques des salariés transcrites par les médecins du travail ou les commentaires de ces derniers), l'emploi a été codé en 5 *grandes catégories*<sup>2</sup>. En termes de classification comme en termes de statut, ces groupes ne recoupent que très partiellement les PCS<sup>3</sup> au sens de l'INSEE. Il s'agit plutôt de regroupements en fonction des types de tâches effectuées et du secteur d'activité.

- La catégorie des *personnels de service* regroupe des salariés exerçant des emplois non qualifiés dans le secteur industriel, dans le bâtiment (manutentionnaire, manœuvre) ou dans les services (ménage, nettoyage). Ont également été classés dans cette catégorie les caissières de grandes surfaces, les employés de chaîne de restauration rapide ainsi que les salariés en contrat aidé occupant des emplois non qualifiés (surveillance devant une école, par exemple)<sup>4</sup>. La dénomination « personnels de service » a été choisie moins pour sa signification en termes de secteur d'activité (puisque tous les secteurs peuvent être concernés) que pour ce qu'elle indique de la place dans la division sociale du travail. En résumé, le sens de

---

<sup>1</sup> Malgré l'obligation légale, il arrive que la visite - théoriquement « d'embauche » - en médecine du travail ait lieu après la date de fin de contrat. Dans ce cas le questionnaire a porté sur le dernier emploi occupé.

<sup>2</sup> L'opération de codage effectuée ici fait donc appel à la fois à des catégories d'ordre scientifique et technique et à des interprétations de type cognitif, cf. : DESROSIÈRES A., THÉVENOT L., *Les catégories socioprofessionnelles*, *op. cit.*, chapitres II et III.

<sup>3</sup> CHENU A., GUGLIEMMETTI F., « Coder la profession : nouvelles procédures, vieux problèmes », *Courrier des statistiques*, n° 95-96, 2000, pp. 57-67 ; DESROSIÈRES A., THÉVENOT L., *Les catégories socioprofessionnelles*, *op. cit.*

<sup>4</sup> Ont été codées dans cette catégorie des réponses telles que « agent de nettoyage », « plongeur », « auxiliaire de vie en maison de retraite », « manutentionnaire », « manœuvre », « vigile », « aide à domicile », « agent de service polyvalent dans un centre de loisirs »...

cette catégorie réside dans le regroupement des emplois les moins qualifiés (voire les plus disqualifiés) de chaque secteur d'activité.

- Les *ouvriers non qualifiés* exercent dans l'industrie à des postes pas ou peu qualifiés mais relativement précis et inscrits dans une division du travail de type taylorien<sup>1</sup>.

- Le groupe des *ouvriers qualifiés* correspond à la nomenclature de l'INSEE et rassemble essentiellement des personnes ayant un diplôme professionnel technique<sup>2</sup>.

- La catégorie des *employés*, très hétérogène, regroupe essentiellement des salariés occupants des emplois administratifs ou commerciaux<sup>3</sup>.

- Enfin, les *professions intermédiaires et supérieures* rassemblent les salariés occupant des emplois qualifiés de niveau égal ou supérieur à Bac+2<sup>4</sup>. Les salariés occupant des emplois de niveau cadre supérieur sont très peu nombreux (8 personnes), c'est pourquoi ils ont été regroupés avec les professions intermédiaires. Ces 5 catégories sont donc à comprendre comme des indicateurs très généraux de position dans la hiérarchie des professions et d'appartenance à un secteur d'activité, et sont loin d'avoir la précision descriptive des « vraies » PCS. On verra qu'elles n'en présentent pas moins une pertinence certaine dans la mesure où elles se révèlent souvent très discriminantes.

J'ajoute également une remarque importante : la population étudiée étant, du fait de son mode de recrutement, largement concernée par la précarité de l'emploi (contrats non durables), il faut garder à l'esprit que le type d'emploi occupé est susceptible de n'être que temporaire. Ainsi, lorsqu'il est question par exemple des « personnels de service », il faut entendre : « les personnes qui occupent un emploi de service au moment de l'enquête » (et dont certaines ont un niveau de qualification bien supérieur). En d'autres termes, l'emploi tel qu'il est défini ici ne doit pas être considéré comme une caractéristique stable d'appartenance sociale<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Exemples de réponses : « ouvrier monteur de petits appareils », « conducteur sur lignes », « emballeuse », « opérateur service expéditions », « ouvrier au bobinoir »...

<sup>2</sup> Exemples de réponses : « conducteur de métier à dentelle », « soudeur-chaudronnier », « électromécanicien », « ajusteur mécanicien », « plombier chauffagiste », « chauffeur poids lourds »...

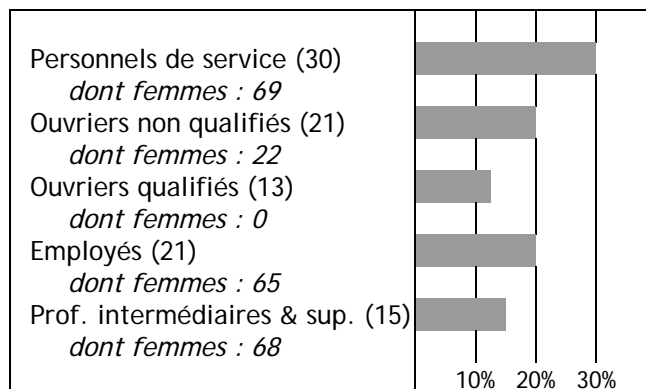
<sup>3</sup> Exemples de réponses : « vendeuse », « téléprospection », « chauffeur-livreur », « coiffeuse », « standardiste », « commercial », « secrétaire médicale »...

<sup>4</sup> Exemples de réponses : « infirmière », « assistante commerciale », « chef comptable », « éducateur spécialisé », « animateur socioculturel », « dessinateur en architecture », « chef de projet NTIC », « déléguée médicale (cadre) », « responsable formation assimilée cadre »...

<sup>5</sup> Comme je l'ai souligné (chapitre II, §1b), cette dissociation entre l'emploi (momentanément) exercé et la position socioprofessionnelle (au sens des PCS par exemple) est l'une des conséquences importantes de la

Sur ce point, le niveau de qualification est un indicateur plus approprié, même si bien sûr les deux aspects ne sont pas complètement indépendants.

#### Catégories d'emploi et proportion de femmes (%)



La population se compose de 30% de salariés occupant des emplois de personnels de services. Les ouvriers représentent 34% de l'échantillon, avec une majorité d'ouvriers non qualifiés. La catégorie des employés regroupe un cinquième de la population (21%). Enfin, 15% des répondants exercent des professions intermédiaires et supérieures.

L'échantillon se caractérise donc, par rapport aux données nationales, par une sur-représentation des emplois non qualifiés et, à l'inverse, une sous-représentation des catégories supérieures<sup>1</sup>.

Trois catégories d'emploi sont féminines pour plus des deux-tiers (personnels de services, employés et professions intermédiaires et supérieures), tandis que les femmes représentent un ouvrier non qualifié sur cinq et sont totalement absentes parmi les ouvriers qualifiés.

Ajoutons d'ores et déjà que les différentes analyses qui ont été faites autour de cette répartition par type d'emploi amènent à considérer que les employés sont, dans de nombreux cas, assimilables aux ouvriers non qualifiés et aux personnels de service

---

précarisation de l'emploi et des trajectoires, et l'un des enjeux majeurs de recherche dans la thématique de la stratification sociale. « Que veut dire être ouvrier, ou même cadre, si l'on peut devenir chômeur demain ? Que veut dire être "intérimaire" ? », s'interroge par exemple C. Dubar (« Les identités professionnelles », in KERGOAT J. (et al.) (dir.), *Le monde du travail*, op. cit., p. 70).

<sup>1</sup> Selon l'enquête Emploi (INSEE), les ouvriers et employés non qualifiés représentent en 2000 23% des actifs (ici 51% si l'on additionne les personnels de services et les ouvriers non qualifiés - et davantage si l'on ajoute les employés non qualifiés) ; à l'opposé les professions intermédiaires représentent 21% et les cadres et professions intellectuelles supérieures 14% (ici 15% au total).

(notamment en ce qui concerne les conditions de travail et la satisfaction au travail), ce qui rejoint des analyses faites à l'échelle nationale<sup>1</sup>.

On sait par ailleurs (selon les types de services médicaux auxquels se rattachent les médecins) que 9 salariés sur 10 travaillent dans le secteur privé. Nous avons donc affaire à une population essentiellement constituée de travailleurs exerçant dans des PME de l'industrie, du commerce et des services, ainsi que de personnes dont l'emploi relève du secteur de la santé et de l'action sociale.

La répartition par *niveau de qualification* fait ressortir une faiblesse générale de qualification, qui est en cohérence avec la structure par type d'emploi.

#### Niveau scolaire par années d'études (%)

5 <sup>e</sup> ou inférieur	10
4 <sup>e</sup> - 3 <sup>e</sup>	10
2 <sup>e</sup> - 1 <sup>e</sup>	36
Terminale	24
<i>Total niveau Bac ou inférieur</i>	<i>80</i>
Bac+1 - Bac+2	13
Bac+3 et plus	7

Le niveau scolaire appréhendé ainsi par année d'études (les résultats sont similaires si l'on observe le niveau scolaire par diplômes obtenus<sup>2</sup>) montre que 56% des répondants n'ont pas atteint la classe de terminale, et que seulement un répondant sur cinq a poursuivi des études au-delà du Bac.

La convergence entre le niveau des emplois occupés et le niveau de qualification est donc largement observée, en particulier aux deux extrêmes de la hiérarchie des emplois : les personnels de service sont très peu qualifiés<sup>3</sup>, les professions intermédiaires et supérieures le sont dans leur grande majorité (diplômes de niveau supérieur)<sup>4</sup>. Les employés forment une catégorie hétérogène (60% ont un niveau inférieur à la classe de terminale, 30% ont un diplôme d'études supérieures).

<sup>1</sup> Cf. : AUDRIC-LERENARD A., TANAY A., « Ouvriers et employés non qualifiés : disparités et similitudes sur le marché du travail », *op. cit.* ; CHENU A., *Les employés*, Paris, La Découverte, 1994.

<sup>2</sup> 13% des salariés de l'échantillon n'ont aucun diplôme, la moitié possède un diplôme de niveau inférieur au Bac (BEPC, BEP, CAP), un sur cinq est titulaire du Bac, et un sur cinq possède un diplôme supérieur.

<sup>3</sup> Seulement 12% ont un niveau égal ou supérieur au Bac.

<sup>4</sup> Les trois-quarts des salariés de cette catégorie ont le Bac, et la moitié possèdent un diplôme supérieur au Bac.



On sait que la précarisation du travail et de l'emploi donne lieu à diverses formes de décalages entre l'emploi exercé et le niveau de formation, entre la nature du travail actuel et le domaine de qualification. Afin de rendre visibles ces divergences, deux variables ont été élaborées : l'*adéquation de métier*, correspondant aux cas où la profession déclarée par le salarié concorde avec sa qualification (lorsqu'il y a au moins une continuité de branche d'activité) ; et l'*adéquation de niveau*, qui porte non plus sur la nature de l'activité mais sur le rapport entre le niveau d'études et le niveau de l'emploi exercé<sup>1</sup>. Au regard de ces deux variables, les décalages ou inadéquations se révèlent importants :

- 40% des répondants occupent un emploi dont la *nature* ne correspond pas à leur qualification ou à leur expérience professionnelle<sup>2</sup> ;

- 30% des salariés interrogés occupent un emploi de *niveau* inférieur à leur qualification (38% parmi les personnels de service, 44%\*<sup>3</sup> parmi les ouvriers non qualifiés)<sup>4</sup>.

On peut ajouter que les deux dimensions se cumulent souvent, puisque 80%\* des répondants connaissant une non-adéquation de métier sont également en situation de déclassement, et qu'à l'inverse les deux-tiers\* des salariés déclassés occupent un emploi dans un domaine différent de celui de leur qualification ou de leur expérience antérieure.

Malgré ces décalages – ou plutôt, à cause d'eux – 97% des salariés interrogés estiment être *suffisamment compétents* pour l'emploi qu'ils occupent, et 71% estiment que leurs compétences pourraient leur permettre de prétendre à un *meilleur emploi*.

---

<sup>1</sup> Par exemple, un salarié titulaire d'un CAP-BEP en boulangerie qui déclare exercer comme manœuvre dans le bâtiment correspond à un cas de non-adéquation de métier et de non-adéquation de niveau. Si ce même salarié exerçait comme ouvrier qualifié dans une boulangerie industrielle, l'adéquation serait positive dans ses deux aspects. Une femme de chambre dans un hôtel titulaire d'un CAP d'hôtellerie est un exemple d'adéquation de métier mais de non-adéquation de niveau. Dans la population interrogée, les non-adéquations de niveau correspondent presque toujours à des situations de déclassement (l'emploi occupé est de niveau inférieur à la qualification acquise). Cf. : NAUZE-FICHER E., TOMASINI M., « Diplôme et insertion sur le marché du travail : approches socioprofessionnelle et salariale du déclassement », *Économie et statistique*, n° 354, 2002, pp. 21-48 ; AUDRIC S., « Qualification et diplôme », in *Données sociales 2002-2003, op. cit.*, pp. 183-191.

<sup>2</sup> Exemples : une femme titulaire d'un CAP de couture exerçant comme aide-puéricultrice ; un homme titulaire d'un Bac professionnel de maintenance exerçant comme VRP.

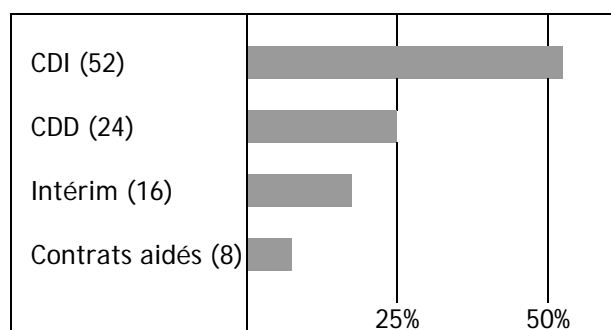
<sup>3</sup> Les astérisques signalent les corrélations significatives au sens du khi<sup>2</sup> (p<7%).

<sup>4</sup> Exemples : une femme titulaire d'un DESS de psychologie travaillant comme aide à domicile ; un homme titulaire d'un CAP-BEP de mécanique automobile travaillant comme manutentionnaire.

## Statut de l'emploi, temps de travail et « précarité perçue »

Les trois variables rassemblées ici interrogent chacune un aspect différent de la précarité de l'emploi : le statut de l'emploi permet de saisir le lien contractuel à l'emploi (stable ou précaire) ; le temps de travail et son appréciation par les salariés appréhendent la dimension du sous-emploi ; et le risque perçu de perte de l'emploi renvoie à une précarité perçue (ou « sentiment de précarité »), c'est-à-dire à une situation d'emploi qui, selon la définition du terme « précaire », « n'est pas assurée de durer ».

Statut de l'emploi (%)



Un peu plus de la moitié des répondants exercent avec un CDI (52%). Les CDD représentent le quart de l'échantillon, et le quart restant regroupe les salariés en intérim (16%) et les contrats aidés (8%)<sup>1</sup>.

Les *durées de contrats* les plus longues se trouvent chez les salariés en contrats aidés (plus d'un an pour 42%\* d'entre eux). Viennent ensuite les CDD, dont la durée est inférieure à 3 mois dans un quart des cas, et comprise entre 3 mois et 1 an pour la moitié\* d'entre eux. Enfin, les missions d'intérim durent près d'une fois sur deux\* moins de 3 mois. On peut également noter que 19 salariés déclarent qu'ils ne connaissent pas la durée du contrat qu'ils sont en train d'effectuer (en majorité des intérimaires).

<sup>1</sup> La région Midi-Pyrénées se situe dans la moyenne nationale pour le taux d'emplois à durée limitée (légèrement inférieur à 15%), cf. : DINAUCOURT M., « Chômage et précarité de l'emploi par région », in *Données sociales 2002-2003, op. cit.*, pp. 523-530.

Si l'on observe les *durées hebdomadaires de travail*, on voit que près des deux-tiers (64%) des salariés exercent à temps complet. 80% sont satisfaits de leur temps de travail, et ceux qui ne le sont pas exercent presque tous à temps partiel (il s'agit essentiellement de femmes). Pour autant, le temps partiel n'est pas toujours source d'insatisfaction : les salariés qui travaillent sous cette forme se répartissent entre une moitié à qui le temps de travail convient, et une autre moitié à qui il ne convient pas (la corrélation est significative dans ce dernier cas).

Ajoutons que la précarité contractuelle et le sous-emploi s'associent souvent, puisque 63%\* des personnes exerçant à temps partiel contraint occupent un emploi non stable (en particulier un CDD).

Enfin, il a été demandé aux salariés s'ils pensaient risquer de perdre leur emploi « à court ou moyen terme » (cette formulation volontairement évasive visait à permettre l'expression d'un *sentiment de menace sur l'emploi* sans imposer de seuil temporel). Comme on l'a vu précédemment<sup>1</sup>, un tiers ont répondu affirmativement, et parmi eux, un sur trois occupe pourtant un CDI. Je reviendrai ultérieurement sur ce résultat afin d'essayer de comprendre d'où vient ce « sentiment de précarité » chez les salariés en emploi (théoriquement) stable.

Ces premières observations d'ensemble peuvent être complétées par deux constats importants qui se situent dans la continuité des analyses présentées en première partie :

- la précarité de l'emploi ne recoupe pas exactement la hiérarchie des professions : certes, plus de la moitié des personnels de service (54%) et près des trois-quarts des ouvriers non qualifiés (71%\*) occupent un emploi précaire (CDD, intérim ou contrat aidé), mais il reste que près d'un tiers des employés (30%) et des professions intermédiaires et supérieures (35%) sont dans la même situation. L'effet « protecteur » de la qualification est donc relatif (on note par exemple que la proportion de salariés en CDI parmi ceux qui ont un diplôme supérieur au Bac n'est pas beaucoup plus importante que parmi ceux qui n'ont qu'un CAP : 59% pour 55%). Pour aller plus loin, il faudrait connaître plus en détail la nature de la

---

<sup>1</sup> Première partie, chapitre II, §1a).

qualification (on sait par exemple qu'un diplôme supérieur généraliste n'est pas nécessairement plus « vendeur » sur le marché du travail qu'un diplôme professionnel de niveau secondaire) ;

- par ailleurs, l'emploi stable (CDI) ne préserve ni du « sentiment de précarité », ni de conditions de travail pénibles et fortement contraintes, comme je le montrerai par la suite.

La « précarisation du travail » apparaît bien comme un phénomène pluridimensionnel, qui se superpose sans les remplacer mécaniquement aux disparités socioprofessionnelles traditionnelles.

### *Conditions de vie et relations sociales*

Si l'on s'intéresse tout d'abord aux *modes de cohabitation au sein du foyer*, on observe que près d'un tiers (30%) des répondants vivent seuls ou en foyer monoparental (dans ce dernier cas il s'agit en quasi-totalité de femmes). 52% vivent en couple (avec ou sans enfants), et 18% cohabitent avec d'autres personnes (pour la plupart il s'agit de personnes vivant chez leurs parents, auxquelles s'ajoutent quelques colocations et quelques hébergements chez des tiers ou en foyer de jeunes travailleurs).

#### Composition du foyer (%)

Personne seule	19
Personne seule avec enfant(s)	11
<i>Total personnes seules</i>	<i>30</i>
Couple sans enfants	20
Couple + 1 ou 2 enfants	29
Couple + 3 enfants et plus	3
<i>Total couples</i>	<i>52</i>
Autres cas	18

On peut signaler également que 20% des répondants ont un ou plusieurs enfants qui ne vivent pas (ou plus) dans leur foyer.

34% des salariés sont propriétaires de leur *logement*, et 21% bénéficient d'un logement social de type HLM. Près de la moitié habitent leur logement depuis plus

5 ans (46,5%). Plus des deux-tiers (68%) se disent « attachés » à l'endroit où ils habitent.

Deux variables renseignent sur la *situation financière* des salariés interrogés. Il s'agit d'abord de la tranche de revenu du ménage<sup>1</sup> :

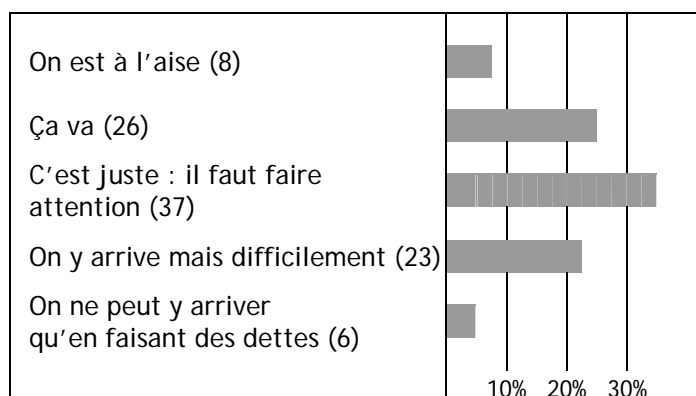
**Tranches de revenu mensuel du ménage (%)**

Moins de 2500 F	3
2500 F à moins de 5000 F	22
<i>Moins de 5000 F</i>	<i>25</i>
5000 F à moins de 8000 F	33
<i>Moins de 8000 F</i>	<i>58</i>
8000 F à moins de 12 000 F	27
12 000 F et plus	15

Un quart des personnes enquêtées ont un revenu mensuel pour le ménage inférieur à 5000 F, et plus de la moitié (58%) n'ont pas plus de 8000 F. Ajoutons que 11% des répondants qui ne vivent pas seuls assurent seuls les revenus de leur ménage.

Une autre façon d'appréhender la situation financière réside dans l'étude de son appréciation par les répondants. 5 propositions leur étaient soumises pour qualifier la situation matérielle de leur ménage :

**Appréciation sur la situation financière du ménage (%)**



On peut répartir approximativement la population interrogée en trois tiers : 34% de situations positives (8% de répondants se disent « à l'aise » et 26% estiment que « ça

<sup>1</sup> L'enquête ayant eu lieu avant le passage à l'euro, les revenus sont donnés en francs.

va »); à l'opposé, 29% connaissent des difficultés (23% déclarent s'en sortir difficilement, et 6% ne peuvent s'en sortir qu'en s'endettant); enfin la modalité médiane « c'est juste » a été choisie par 37% des salariés<sup>1</sup>.

Le croisement avec le mode de cohabitation permet de voir que les personnes qui n'y arrivent que difficilement ou en faisant des dettes sont pour près de la moitié les personnes seules (avec ou sans enfants). A l'inverse, les personnes les plus à l'aise financièrement sont plus souvent en couple, sans enfants ou avec un ou deux enfants.

Les appréciations portées sur la situation financière du ménage suivent d'assez près la hiérarchie selon les emplois : les personnels de services et les ouvriers non qualifiés sont significativement plus nombreux à connaître des difficultés, tandis que les professions intermédiaires et supérieures sont nettement sur-représentées parmi les salariés les plus satisfaits de leur situation financière.

Par ailleurs, près d'un salarié sur cinq (19%) estime que la situation financière de son ménage s'est dégradée au cours des deux dernières années, et la même proportion déclare avoir perçu une aide exceptionnelle ou un minimum social dans cette période.

Enfin, 43% des répondants ont dû pour des raisons financières retarder le renouvellement de leur voiture, et 38% celui de leur mobilier au cours des deux dernières années.

Quelques variables permettent d'appréhender certains aspects de la *vie sociale* et du *soutien social* :

- 35% des répondants fréquentent régulièrement un ou des *clubs, associations ou syndicats* ;

- 21% estiment que leurs *relations avec leurs voisins* se sont améliorées au cours des deux dernières années (que ces voisins aient ou non été les mêmes pendant la période concernée), et 5% considèrent qu'elles se sont dégradées ;

---

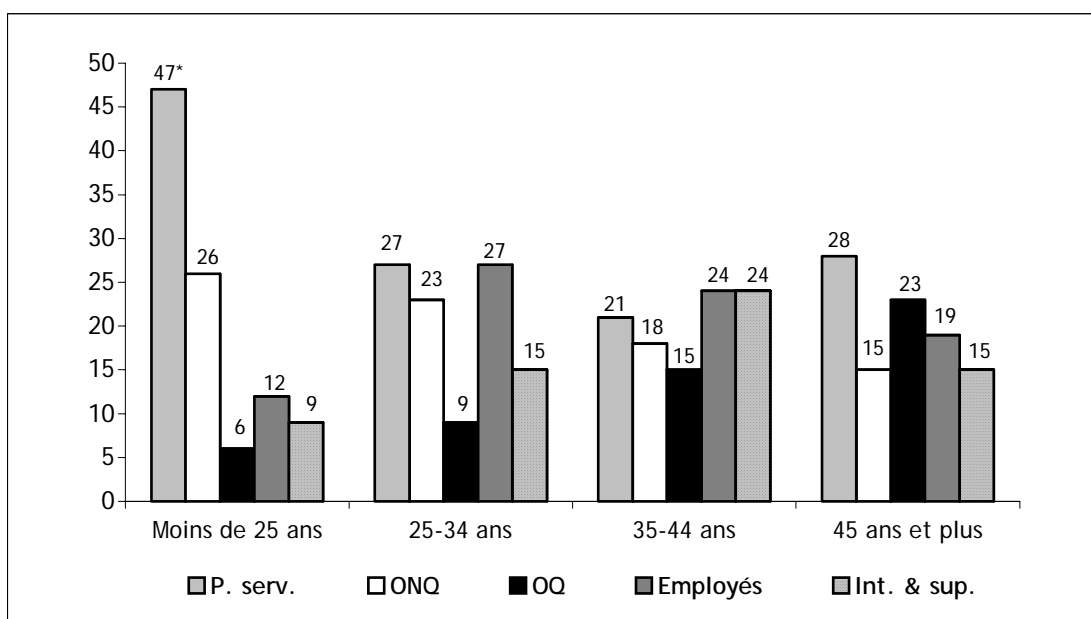
<sup>1</sup> Le jugement porté sur la situation financière est globalement corrélé avec le revenu mesuré quantitativement (par exemple, 36%\* des répondants qui estiment être « à l'aise » ou que « ça va » disposent d'un revenu pour le ménage supérieur à 12 000 F, tandis que 48%\* de ceux qui font état de difficultés ou de dettes ont un revenu inférieur à 5000 F). En cohérence avec la volonté générale de privilégier les jugements et les perceptions plutôt que des indicateurs plus « objectifs », c'est l'appréciation sur la situation financière et non le revenu qui sera utilisé par la suite.

- enfin, j'ai présenté dans la première partie<sup>1</sup> une analyse des trois variables de *soutien social*, qui interrogent les salariés sur la possibilité qu'ils ont, en cas de problème, de se confier, de se faire rendre des services, et de se faire prêter de l'argent. Je rappellerai simplement qu'ils sont respectivement 81%, 85% et 63% à répondre affirmativement, et qu'il faut garder à l'esprit la différence notable entre les réponses concernant une situation théorique (hypothétique), et les recours effectivement mis en œuvre.

## 2. Les expériences du travail et de l'emploi

Le graphique ci-dessous rappelle la répartition de la population par grandes catégories d'âge et d'emploi<sup>2</sup> :

**Répartition de la population interrogée par âge et catégorie d'emploi (%)**



<sup>1</sup> Cf. : Chapitre I, §1d).

<sup>2</sup> Je précise à nouveau que les types d'emploi ont été codés à partir des réponses libres (et souvent peu précises) des salariés, et qu'ils désignent l'occupation professionnelle des personnes au moment de l'enquête plus que leur appartenance sociale en tant que telle.

On voit que les salariés de moins de 25 ans sont près d'un sur deux à exercer des emplois de personnels de service (47%\*). Si l'on ajoute 26% d'ouvriers non qualifiés, cette tranche d'âge est massivement concernée par les emplois non qualifiés. La proportion d'ouvriers non qualifiés décroît avec l'âge, et la tendance inverse est observée pour les emplois d'ouvriers qualifiés qui atteignent 23%\* chez les salariés les plus âgés. Enfin, les salariés de 35 à 44 ans sont les plus nombreux à exercer des professions intermédiaires et supérieures (24%).

Comment ces 200 salariés midi-pyrénéens se caractérisent-ils au regard de leur situation professionnelle, de leur rapport au travail, de leur expérience de la précarité de l'emploi ? Qui sont les plus satisfaits, les plus inquiets ? A quelles conditions de travail ces hommes et ces femmes d'âges divers sont-ils confrontés ? Les analyses suivantes tenteront de répondre à ces questions, à travers un ensemble de traitements statistiques et de propositions interprétatives.

Les *expériences du travail et de l'emploi* sont appréhendées dans le questionnaire à travers *quatre groupes de variables*, chacun d'eux explorant une composante particulière des expériences sociales du monde du travail :

- le *rapport à l'emploi* actuel et dans le parcours (7 variables),
- les *conditions de travail* (14 variables + 1 variable agrégée),
- la *satisfaction dans et par le travail* (6 variables),
- le *rapport projectif à l'emploi* à travers la perception d'un éventuel licenciement et les chances perçues de retrouver un emploi (2 variables).

Je présenterai dans un premier temps une analyse détaillée pour chacun de ces ensembles thématiques, puis je proposerai une classification générale des expériences du travail et de l'emploi.

### ***a) Précarité et insécurité de l'emploi actuelles et dans le parcours***

7 variables relèvent de ce sous-groupe.

- Le *statut de l'emploi* et le *temps partiel subi* (16% de l'échantillon) constituent deux indicateurs objectifs d'un rapport précarisé à l'emploi.
- 4 variables interrogent le parcours antérieur à travers l'expérience de périodes de *chômage* « difficiles » (qui concerne 47% des répondants) ; l'expérience de *l'intérim* (un tiers des répondants) ; l'expérience d'un *CDI* (autre que le CDI actuel



le cas échéant) (51% des salariés) ; et le *nombre de contrats* de travail (hors intérim et périodes de formation) au cours des deux dernières années (un quart des répondants ont eu 2 ou 3 contrats, 13% en ont eu 4 ou davantage).

- Enfin, le *sentiment de pouvoir perdre son emploi* à court ou moyen terme est éprouvé par 34% des répondants.

## Précarité professionnelle actuelle

### La précarité de l'emploi actuel selon le sexe, l'âge et l'emploi (%)<sup>1</sup>

	Sexe	Âge	Emploi
Statut de l'emploi			
	- CDI	Hommes 54	45 ans et + 41*
	- Précaire	Femmes 53	25-34 ans 52* - 25 ans 22*
Temps partiel subi	Femmes 63	25-34 ans 56* -25 ans 22	P. serv. 33 ONQ 30*
Ensemble		- 25 ans 17	P. service 30
		25-34 ans 39	ONQ 21
		35-44 ans 17	OQ 13
		45 ans et + 27	Employés 21 Int. & sup. 15

- On voit que la *précarité de l'emploi* évaluée à travers le type de contrat concerne très majoritairement les plus jeunes salariés de l'échantillon, puisqu'au total 74%\* des salariés en contrat non durable ont moins de 35 ans<sup>2</sup>. A l'opposé, on remarque l'association significative entre l'emploi en CDI et les plus de 45 ans.

- Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes parmi les salariés en contrat précaire (en particulier parmi les salariés en CDD, dont elles composent 76%\*, tandis qu'à l'opposé les intérimaires sont des hommes à 81%\*).

- Les catégories d'emploi les plus représentées dans les emplois précaires sont les moins qualifiées : personnels de service et ouvriers non qualifiés représentent au total 63% des salariés en emploi précaire<sup>3</sup>. A l'opposé, les employés et les professions intermédiaires et supérieures sont plus présents parmi les CDI.

<sup>1</sup> Lecture : parmi les répondants qui exercent en CDI, 54% sont des hommes (pour 50% dans l'ensemble de l'échantillon).

<sup>2</sup> Les salariés de moins de 25 ans sont sur-représentés parmi les CDD (29%\*), tandis que les 25-34 ans sont plus présents parmi les intérimaires (56%\*) et les titulaires de contrats aidés (60%).

<sup>3</sup> Les CDD sur-représentent plus particulièrement les personnels de service (49%\*). Les ouvriers sont plus présents parmi les intérimaires (ouvriers non qualifiés : 59%\*, ouvriers qualifiés : 31%\*). Enfin, les contrats

La précarité saisie à travers le statut de l'emploi actuel concerne donc plus particulièrement les femmes, les salariés les plus jeunes et les moins qualifiés, ce qui rejoint des résultats connus à l'échelle nationale<sup>1</sup>.

Par ailleurs, les salariés en emploi précaire connaissent beaucoup plus souvent des situations de décalage entre formation et emploi occupé : 42%\* sont concernés par une non-adéquation de métier, et 35%\* par une non-adéquation de niveau.

On peut ajouter que la quasi-totalité des salariés n'exerçant pas en CDI déclarent qu'ils souhaiteraient trouver un emploi de ce type : l'attachement à l'emploi stable est donc très largement partagé par les répondants de cette enquête. D'autre part, sur les 96 salariés en emploi précaire, 68 souhaitent que leur contrat actuel soit renouvelé. On peut faire l'hypothèse que ce résultat indique au moins autant le souhait de se maintenir en emploi que la satisfaction réellement trouvée dans l'emploi actuel.

Parmi les quelques personnes exerçant en emploi précaire qui ont répondu ne pas souhaiter exercer en CDI, on peut citer un intérimaire de 28 ans, manœuvre dans le bâtiment. Le médecin du travail qui lui a soumis le questionnaire a respecté la consigne que nous avons donnée de transcrire autant que possible les commentaires des répondants. Pour cette personne, on trouve les annotations suivantes : « *veut éviter la routine - se lasse vite - aime changer de poste et de lieu de travail - "quand j'étais en CDI, ils m'ont vite saoulé" - a déjà eu des CDI mais pour lui la priorité n'est pas la sécurité de l'emploi, mais l'intérêt qu'il trouve dans un emploi, de bonnes conditions de travail, de bonnes relations avec les collègues* ». Ces quelques éléments laissent penser que cette personne fait partie des salariés de l'intégration incertaine qui vivent positivement la précarité professionnelle et même la recherchent.

Le *temps partiel subi* concerne en majorité des femmes jeunes, exerçant le plus souvent comme personnels de service, mais on relève également une légère sur-représentation de la catégorie d'emploi opposée, celle des professions intermédiaires et supérieures.

---

aidés correspondent dans 53%\* des cas à des emplois de personnels de service (mais il s'agit ici d'un effet de construction de la variable « emploi », car la plupart des salariés en contrat aidé ont été classés parmi les personnels de service).

<sup>1</sup> SANDOVAL V., « Les transformations du marché du travail des jeunes et des femmes en France et dans trois autres pays européens », in *Données sociales 1999, op. cit.*, pp. 182-188.

## Précarité dans le parcours

### La précarité dans le parcours selon le sexe, l'âge et l'emploi (%)<sup>1</sup>

	Sexe	Âge	Emploi
Chômage diff. passé	Oui	Femmes 61*	25-34 ans 48*
	Non	Hommes 61*	45 ans et + 34*
Intérim passé (oui)	Hommes 71*	25-34 ans 56*	P. serv. 44*
CDI passé	Oui	n.s.	OQ 17* Employés 26
	Non	n.s.	ONQ 36*
Ensemble	Oui	n.s.	35-44 ans 25* 45 ans et + 33*
	Non	n.s.	Employés 25
			P. serv. 35
			<i>P. service 30</i>
			<i>ONQ 21</i>
			<i>OQ 13</i>
			<i>Employés 21</i>
			<i>Int. &amp; sup. 15</i>

- En ce qui concerne l'expérience professionnelle passée, on observe que l'expérience du *chômage* est davantage le fait des femmes, tandis que l'*intérim* est très massivement masculin. Les deux types d'expérience s'associent pourtant fréquemment : 56% des salariés qui ont travaillé en intérim ont également connu au moins une période de chômage particulièrement difficile.

- Les salariés de 25 à 34 ans sont plus présents dans les deux types d'expérience. A l'opposé, un tiers des salariés n'ayant pas connu le chômage sont âgés de 45 ans et plus. On peut supposer que ces personnes ont commencé une vie professionnelle dans une période où le marché de l'emploi était plus ouvert, et ont pu ainsi connaître une vie professionnelle relativement à l'écart du chômage de masse.

- Enfin, on retrouve sans surprise les personnels de service parmi les salariés ayant connu « l'épreuve du chômage <sup>2</sup> », tandis que l'expérience de l'intérim fait apparaître plus nettement les ouvriers non qualifiés.

<sup>1</sup> Lecture : parmi les répondants qui ont eu une expérience de chômage difficile, 61%\* sont des femmes (pour 50% de femmes dans l'ensemble de l'échantillon).

<sup>2</sup> SCHNAPPER D., *L'épreuve du chômage*, op. cit.

Le questionnaire permet de mieux connaître la situation et le parcours des intérimaires, ainsi que les jugements rétrospectifs concernant cette forme d'emploi. Les répondants exerçant en intérim (32 personnes) ont pour la quasi-totalité d'entre eux (28 personnes) déjà travaillé sous cette forme d'emploi. Au total, 66 répondants ont déjà travaillé en intérim. Parmi eux, plus de la moitié (37) ont déclaré que cette forme d'emploi leur a convenu<sup>1</sup>, et 29 estiment que cela leur conviendrait actuellement ; tandis que 25 n'ont pas été satisfaits de cette expérience (et 4 n'ont pas répondu). On peut souligner que le jugement porté sur l'expérience du travail intérimaire est étroitement lié au statut de l'emploi actuel, puisque parmi ceux à qui l'intérim n'a pas convenu, seulement 3 personnes sont actuellement intérimaires, tandis que parmi ceux qui ont apprécié cette forme d'emploi, 22\* l'exercent encore actuellement.

D'autre part, parmi les 131 salariés qui n'ont pas connu l'intérim, 41 seulement jugent que ce type d'emploi leur conviendrait aujourd'hui. Encore faut-il ajouter que plusieurs répondants précisent que ce serait à défaut d'autre chose : « *oui si je n'ai pas le choix* », « *oui mais je préférerais un CDI* »... Ces commentaires révèlent bien l'ambiguïté de l'intérim, qui apparaît souvent comme un « dépannage » faute de mieux mais dans lequel on peut tout de même trouver des motifs de satisfaction.

Le fait d'*avoir déjà travaillé en CDI* est un indicateur de discontinuité du parcours et non de précarité contractuelle. Les salariés ayant par le passé perdu ou quitté un emploi en CDI proviennent majoritairement des tranches d'âge les plus élevées, et les employés y sont légèrement plus nombreux. A l'inverse, les salariés qui n'ont jamais travaillé en CDI sont au trois-quarts âgés de moins de 35 ans, et un tiers d'entre eux exercent actuellement comme personnels de service (ce qui est cohérent avec la jeunesse de cette catégorie d'emploi).

Les résultats concernant le *nombre de contrats de travail* hors intérim au cours des deux dernières années (non présentés dans le tableau) confirment ces tendances : les femmes sont plus nombreuses parmi les salariés ayant eu plus de 2 contrats de travail (hormis l'actuel) dans les deux dernières années (59%\*), tout comme les

---

<sup>1</sup> Une personne précise que c'était de sa part un « *choix délibéré* », une autre nuance sa réponse : « *oui car cela m'a permis de trouver un CDD, mais non car emploi précaire* », une autre encore répond à la fois « *oui et non* », en précisant : « *on est ballotté mais bien payé* », enfin un quatrième répondant estime que « *ça dépend des boîtes d'intérim* ».

salariés des deux tranches d'âge les plus jeunes (75%\* au total). Le croisement avec le type d'emploi fait apparaître que les salariés ayant eu au moins 2 contrats de travail dans les deux dernières années exercent une fois sur quatre comme ouvriers non qualifiés et une fois sur cinq comme professions intermédiaires et supérieures.

Quels recoupements peut-on observer entre la situation actuelle et les expériences antérieures ? Le tableau suivant permet de caractériser les deux grandes sous-populations par statut d'emploi au regard des caractéristiques du parcours professionnel.

Précarité actuelle et dans le parcours (%)<sup>1</sup>

Statut de l'emploi	Chôm. diff.	CDI passé	Intérim passé	2 contrats et +
CDI	31	58	20	19
Précaire	65*	45	48*	59*

On voit que la précarité actuelle et celle du parcours s'associent bien souvent, puisque parmi les salariés en emploi précaire :

- 65%\* ont connu au moins une période de chômage difficile<sup>2</sup> (tandis que moins d'un tiers des salariés CDI ont connu cette expérience),
- 45% ont déjà travaillé en emploi stable (pour 58% des salariés en CDI)<sup>3</sup>,
- 48%\* ont déjà travaillé en intérim (contre seulement un sur cinq parmi ceux qui exercent en CDI),
- 59%\* ont eu au moins 2 contrats de travail dans les deux dernières années (pour seulement 19% parmi les salariés en emploi stable).

Le questionnaire ne permet pas de reconstituer la ligne générale des parcours professionnels (par exemple, continuité dans la précarité, ou continuité dans la stabilité de l'emploi, etc.). Cependant, en combinant le statut de l'emploi actuel et l'expérience antérieure d'un emploi en CDI, on peut identifier *quatre sous-groupes*

<sup>1</sup> Lecture : 31% des personnes exerçant en CDI ont connu au moins une période de chômage difficile, pour 65%\* parmi celles qui exercent en emploi précaire.

<sup>2</sup> L'expérience du chômage concerne tout particulièrement les répondants qui exercent actuellement en contrat aidé : 13\* de ces 15 salariés ont connu au moins une période de chômage difficile.

<sup>3</sup> J'ai souligné que le fait d'avoir déjà travaillé en CDI est indicateur de discontinuité plus que de précarité dans le parcours. Il est difficile de savoir si le fait d'avoir perdu ou quitté un CDI dans le passé est plus ou moins un marqueur de précarité que le fait de n'avoir jamais occupé un emploi stable...

d'effectifs relativement équilibrés<sup>1</sup>, dont le tableau ci-dessous présente les caractéristiques d'âge, de sexe, d'emploi, et d'expérience passée du chômage :

Quatre groupes de salariés selon le statut de l'emploi actuel et l'expérience passée d'un emploi en CDI

Emploi actuel	Expérience passée d'un CDI	
	Oui	Non
CDI	<p>1</p> <p>« Plusieurs CDI »</p> <p>n=57 29%</p> <p>Hommes 58%</p> <p>35-44 ans 23% / 45 ans et + 44%*</p> <p>Employés 30%* / OQ 18%</p> <p>Pas de chômage 70%*</p>	<p>2</p> <p>« Premier CDI »</p> <p>n=42 22%</p> <p>- 25 ans 21% / 45 ans et + 36%</p> <p>P.serv. 33% / Employés 29% / Int. &amp; sup. 21%</p> <p>Pas de chômage 67%*</p>
	Précaire	<p>3</p> <p>« Alternance stabilité/précarité »</p> <p>n=43 22%</p> <p>Femmes 60%</p> <p>25-34 ans 44% / 35-44 ans 28%*</p> <p>ONQ 28%</p> <p>Chômage 65%*</p>

1. Les répondants qui associent *CDI actuel et expérience d'un CDI dans le passé* sont majoritairement des hommes, appartenant aux tranches d'âges les plus élevés, et exercent actuellement surtout comme employés et ouvriers qualifiés. La faible fréquence d'expérience marquante du chômage laisse supposer que la plupart de ces personnes ont essentiellement connu l'emploi stable, mais de façon discontinue puisque le CDI qu'elles occupent actuellement est au moins le deuxième.

2. Les salariés exerçant actuellement en *CDI et n'ayant jamais auparavant occupé un emploi de ce type* (« premier CDI ») se répartissent équitablement selon le sexe, mais font apparaître une sur-représentation des deux classes d'âges opposées. Les ouvriers, qualifiés ou non, sont sous-représentés dans ce groupe. On peut supposer que les plus âgés occupent leur CDI actuel depuis longtemps ou ont commencé tardivement leur vie professionnelle, tandis que les plus jeunes occupent ce premier CDI depuis un temps relativement court. Là encore, l'expérience du chômage est largement minoritaire.

3. Les femmes et les salariés des tranches d'âge médianes sont plus présents dans le groupe de ceux qui exercent *actuellement en contrat précaire* tout en ayant, au moins une fois dans leur parcours, *exercé en emploi stable*. Les ouvriers non qualifiés

<sup>1</sup> Cette répartition porte sur 194 individus car la question sur l'expérience antérieure d'un CDI comporte 6 non-réponses.

sont également sur-représentés ici. La proportion de répondants ayant traversé une période de chômage difficile s'inverse par rapport aux deux groupes précédents : près des deux-tiers ont connu cette expérience. On peut ajouter, en complément au tableau, que le parcours professionnel de ces salariés est marqué par une grande discontinuité puisque 62%\* d'entre eux ont eu 2 contrats de travail ou davantage dans les deux dernières années, et 42% ont déjà travaillé en intérim.

4. Enfin, le dernier groupe caractérisé par la *précarité de l'emploi actuel et l'absence de CDI dans le passé* se compose essentiellement de salariés de moins de 35 ans, occupant des emplois d'ouvriers non qualifiés et de personnels de service. Leur âge relativement jeune n'empêche pas une importance fréquente de l'expérience du chômage (65%\*). La précarité professionnelle se traduit également dans ce groupe par de fortes proportions de personnes ayant déjà exercé en intérim (54%\*), ou ayant occupé au moins 2 contrats de travail différents dans les deux dernières années (58%\*).

Il est difficile de pousser l'interprétation plus avant dans la mesure où ces quatre configurations ne suffisent pas à identifier de façon claire des types de parcours. Ainsi, le fait d'exercer actuellement en contrat précaire tout en ayant connu l'emploi stable ne signifie pas que le parcours professionnel ait globalement évolué vers l'instabilité de l'emploi : on peut tout à la fois avoir occupé un CDI dans le passé et avoir, avant cette période ou depuis, connu également la précarité de l'emploi. De la même façon, l'association entre CDI actuel et CDI dans le passé ne signifie pas que l'on a toujours exercé dans le cadre d'un emploi stable (la notion même de « stabilité » associée au CDI est d'ailleurs remise en question par le seul fait que la moitié des salariés enquêtés ont perdu ou quitté le CDI qu'ils occupaient). Finalement, seule la quatrième configuration peut être lue de manière homogène puisqu'il s'agit de salariés n'ayant jamais connu l'emploi stable.

**Le « sentiment de précarité »****Le sentiment de précarité selon le sexe, l'âge et l'emploi (%)<sup>1</sup>**

	Sexe	Âge	Emploi
Pouvoir perdre son emploi	Oui	n.s.	25-34 ans 48*
	Non	n.s.	45 ans et + 31
Ensemble	Hommes 50	- 25 ans 17	P. service 30
	Femmes 50	25-34 ans 39	ONQ 21
		35-44 ans 17	OO 13
		45 ans et + 27	Employés 21
			Int. & sup. 15

Le sentiment de pouvoir perdre son emploi à court ou moyen terme (ou « sentiment de précarité ») fait apparaître une classe de salariés relativement jeunes (25-34 ans), tandis qu'à l'opposé les plus âgés sont plus présents parmi les salariés qui ne sont pas inquiets (ce qui peut se comprendre puisqu'on a vu que les salariés de 45 ans et plus exercent plus souvent que les autres en CDI). On retrouve les ouvriers non qualifiés parmi les salariés percevant un risque pour leur emploi : précarité contractuelle et précarité perçue se recouvrent en grande partie ici, puisque cette catégorie d'emploi exerce en contrat précaire pour près des trois-quarts (71%\*). On peut supposer ici que la perception subjective d'une menace sur l'emploi est liée à la conscience qu'ont les salariés de la fragilisation professionnelle objective (statistique) de cette catégorie d'emploi.

La perception de l'emploi actuel comme menacé peut-elle être liée à une expérience de chômage vécue comme difficile, et qui donnerait lieu à une plus grande inquiétude quant à l'emploi actuel ? Il semble que oui, puisque les salariés qui ont connu le chômage sont 42%\* à penser qu'ils risquent de perdre leur emploi, tandis que cette proportion n'est que de 29% parmi ceux qui n'ont pas d'expérience marquante du chômage. Cependant, l'effet du statut de l'emploi actuel reste dominant pour les salariés en CDI, qui sont plus nombreux à ne pas percevoir de risque pour leur emploi même lorsqu'ils ont connu une période de chômage

<sup>1</sup> Lecture : le sentiment de pouvoir perdre son emploi ne fait pas apparaître de sur-représentation selon le sexe. Mais les salariés de 25 à 34 ans sont sur-représentés parmi ceux qui l'éprouvent (48%\*, pour 39% de l'ensemble), tandis que les salariés de 45 ans ou davantage sont plus présents parmi ceux qui ne l'éprouvent pas (31%, pour 27% de l'ensemble).



difficile. Chez les salariés en emploi précaire en revanche, l'expérience du chômage semble plus explicative du sentiment de pouvoir perdre l'emploi, puisque 58% de ceux qui ont connu le chômage éprouvent ce sentiment, pour seulement 45% parmi ceux qui n'ont pas connu de période de chômage difficile.

Nous avons vu que le statut contractuel de l'emploi et le sentiment de précarité ne se recouvrent pas entièrement : si les salariés en CDI sont logiquement moins nombreux à percevoir une menace sur leur emploi, et qu'inversement les salariés en contrat précaire perçoivent davantage un risque, on observe tout de même que 20 personnes en CDI déclarent risquer de perdre leur emploi, et que 37 personnes en emploi précaire n'ont pas ce sentiment<sup>1</sup>. En croisant ces deux dimensions de la précarité, on peut distinguer d'un côté les personnes exerçant en CDI non menacé (n=81), et de l'autre les salariés en contrat précaire et en CDI menacé (n=99)<sup>2</sup>.

La cause réelle (« subjectivement adéquate », en termes weberiens) du sentiment de précarité reste opaque à la seule approche quantitative. En dehors du lien avec le type de contrat de travail, cette précarité perçue s'enracine-t-elle dans le sentiment de ne pas être « à la hauteur » dans son travail ? Par exemple, les salariés qui éprouvent un sentiment de précarité sont-ils plus souvent sous-qualifiés pour l'emploi qu'ils occupent, ont-ils l'impression d'être à la limite de leur domaine de compétence ? Cela ne se vérifie pas dans cet échantillon. En revanche, on verra que la perception de la santé actuelle comme mauvaise est étroitement liée au sentiment de pouvoir perdre son emploi. D'autre part, certaines annotations portées sur les questionnaires (« ça dépend de l'avenir de l'entreprise », « restructurations en cours »...) indiquent que la précarité perçue peut être liée à la situation économique de l'entreprise et aux prochaines décisions des employeurs.

### ***b) Les conditions de travail***

Les conditions de travail ont été appréhendées en privilégiant les informations relatives à l'environnement matériel, aux questions de temporalité, aux contraintes

---

<sup>1</sup> Parmi ces 37 personnes, 20 sont en CDD, 13 en intérim et 4 en emploi aidé. On pourrait penser que plus le contrat est long, moins les salariés ressentent un risque pour leur emploi « à court ou moyen terme », mais cela n'est pas vérifié.

<sup>2</sup> Le total est égal à 180 compte tenu des 20 non-réponses à la question sur le sentiment de pouvoir perdre son emploi.

organisationnelles et aux relations professionnelles. 12 variables interrogent les salariés sur leurs conditions de travail actuelles, l'une d'entre elles sollicitant la comparaison avec les conditions de travail expérimentées dans le passé.

#### Variables de conditions de travail (%)

<b>Autonomie/Contraintes</b>	
- Être surveillé dans le travail	49
- Ne pas pouvoir discuter les horaires de travail	49
- Travail réglé par un rythme imposé (cadences, rendement, etc.)	44
- Devoir suivre rigoureusement des consignes qui semblent superflues	25
- Ne pas avoir suffisamment d'initiative pour faire le travail	23
- Avoir des horaires de travail qui ne conviennent pas	14
<b>Intensité du travail</b>	
- Sentiment que le temps de travail n'est pas suffisant pour faire toutes les tâches demandées	27
<b>Environnement de travail</b>	
- Présence de sources de gênes importantes	32
<b>Intérêt du travail</b>	
- Travail perçu comme répétitif & monotone	41
<b>Relations professionnelles</b>	
- Rapports difficiles avec les supérieurs	7
- Rapports difficiles avec les collègues	6
<b>Évolution</b>	
- Conditions de travail actuelles jugées plus dures qu'auparavant	25

Les contraintes et les prescriptions dans le travail se traduisent par une *surveillance* importante (49%), par une forte proportion de personnes qui déclarent devoir travailler selon un *rythme imposé* (44%), par l'obligation à suivre des consignes jugées superflues (25%), et par le manque d'*initiative* (23%). Si les répondants ne sont que 14% à travailler avec des *horaires* qui ne leur conviennent pas, ils sont près de la moitié à ne pas pouvoir les discuter (au total, 11% des répondants ont des horaires qui ne leur conviennent pas et ne peuvent pas les discuter).

L'intensité du travail est ressentie par 27% des personnes interrogées qui ont le sentiment que le *temps de travail* prévu pour effectuer leurs tâches n'est pas suffisant.

Pour près d'un tiers des répondants (32%), il existe des sources de *gênes importantes* dans l'environnement de travail<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Certaines annotations libres précisent le type de gênes : il s'agit par exemple du bruit pour une employée de restauration collective, pour un soudeur et pour un manutentionnaire ; de la chaleur et de la sécheresse de l'air pour une ouvrière en imprimerie ; d'une hygiène insuffisante pour une employée de maison de

La proportion de 41% des salariés qui estiment que leur travail est *répétitif et monotone* laisse entrevoir une forte présence de formes d'insatisfaction dans le travail<sup>1</sup>.

Quant aux *relations de travail*, pour lesquelles il a été demandé aux salariés de les qualifier d'« agréables », « correctes » ou « difficiles », elles sont nettement plus souvent agréables avec les collègues qu'avec les supérieurs (57% contre 37%). Les relations difficiles, que ce soit avec les uns ou les autres, restent largement minoritaires et, sur ce terrain-là, l'écart entre collègues et supérieurs est faible.

Enfin, quand on demande aux salariés de *mettre en perspective les conditions de travail* qui sont les leurs au moment de l'enquête avec leur expérience passée, un quart d'entre eux considèrent que ces conditions sont plus dures qu'auparavant.

Outre ces 12 aspects, deux autres variables donnent des indications intéressantes sur les conditions de travail telles qu'elles sont perçues par les salariés.

La première interroge les salariés sur la *nécessité de tenir « coûte que coûte » en cas de problème de santé sur le lieu de travail*. Les 192 personnes ayant répondu à cette question se répartissent équitablement : 99 « oui » pour 93 « non<sup>2</sup> ».

La deuxième variable évalue un aspect de l'intensité du travail à travers la polyvalence associée aux *changements de lieux dans la réalisation du travail*. 60 salariés ont déclaré devoir changer de lieux de travail au cours d'une même journée, et parmi eux 34 ont estimé que cela leur convenait, 8 que cela ne leur convenait pas (et 17 n'ont pas répondu sur ce point). Ces déplacements<sup>3</sup> effectués dans une journée de travail semblent donc être plutôt bien perçus par ceux qui sont concernés. Mais cela ne signifie pas que cette mobilité dans le travail constitue une aspiration pour

---

retraite et pour un intérimaire du bâtiment ; des « *violences à travers les enfants* » pour un animateur scolaire.

<sup>1</sup> 3 répondants ont apporté une nuance à laquelle nous n'avions pas pensé en élaborant le questionnaire : ils estiment que leur travail est « répétitif mais pas monotone » (il s'agit d'un homme qui travaille « *à la plonge dans un restaurant* », d'une assistante commerciale et d'une conseillère de vente dans la grande distribution).

<sup>2</sup> Trois autres questions concernaient cette situation hypothétique d'apparition de problèmes de santé sur le lieu de travail. Il était demandé aux salariés si, dans cette situation, ils avaient le sentiment d'un soutien de la part des collègues (près des trois-quarts estiment que oui), s'ils trouvaient préférable de renoncer à des arrêts de travail pour maladie (c'est le cas de 61% d'entre eux), et enfin si leurs supérieurs acceptaient de courtes absences non répétitives pour raisons de santé (ce qui se vérifie 4 fois sur 5). Je reviendrai ultérieurement sur cet ensemble de variables.

<sup>3</sup> La formulation de la question ne permet pas de distinguer les changements de lieux à l'intérieur d'un même site des déplacements sur de plus longues distances.

les autres salariés : sur les 92 personnes qui ne sont pas amenées à changer de lieux de travail dans une journée, 90 estiment que cela leur convient.

Afin de pouvoir saisir de façon synthétique la situation de chaque répondant, une *variable composite* a été créée à partir des 12 principales variables de conditions de travail<sup>1</sup>. Le principe est le suivant : un score de conditions de travail a été élaboré en additionnant chaque réponse indiquant un versant *négatif* des conditions de travail, pour chacune des 12 variables. Par exemple, pour la variable « devoir suivre des consignes superflues », la réponse « oui » a compté pour 1 point ; pour la variable « avoir suffisamment d'initiative », c'est la réponse « non » qui a été comptabilisée<sup>2</sup>. Ainsi le score maximum correspondant au cumul de tous les aspects négatifs est de 12 points. A l'opposé, une personne qui cumulerait 12 réponses indiquant toutes de bonnes conditions de travail aurait un score égal à 0<sup>3</sup>. Les résultats montrent que les scores de conditions de travail sont tous compris entre 0 (conditions de travail « parfaites », concernant 19 répondants) et 9 (concernant 3 répondants). Le maximum de 12 n'est donc jamais observé. Un regroupement en trois modalités a été effectué de façon à obtenir le meilleur équilibre possible entre trois sous-groupes, et la variable finale « score de conditions de travail » se répartit de la façon suivante :

#### Score de conditions de travail

	Eff.	%
0 à 2 points : bonnes conditions de travail	84	42
3 à 4 points : conditions de travail moyennes	56	28
5 à 9 points : mauvaises conditions de travail	60	30

Avant d'aller plus loin je voudrais souligner la pertinence de cette variable composite : on pourrait en effet penser que de « compacter » ainsi 12 variables différentes équivaut à une perte d'information, et regretter de ne pas connaître plutôt le détail de leurs combinaisons modales. Mais des analyses détaillées (non

<sup>1</sup> La nécessité de « tenir » au travail ainsi que la question sur les déplacements n'ont pas été incluses dans l'élaboration de la variable synthétique.

<sup>2</sup> Les deux variables « relations avec les supérieurs » et « relations avec les collègues » ont été recodées pour obtenir des variables dichotomiques : les modalités « agréables » et « correctes » ont été regroupées (et comptent donc pour 0 point), la modalité « difficiles » a été conservée et a compté pour 1 point.

<sup>3</sup> Le faible nombre de non-réponses (43 au total, pour 12 questions X 200 répondants soit 2400 réponses) permet de considérer qu'un faible score indique de bonnes conditions de travail.

présentées ici) montrent que ces combinaisons modales n'existent pas, sauf dans les deux extrêmes (conditions de travail toutes bonnes ou toutes mauvaises). En dehors de cela on n'observe pas d'agencements significatifs entre ces variables. L'initiative peut ainsi coexister avec la surveillance ou les consignes superflues, des relations difficiles avec les supérieurs n'empêchent pas de pouvoir discuter les horaires de travail, etc. Autrement dit, il n'existe pas de combinaisons repérables et compréhensibles, par exemple un groupe qui se distinguerait par des conditions de travail dégradées sur le plan des aspects de temps et de rythme, ou sur le plan des dimensions autonomie/contrainte. Deux raisons me semblent pouvoir expliquer ce constat : la première, d'ordre méthodologique, tient à la relative faiblesse numérique de l'échantillon : ce manque de « puissance » statistique explique sans doute partiellement l'absence de regroupements homogènes (sauf, comme je l'ai précisé, aux deux extrêmes du positif et du négatif). Mais on peut également suggérer une autre raison qui tient à l'objet même, en considérant comme un résultat en tant que tel cette hétérogénéité des conditions de travail. Cette hypothèse est cohérente avec les analyses présentées dans le premier chapitre qui indiquent que l'interpénétration des logiques industrielles et marchandes, et plus largement les mutations en cours dans les organisations, sont plurielles et parfois contradictoires. Dès lors il n'est pas surprenant de constater l'absence de résultats suggérant l'existence de modèles forts d'organisation du travail.

C'est donc en tenant compte de ces observations que j'ai choisi de considérer cette variable agrégée comme un résumé pertinent de la réalité des conditions de travail de chaque répondant (même si, comme on le verra, il peut être intéressant de revenir parfois au détail des 12 variables).

Comment se caractérisent au regard du sexe, de l'âge, de l'emploi et du statut de l'emploi les sous-populations correspondant aux modalités de cette variable de conditions de travail ? Le tableau ci-dessous présente les associations les plus remarquables.

**Les conditions de travail selon le sexe, l'âge, l'emploi et le statut de l'emploi (%)<sup>1</sup>**

	Sexe	Age	Emploi	Statut emploi
Bonnes	Femmes 57*	25-34 ans 43	Int. & sup. 21*	CDI 57
Moyennes	Hommes 57	- 25 ans 27*	Employés 25	n.s.
Mauvaises	Hommes 55	45 ans et + 30	ONQ 30*	Précaire 53
Ensemble	Hommes 50 Femmes 50	- 25 ans 17 25-34 ans 39 35-44 ans 17 45 ans et + 27	P. service 30 ONQ 21 OQ 13 Employés 21 Int. & sup. 15	CDI 52 Précaire 48

- Les *mauvaises conditions de travail* concernent majoritairement les hommes, les salariés les plus âgés et les ouvriers non qualifiés. Les salariés en contrat précaire sont également plus nombreux à connaître de mauvaises conditions de travail (ce qui est convergent avec les constats effectués dans d'autres études et présentés dans les chapitres précédents). Parmi les salariés en emploi non durable, les intérimaires sont significativement plus nombreux (28%\*) à exercer dans de mauvaises conditions.

- Dans les conditions de travail que j'ai qualifiées de « *moyennes* », les hommes et les moins de 25 ans sont sur-représentés, ainsi que les employés. Les CDI et les emplois précaires sont présents dans des proportions similaires à ce qui est observé dans l'ensemble de l'échantillon, mais au sein des salariés en contrat précaire, les CDD sont légèrement sur-représentés.

- Quant aux *bonnes conditions de travail*, elles sont significativement associées aux femmes, et sur-représentent les 25-34 ans, les professions intermédiaires et supérieures et les CDI.

Pour affiner davantage la connaissance des conditions de travail, on peut se demander si certains de leurs versants (par exemple, l'autonomie ou l'environnement matériel) sont plus spécifiquement associés avec certaines modalités de sexe, d'âge, d'emploi et de statut de l'emploi. Certes, nous savons maintenant que le score global de conditions de travail diffère selon ces caractéristiques, mais peut-on *qualifier* ces différences, en préciser la nature ? En

<sup>1</sup> Lecture : les femmes représentent 57%\* des salariés qui ont de bonnes conditions de travail, alors qu'elles ne composent que 50% de l'ensemble de l'échantillon.

d'autres termes, il s'agit de revenir aux variables prises individuellement, et de voir comment elles se combinent au regard de ces quatre grandes catégories.

### Conditions de travail détaillées et sexe

Le croisement avec le sexe permet de distinguer certaines variables qui ne font pas apparaître de différence entre les sexes, et d'autres qui caractérisent nettement l'un ou l'autre sexe.

#### Les conditions de travail selon le sexe (%)<sup>1</sup>

	H	F
<b>Autonomie/Contraintes</b>		
- Initiative insuffisante	<i>24</i>	21
- Surveillance	<i>53</i>	46
- Consignes superflues	<i>30</i>	20
- Rythme imposé	45	44
- Changer de lieu de travail	<i>41*</i>	20
- Ne pas pouvoir discuter les horaires	<i>54</i>	44
- Horaires qui ne conviennent pas	13	15
- Devoir tenir « coûte que coûte »	47	<i>56</i>
<b>Intensité du travail</b>		
- Temps de travail insuffisant	20	<i>34*</i>
<b>Environnement de travail</b>		
- Gênés importantes	<i>39*</i>	25
<b>Intérêt du travail</b>		
- Répétitif & monotone	<i>42</i>	39
<b>Relations professionnelles</b>		
- Rapp. difficiles avec les supérieurs	9	4
- Rapp. difficiles avec les collègues	6	5
<b>Évolution</b>		
- Conditions de travail plus dures	25	25

Les hommes et les femmes se répartissent de façon similaire en ce qui concerne le rythme de travail imposé, la convenance des horaires de travail, les relations avec les collègues et la perception des conditions de travail actuelles comme plus dures qu'auparavant. Mais les deux sexes se distinguent au regard des autres variables :

- les *hommes* se caractérisent par des conditions de travail plus marquées par les contraintes et les prescriptions (initiative insuffisante, surveillance, consignes superflues, changement de lieux de travail, impossibilité de discuter les horaires de

<sup>1</sup> Lecture : 24% des hommes déclarent ne pas avoir suffisamment d'initiative dans leur travail, pour 21% chez les femmes. Les proportions modales sont signalées en gras et en italique.

travail, gênes)<sup>1</sup>, par des relations plus souvent difficiles avec les supérieurs, et par un travail davantage perçu comme répétitif et monotone ;

- les *femmes* estiment plus souvent que les hommes que leur temps de travail n'est pas suffisant pour tout faire, et déclarent plus fréquemment devoir « tenir » au travail en cas de problème de santé.

Peut-on observer de telles configurations significatives pour les différentes tranches d'âge ?

### Conditions de travail détaillées et âge

Les conditions de travail selon l'âge (%)<sup>2</sup>

	- 25	25-34	35-44	45 et +
<b>Autonomie/Contraintes</b>				
- Initiative insuffisante	28	20	9	32*
- Surveillance	64*	54	33	43
- Consignes superflues	30	25	24	22
- Rythme imposé	62*	40	50	37
- Changer de lieu de travail	28	34	30	28
- Ne pas pouvoir discuter les horaires	56	48	56	34
- Horaires qui ne conviennent pas	12	18	18	8
- Devoir tenir « coûte que coûte »	47	51	52	56
<b>Intensité du travail</b>				
- Temps de travail insuffisant	24	23	28	35
<b>Environnement de travail</b>				
- Gênes importantes	32	28	38	34
<b>Intérêt du travail</b>				
- Répétitif & monotone	50	36	44	40
<b>Relations professionnelles</b>				
- Rapp. difficiles avec les supérieurs	3	5	3	13*
- Rapp. difficiles avec les collègues	6	1	3	15*
<b>Évolution</b>				
- Conditions de travail plus dures	24	22	18	34*

On peut d'abord souligner qu'un certain nombre de variables ne semblent pas liées à l'âge. Ainsi, devoir changer de lieux de travail au cours d'une même journée et travailler dans un environnement comportant des gênes importantes sont des

<sup>1</sup> Ces caractéristiques reflètent bien la forte proportion d'hommes qui exercent dans un contexte industriel (58%\* des hommes occupent des emplois d'ouvriers).

<sup>2</sup> Lecture : 28% des salariés de moins de 25 ans, 20% des 25-34 ans (etc.) déclarent ne pas avoir suffisamment d'initiative dans leur travail.



modalités qui concernent dans des proportions similaires les différentes catégories d'emploi.

D'autres aspects des conditions de travail semblent au contraire évoluer selon l'âge : le sentiment que le temps de travail est insuffisant pour tout faire augmente globalement avec l'âge, tandis qu'à l'inverse la nécessité de suivre des consignes jugées superflues s'atténue. On peut se référer ici aux travaux concernant les salariés vieillissants<sup>1</sup>, qui sont plus que les jeunes gênés par les contraintes de temps. En revanche, on peut supposer que l'expérience accumulée permet à ces salariés plus âgés d'échapper en partie à des prescriptions trop pointilleuses, voire superflues.

On remarque que les corrélations significatives n'apparaissent qu'aux âges extrêmes :

- les salariés les plus *jeunes* sont significativement plus nombreux à déclarer être surveillés dans leur travail, et à devoir suivre un rythme imposé. On trouve également parmi eux une moitié de répondants qui estiment que leur travail est répétitif et monotone<sup>2</sup> ;

- à l'opposé, le groupe des *45 ans et plus* se distingue par des proportions significatives de salariés qui déclarent entretenir des relations difficiles avec leurs supérieurs et avec leurs collègues, et qui jugent leurs conditions de travail actuelles comme plus difficiles qu'antérieurement. Sur ce dernier point, on peut s'interroger quant à la dynamique de cette perception : est-ce un effet du vieillissement des salariés, qui avec l'âge ressentiraient leurs conditions de travail comme plus pénibles, ou s'agit-il d'un effet lié à l'évolution historique de ces conditions de travail, que les salariés ayant la plus longue expérience pourraient percevoir ? Les données ne permettent pas de répondre, mais on peut souligner la position relativement distincte de ces salariés de 45 ans et plus. Signalons également que ces salariés ont plus souvent que dans les autres tranches d'âge le sentiment de devoir tenir « coûte que coûte » en cas de problème de santé sur leur lieu de travail. En revanche, il est plus rare que leurs horaires de travail ne leur conviennent pas ou qu'ils ne puissent pas les discuter.

---

<sup>1</sup> MOLINIÉ A.-F., « Parcours de travail et fin de vie active dans différentes générations », *Le Quatre pages du CEE*, n° 45, 2001 ; VOLKOFF S., MOLINIÉ A.-F., JOLIVET A., *Efficaces à tout âge ?*, *op. cit.*

<sup>2</sup> Ces caractéristiques correspondent bien aux types d'emploi majoritairement occupés par ces jeunes répondants : 47%\* travaillent comme personnels de service, et 26% comme ouvriers non qualifiés.

Enfin, les salariés les plus jeunes et les plus âgés se rejoignent autour du sentiment de ne pas disposer d'une initiative suffisante dans leur travail : si cette modalité est significativement associée aux salariés de 45 ans et plus, elle est également très présente parmi ceux de moins de 25 ans.

Qu'en est-il des conditions de travail en fonction du type d'emploi exercé ?

### Conditions de travail détaillées et type d'emploi

Les conditions de travail selon le type d'emploi (%)<sup>1</sup>

	P. service	ONQ	OQ	Emp.	Int. & sup.
<b>Autonomie/Contraintes</b>					
- Initiative insuffisante	30	29	15	26	3
- Surveillance	60*	59	46	49	23
- Consignes superflues	25	27	35	29	10
- Rythme imposé	46	66*	40	40	23
- Changer de lieu de travail	24	18	52*	28	45*
- Ne pas pouvoir discuter les horaires	47	78*	38	34	42
- Horaires qui ne conviennent pas	12	10	12	16	23
- Devoir tenir « coûte que coûte »	60	46	54	42	55
<b>Intensité du travail</b>					
- Temps de travail insuffisant	32	13	25	15	57*
<b>Environnement de travail</b>					
- Gênes importantes	24	46*	54*	21	26
<b>Intérêt du travail</b>					
- Répétitif & monotone	45	61*	31	43	10
<b>Relations professionnelles</b>					
- Rapp. difficiles avec les supérieurs	7	2	15*	5	6
- Rapp. difficiles avec les collègues	10	2	12	5	0
<b>Évolution</b>					
- Conditions de travail plus dures	25	33	19	22	23

- Les *personnels de service* sont confrontés à des conditions de travail marquées par la surveillance et, dans une moindre mesure, par le manque d'initiative et par le sentiment de devoir tenir « coûte que coûte » en cas de problème de santé. Les relations difficiles avec les collègues sont également sur-représentées.

- Les conditions de travail des *ouvriers non qualifiés* se caractérisent par la présence d'indicateurs de contraintes dans le travail (rythme imposé, gênes, et dans une moindre mesure, initiative insuffisante et surveillance). Cette catégorie d'emploi est également significativement associée à une impossibilité de discuter

<sup>1</sup> Lecture : 30% des personnels de service déclarent ne pas avoir suffisamment d'initiative dans leur travail.

les horaires de travail, et au sentiment que le travail est répétitif et monotone. Les ouvriers non qualifiés sont par ailleurs les plus nombreux à percevoir une pénibilité accrue de leurs conditions de travail. On remarque cependant que le temps de travail est rarement jugé insuffisant, et que les relations professionnelles ne sont presque jamais considérées comme difficiles.

- Les *ouvriers qualifiés* sont surtout confrontés à des gênes dans l'environnement de travail, à des relations difficiles avec les supérieurs comme avec les collègues, et à des consignes jugées superflues. Ils sont également significativement plus nombreux à devoir changer de lieux de travail au cours d'une même journée. On peut souligner par ailleurs que le groupe des ouvriers qualifiés est, en dehors des salariés des professions intermédiaires et supérieures, celui qui déclare le plus souvent disposer d'une initiative suffisante. C'est également la catégorie où la perception d'une dégradation des conditions de travail est la plus faible.

- Avec les réponses des *employés*, on quitte partiellement l'univers du travail ouvrier. Les gênes dans l'environnement de travail sont relativement peu fréquentes, le temps de travail n'est jugé insuffisant que dans 15% des cas, et le sentiment de devoir « tenir » au travail est éprouvé dans la proportion la plus faible des cinq groupes (c'est-à-dire tout de même 42%). Cependant, les conditions de travail des employés sont marquées par le manque d'initiative, la nécessité de suivre des consignes superflues, et par le sentiment que le travail est répétitif et monotone (ce sentiment est perçu plus souvent ici que parmi les ouvriers qualifiés, et autant que parmi les personnels de service). De plus, 16% des répondants estiment que leurs horaires de travail ne leur conviennent pas - mais cet aspect est sans doute en partie compensé par la possibilité qu'ils ont, dans les deux-tiers des cas, de les discuter.

- Enfin, les salariés des *catégories intermédiaires et supérieures* sont significativement plus nombreux à estimer que leur temps de travail est insuffisant pour tout faire. Ils sont également souvent amenés à changer de lieux de travail, et sont les plus nombreux à juger que leurs horaires de travail ne leur conviennent pas. Les autres aspects des conditions de travail sont positifs, et ces salariés sont ceux qui déclarent le moins souvent percevoir leur travail comme répétitif et monotone.

## Conditions de travail détaillées et statut de l'emploi

Les conditions de travail de chaque type de contrat sont présentées dans le tableau suivant :

Les conditions de travail selon le statut de l'emploi  
(%)<sup>1</sup>

	CDI	Préc.
<b>Autonomie/Contraintes</b>		
- Initiative insuffisante	23	22
- Surveillance	42	58*
- Consignes superflues	24	26
- Rythme imposé	37	53*
- Changer de lieu de travail	33	29
- Ne pas pouvoir discuter les horaires	42	55*
- Horaires qui ne conviennent pas	16	13
- Devoir tenir « coûte que coûte »	49	54
<b>Intensité du travail</b>		
- Temps de travail insuffisant	27	27
<b>Environnement de travail</b>		
- Gênes importantes	31	33
<b>Intérêt du travail</b>		
- Répétitif & monotone	37	44
<b>Relations professionnelles</b>		
- Rapp. difficiles avec les supérieurs	8	5
- Rapp. difficiles avec les collègues	7	4
<b>Évolution</b>		
- Conditions de travail plus dures	26	23

On constate d'abord que certaines variables ne sont pas discriminantes. Ainsi, le manque d'initiative dans le travail, l'obligation de respecter des consignes jugées superflues, le sentiment que le temps de travail est insuffisant et la présence de gênes dans l'environnement de travail apparaissent ici comme des aspects non spécifiques des conditions de travail : les salariés en emploi stable et en emploi précaire les rencontrent dans des proportions similaires.

Mais les deux sous-groupes de salariés se différencient au regard des autres variables :

- les *salariés en CDI* sont plus nombreux à travailler avec des horaires qui ne leur conviennent pas, à décrire leurs relations avec collègues et supérieurs comme difficiles, et à avoir le sentiment que leurs conditions de travail actuelles sont plus

<sup>1</sup> Lecture : 23% des salariés en CDI déclarent ne pas avoir suffisamment d'initiative dans leur travail, pour 22% parmi les salariés en emploi précaire.

dures qu'antérieurement. Ils sont également plus nombreux à devoir changer de lieux de travail au cours d'une même journée (et cela ne leur convient pas dans un cas sur trois) ;

- à l'inverse, les personnes exerçant avec un *contrat précaire* sont significativement plus nombreuses à être surveillées dans leur travail, à devoir suivre un rythme imposé, à ne pas pouvoir discuter leurs horaires de travail, à avoir le sentiment qu'elles doivent « tenir » au travail en cas de problème de santé, et enfin à considérer leur travail comme répétitif et monotone.

Les croisements avec le *statut de l'emploi détaillé* par type de contrat (non présentés) montrent surtout que les *intérimaires*, qui sont 53%\* à connaître de mauvaises conditions de travail, déclarent significativement être surveillés dans leur travail (69%\*), devoir suivre des consignes superflues (38%\*) et respecter un rythme imposé (68%\*), ne pas pouvoir discuter leurs horaires (78%\*), et travailler dans un environnement comportant des gênes importantes (47%\*). Ils sont également plus nombreux à devoir « tenir » au travail (65%) et à estimer que leurs conditions de travail actuelles sont plus difficiles qu'auparavant (32%). Les *salariés en CDD* sont particulièrement peu soumis à des consignes superflues (17%), mais sont nombreux à juger leur temps de travail insuffisant pour faire tout ce qui leur est demandé (35%). Enfin, les *salariés en contrats aidés* présentent presque à chaque fois la proportion la plus faible de réponses indiquant des aspects négatifs des conditions de travail : ils sont même à ce titre mieux lotis que les salariés en CDI (ces derniers sont 46% à connaître de bonnes conditions de travail, tandis que les salariés en contrats aidés sont significativement plus nombreux : 67%\*).

### *c) Satisfaction dans et par le travail*

Ce groupe thématique rassemble 6 variables rattachées à deux dimensions différentes :

- trois variables évaluent la *satisfaction dans le travail* (ou satisfaction *au* travail), c'est-à-dire qu'elles interrogent la perception des salariés quant au contenu de leurs activités de travail. Le sentiment de *reconnaissance du travail par l'entourage professionnel* est éprouvé par les trois-quarts des répondants. Presque tous (97%) estiment *être suffisamment compétents* pour l'emploi qu'ils occupent actuellement, et

71% estiment même que leurs compétences leur permettraient de prétendre à un *meilleur emploi* ;

- trois autres variables permettent de décrire les (in)satisfactions extrinsèques du travail (satisfaction *du* travail ou *par* le travail). Tout d'abord, les salariés ont été interrogés sur leur *temps de travail* : 80% en sont satisfaits. Quatre combinaisons peuvent être identifiées :

#### Temps de travail et convenance du temps de travail<sup>1</sup>

Temps de travail	Temps de travail jugé satisfaisant	Temps de travail jugé non satisfaisant
Temps complet	n=119 60%	n=8 4%
Temps partiel	n=39 20%	n=32 16%

On voit que la proportion modale (60%) correspond aux salariés exerçant à temps plein et à qui ce temps de travail convient. Seuls 8 répondants souhaiteraient réduire leur temps de travail. D'autre part, un salarié sur cinq exerce à temps partiel choisi, et 16% sont en situation de sous-emploi.

La satisfaction du travail a également été évaluée à travers la question suivante : « votre travail vous permet-il d'avoir une *vie personnelle satisfaisante* ? ». 83% des salariés ont répondu affirmativement<sup>2</sup>.

Enfin, si la question de la reconnaissance du travail par l'entourage professionnel relève du rapport intrinsèque au travail effectué, la *reconnaissance du travail par l'entourage familial* renvoie à l'extérieur du travail, à sa perception par les proches dans la vie hors travail. Cette question a recueilli 77% de réponses positives.

<sup>1</sup> Compte tenu des non-réponses l'effectif total est égal à 198.

<sup>2</sup> Cette question était également formulée sur le versant de la vie *familiale*. La proportion de réponses positives est légèrement inférieure (80%). J'ai choisi de privilégier la variable concernant la vie personnelle car elle présente moins de non-réponses (ce qui est compréhensible puisqu'une partie des salariés n'ont pas de vie familiale).

## La satisfaction dans le travail

### La satisfaction dans le travail selon le sexe, l'âge, l'emploi et le statut de l'emploi (%)<sup>1</sup>

	Sexe	Age	Emploi	Statut emploi
Reconnaissance professionnelle	Non : Hommes 56	Oui : - 25 ans 21* Non : 25-34 ans 44 45 ans et + 31	Non : Employés 25	Non : CDI 60
Meilleur emploi	n.s.	Oui : 25-34 ans 43 Non : 45 ans et + 36*	Non : OQ 18	Oui : Préc. 51 Non : CDI 62
Ensemble	Hommes 50 Femmes 50	- 25 ans 17 25-34 ans 39 35-44 ans 17 45 ans et + 27	P. service 30 ONQ 21 OQ 13 Employés 21 Int. & sup. 15	CDI 52 Précaire 48

Concernant la *reconnaissance du travail* par l'entourage professionnel, on observe que les hommes sont plus présents parmi ceux dont le travail n'est pas reconnu, ainsi que les employés et les salariés en CDI. On retrouve également ici les salariés les plus âgés, ainsi qu'une tranche d'âge intermédiaire (25-34 ans). A l'inverse, les plus jeunes sont significativement plus nombreux à estimer que leur travail est reconnu dans leur entourage professionnel.

Le sentiment de pouvoir prétendre à un *meilleur emploi* est en relation nette avec l'âge : les plus jeunes sont plus présents parmi ceux qui l'éprouvent, et les plus âgés parmi ceux qui ne l'éprouvent pas. La seule association significative avec une catégorie d'emploi est la sur-représentation des ouvriers qualifiés parmi ceux qui n'éprouvent pas ce sentiment, qui sont également plus nombreux à exercer en CDI. A l'inverse, les salariés en contrat précaire sont plus présents parmi ceux qui pensent qu'ils pourraient exercer un meilleur emploi (51%, pour seulement 38% parmi ceux qui ne pensent pas pouvoir prétendre à un meilleur emploi)<sup>2</sup>.

L'interprétation de cet indicateur n'est pas univoque : faut-il voir dans le fait de penser que l'on pourrait avoir un meilleur emploi une appréciation négative portée sur l'emploi actuel, ou une appréciation positive de ses compétences et de ses

<sup>1</sup> Lecture : les hommes représentent 56% des salariés qui ont le sentiment que leur travail n'est pas reconnu par leur entourage professionnel (pour 50% de l'ensemble). Le sentiment d'être suffisamment compétent pour l'emploi actuel étant partagé par la quasi-totalité des répondants, cette variable n'est pas présentée dans le tableau.

<sup>2</sup> Un questionnaire annoté permet de voir qu'un « meilleur emploi » signifie « un emploi fixe » pour une employée de bureau intérimaire.

capacités ? A l'inverse, penser que l'on ne pourrait pas avoir un meilleur emploi, est-ce un signe de satisfaction optimale obtenue avec l'emploi actuel (on a déjà le « meilleur emploi possible »), ou bien est-ce à comprendre comme une appréciation négative de ses propres compétences, que l'on considère comme trop faibles pour avoir des « prétentions » plus importantes ? Il est difficile de trancher sur ce point<sup>1</sup>. On peut rapprocher ce résultat de la question portant sur le sentiment d'être *suffisamment compétent* pour l'emploi actuel. Comment expliquer que tant de salariés se sentent au moins assez compétents (voire « trop compétents<sup>2</sup> ») dans leur emploi, et qu'ils aient le sentiment que leurs compétences mériteraient un meilleur emploi ?

Une première hypothèse explicative consiste à supposer qu'il existe un grand nombre de situations de type « déclassement », dans lesquelles la qualification ou l'expérience acquises sont supérieures à l'emploi occupé. C'est ici la variable appelée « *adéquation de niveau*<sup>3</sup> » qui peut apporter des éléments de réponse. Sur l'ensemble de l'échantillon, nous avons vu qu'un peu moins d'un tiers des salariés occupent un emploi dont le niveau est inférieur à leur qualification. Ces salariés « déclassés » sont-ils plus nombreux parmi ceux qui pensent pouvoir prétendre à un meilleur emploi ? La réponse est oui : ils sont plus d'un tiers (36%\*), tandis que ceux qui pensent occuper actuellement le « meilleur emploi possible » ne sont que

---

<sup>1</sup> Cette ambiguïté me semble être de même nature que celle relevée par C. Baudelot et M. Gollac à propos de l'une des questions de leur enquête : « vous arrive-t-il d'éprouver dans votre travail l'impression que ce que vous faites, n'importe qui pourrait le faire ? ». Dans l'esprit des auteurs, répondre « oui » devait exprimer le sentiment d'effectuer un travail dévalorisé et dans lequel on est interchangeable. A l'inverse, la réponse négative devait connoter le sentiment d'un minimum de reconnaissance et de valorisation dans le travail. Or, deux femmes de ménage ont répondu l'une par oui et l'autre par non dans un sens totalement opposé au sens attendu : la réponse affirmative était à comprendre comme : « oui, c'est un travail normal, je suis comme une autre ! » (connotation positive : le travail effectué est aussi honorable qu'un autre...) ; et la réponse négative signifiait : « non, je fais un travail tellement éprouvant que tout le monde ne pourrait pas le faire » (connotation négative d'un travail pénible, et commentaire des auteurs : « être irremplaçable signifiait pour elle qu'elle était la seule personne à être descendue assez bas pour accepter ce travail »). Cf. : BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit., p. 83. Cet exemple plaide pour une certaine prudence lorsqu'il s'agit d'analyser comment les répondants ont interprété certaines questions dont la formulation peut être polysémique. On se gardera donc, par exemple, de voir dans le sentiment de pouvoir prétendre à un meilleur emploi l'expression d'un « sentiment d'injustice » - même si cette interprétation est sans doute vraie pour une partie des répondants.

<sup>2</sup> En marge de sa réponse positive à la question portant sur le sentiment d'être assez compétent, une répondante a indiqué : « *oui, surcompétente* ». Titulaire d'un Bac professionnel en gestion, cette femme de 30 ans est secrétaire comptable, en CDI à mi-temps. Ses conditions de travail sont « moyennes ». Elle déclare que son travail est reconnu par son entourage familial, mais répond négativement pour l'entourage professionnel. Elle estime que son travail lui permet d'avoir une vie personnelle et familiale satisfaisante. Elle vit en couple avec 3 enfants et le revenu mensuel pour le ménage est compris entre 8000 F et 12 000 F. Sa réponse concernant ses compétences est cohérente avec les autres : elle estime qu'elle pourrait prétendre à un meilleur emploi, pense pouvoir retrouver un emploi de niveau égal ou supérieur si elle perdait son emploi actuel, et un licenciement serait pour elle une occasion de changer.

<sup>3</sup> Se reporter au paragraphe 1a) pour l'explication des variables « *adéquation de niveau* » et « *adéquation de métier* ».



19% à être surqualifiés. Les situations de surqualification expliquent donc une partie du décalage observé<sup>1</sup>. On peut dans cette optique comprendre « meilleur emploi » comme : « emploi correspondant mieux au niveau de qualification ».

Mais la perception d'une cohérence ou d'une divergence entre les compétences personnelles et l'emploi occupé peut également faire intervenir la nature du travail : indépendamment du niveau de qualification, exerce-t-on dans la branche d'activité correspondant à sa qualification et à son expérience ? Ce n'est plus le déclassement qui est interrogé ici, mais une forme de mobilité/précarité professionnelle en partie subie qui amène à exercer un métier pour lequel on n'est pas formé. Il faut alors s'intéresser à la variable « *adéquation de métier* ». Et là encore, l'hypothèse est confirmée puisque ceux qui pensent qu'ils pourraient prétendre à un meilleur emploi sont 41% à exercer actuellement un emploi dans une branche autre que celle qui correspond à leur qualification, tandis que cette proportion n'est que de 27% parmi ceux qui n'éprouvent pas le sentiment de pouvoir prétendre à un meilleur emploi.

L'absence d'adéquation de niveau et de métier permet donc de comprendre au moins partiellement le décalage très majoritairement perçu (71%) entre l'emploi occupé et les compétences personnelles<sup>2</sup>. Pour aller plus loin, des croisements avec d'autres variables ont été effectués. Je citerai ci-dessous les principaux résultats (par commodité je parlerai des « satisfaits » pour désigner les salariés qui ont déclaré ne pas pouvoir prétendre à un meilleur emploi, et des « non-satisfaits » pour désigner ceux qui ont répondu que leurs compétences leur permettraient de prétendre à un meilleur emploi – tout en gardant à l'esprit que cette « satisfaction » ne résume pas l'ensemble du rapport au travail et à l'emploi) :

- est-on moins satisfait lorsqu'on estime que le travail ne permet pas d'avoir une *vie personnelle satisfaisante* ? Oui : parmi les non-satisfaits, 22%\* n'ont pas le sentiment que leur travail leur permet d'avoir une vie personnelle

---

<sup>1</sup> En ce qui concerne le sentiment d'être assez compétent pour l'emploi actuel, le croisement avec les variables d'adéquation n'est pas pertinent étant donné que seulement 5 salariés sur 200 n'ont pas le sentiment d'être assez compétents.

<sup>2</sup> On peut souligner que les termes employés dans la formulation des deux questions - « compétent », « vos compétences » - ne sont pas exactement équivalents à la notion de qualification. La notion de « compétence(s) » implique sans doute davantage l'individu dans sa personnalité et ses capacités « humaines » au sens large (cf. chapitre I, §2c). On peut donc supposer qu'il est plus « facile » de se sentir « compétent » que de se déclarer « qualifié », la qualification reposant davantage sur des critères objectifs et validés collectivement.

- satisfaisante (ils ne sont que 7% parmi ceux qui sont satisfaits de leur emploi actuel) ;
- l'absence de *reconnaissance du travail* accompli est-elle associée à l'absence de satisfaction dans l'emploi actuel ? La réponse est positive en ce qui concerne la reconnaissance par l'entourage professionnel : les non-satisfaits sont 28% à ne pas éprouver cette reconnaissance, tandis qu'ils ne sont que 19% parmi les satisfaits. En revanche, la reconnaissance du travail par l'entourage familial n'est pas discriminante ;
  - on pourrait supposer que le *revenu* intervient dans le sentiment de pouvoir prétendre ou non à un meilleur emploi, mais le questionnaire n'ayant recueilli que le revenu pour le ménage, il est impossible de tester l'hypothèse selon laquelle la non-satisfaction serait liée à un revenu faible ou au sentiment d'être « mal payé ». On peut cependant signaler un résultat qui semble aller dans ce sens : les salariés satisfaits sont plus nombreux que les autres à choisir les propositions « on est à l'aise » ou « ça va » pour qualifier la situation financière de leur ménage ;
  - on pourrait penser que ceux qui estiment pouvoir prétendre à un meilleur emploi sont préférentiellement des salariés qui font l'expérience de *conditions de travail* dégradées. Or, ce n'est pas ce qui est observé : au contraire, les mauvaises conditions de travail sont un peu plus souvent déclarées par les salariés satisfaits (35%, pour 30% des non-satisfaits). L'explication passe sans doute ici par la médiation du niveau de qualification : les salariés les moins qualifiés sont à la fois plus nombreux à connaître de mauvaises conditions de travail<sup>1</sup>, et plus nombreux à penser que leurs compétences ne leur permettraient pas de prétendre à un meilleur emploi<sup>2</sup>. Ce résultat confirme que les réponses à la question sur un éventuel « meilleur emploi » ne sont pas équivalentes au jugement porté sur l'emploi actuel. Si l'on ajoute à cela le fait que parmi les salariés qui estiment qu'ils ont déjà le « meilleur emploi possible » sont sur-représentés les salariés les plus âgés (45 ans et plus<sup>3</sup>), on peut créditer l'hypothèse évoquée

---

<sup>1</sup> Les salariés ayant un niveau scolaire inférieur à la classe de 3<sup>e</sup> sont 35% à travailler dans de mauvaises conditions ; ceux qui ont le Bac ne sont que 30%, et ceux qui ont un diplôme supérieur au Bac seulement 24%.

<sup>2</sup> Les salariés ayant un niveau scolaire inférieur à la classe de 3<sup>e</sup> sont 37% à penser qu'ils ne pourraient pas prétendre à un meilleur emploi ; ceux qui ont le Bac ne sont que 22%.

<sup>3</sup> Les salariés de 45 ans et plus représentent 36%\* des « satisfaits », alors qu'ils ne sont que 22% parmi les « non-satisfaits ».

précédemment d'une intériorisation par les salariés eux-mêmes de leurs « chances » objectives sur le marché de l'emploi qui, on le sait, est particulièrement peu favorable aux salariés vieillissants. Il semble donc qu'une perception négative de sa « valeur » sur le marché du travail soit effectivement explicative d'une partie des réponses négatives à la question sur un meilleur emploi éventuel.

Quant aux 5 salariés qui estiment n'être pas suffisamment compétents pour l'emploi qu'ils occupent actuellement, il s'agit des personnes suivantes :

- une femme de 19 ans, titulaire d'un CAP de vente, travaillant en CDD à temps partiel comme serveuse (indice de conditions de travail : « mauvaises »),
- un homme de 25 ans titulaire d'un Bac professionnel (maintenance), travaillant à temps plein et en intérim comme surveillant de broyeur (conditions de travail « mauvaises »),
- un homme de 28 ans travaillant en intérim comme manœuvre dans le bâtiment, titulaire d'un CAP de peintre au pistolet. Cette personne a commenté sa réponse négative à la question sur le sentiment d'être assez compétent : « *je commence seulement dans le bâtiment* »,
- une femme de 56 ans travaillant comme employée d'un établissement de restauration collective, à temps plein et en CDI, titulaire par ailleurs d'un CAP de sténo-dactylo,
- enfin, la dernière personne à estimer n'être pas suffisamment compétente n'est autre que Mlle Loci (25 ans), rencontrée en entretien. Sa réponse s'explique par le fait qu'elle vient de commencer à travailler dans le cabinet d'expert-comptable de son père, emploi pour lequel elle n'a aucune formation.

Le sentiment de compétence dans l'emploi actuel tout comme l'appréciation subjective de sa capacité à exercer un « meilleur emploi » font donc intervenir des éléments de jugement disparates qui empruntent à la fois aux caractéristiques du travail, au statut de l'emploi, à la qualification professionnelle et à la vie hors travail.

## La satisfaction par le travail

### La satisfaction du travail selon le sexe, l'âge, l'emploi et le statut de l'emploi (%)<sup>1</sup>

	Sexe	Age	Emploi	Statut emploi
Vie personnelle satisfaisante	Oui : Femmes 53* Non : Hommes 68*	Non : 25-34 ans 47	Oui : Int. & sup. 18* Non : P. serv. 35 ONQ 24 OQ 18	Non : Préc. 53
Reconnaissance familiale	Oui : Femmes 56* Non : Hommes 67*	n.s.	Non : ONQ 28*	Non : Préc. 51
Ensemble	Hommes 50 Femmes 50	- 25 ans 17 25-34 ans 39 35-44 ans 17 45 ans et + 27	P. service 30 ONQ 21 OQ 13 Employés 21 Int. & sup. 15	CDI 52 Précaire 48

Les résultats concernant la possibilité laissée par le travail d'avoir une *vie personnelle satisfaisante* montrent que les hommes, les 25-34 ans, les personnels de service et les ouvriers ainsi que les salariés en emploi précaire sont plus nombreux parmi les non satisfaits<sup>2</sup>. A l'inverse, les femmes et les professions intermédiaires et supérieures sont sur-représentées parmi les salariés satisfaits.

Si l'on croise cette variable d'évaluation globale de la satisfaction du travail (du point de vue de la vie hors travail) avec les autres dimensions du rapport au travail, on constate que les corrélations les plus fortes ( $khi^2$  les plus élevés) concernent d'abord la reconnaissance du travail par l'entourage familial (ceux qui n'en bénéficient pas sont 40%\* à estimer que leur vie personnelle n'est pas satisfaisante, contre 10% parmi ceux qui ont cette reconnaissance), puis le score de conditions de travail (36%\* des salariés qui travaillent dans de mauvaises conditions ne sont pas satisfaits de leur vie personnelle, pour 2% de ceux ont de bonnes conditions de

<sup>1</sup> Lecture : les femmes représentent 53%\* des salariés qui estiment que leur travail leur permet d'avoir une vie familiale satisfaisante (pour 50% de l'ensemble).

<sup>2</sup> Pour comparaison, et concernant la question sur le versant de la vie familiale, l'enquête « Histoire de vie - Construction des identités » menée par l'INSEE en 2003 a posé une question similaire à 4387 personnes en emploi : « trouvez-vous que votre travail (horaires, lieu, organisation) rend difficile l'organisation de votre vie familiale ? ». 39% répondent affirmativement (ici, 20% estiment que le travail ne permet pas d'avoir une vie familiale satisfaisante). Cette proportion est légèrement plus importante chez les hommes et nettement plus forte lorsque l'emploi est exercé en temps partiel subi, ce que l'on retrouve dans l'enquête INSERM. En revanche, les résultats de l'INSEE indiquent que la proportion de personnes qui trouvent difficile la conciliation travail-vie familiale augmente avec le niveau de l'emploi et avec la présence d'enfant(s) au foyer, ce qui ne se vérifie pas ici : la présence d'enfant(s) est indifférente, et les catégories d'emplois les moins qualifiés présentent les plus forts taux de personnes non satisfaites (10% chez les professions intermédiaires et supérieures, 28% chez les ouvriers non qualifiés). Il faut cependant garder à l'esprit que les deux questions posées ne sont pas identiques. Cf. : GARNER H., MÉDA D., SENIK C., « La difficile conciliation entre vie professionnelle et vie familiale », *Premières synthèses*, n° 50.3, 2004.

travail)<sup>1</sup> ; vient ensuite la reconnaissance professionnelle (les salariés dont le travail n'est pas reconnu sont 35%\* à ne pas avoir une vie personnelle satisfaisante, pour 11% de ceux dont le travail est reconnu) ; puis le jugement porté sur le temps de travail (les personnes exerçant à temps partiel subi sont 37%\* à juger négativement leur vie personnelle, pour 12% et 13% chez ceux qui travaillent à temps complet ou à temps partiel choisi) ; enfin le jugement sur un éventuel « meilleur emploi » (22%\* des répondants qui pensent qu'ils pourraient avoir un meilleur emploi ne sont pas satisfaits de leur vie personnelle, pour 7% de ceux qui estiment avoir déjà le « meilleur emploi possible »).

La reconnaissance du travail par l'entourage familial est plus souvent observée pour les femmes. Ceux dont le travail n'est pas reconnu par les proches sont significativement plus souvent des ouvriers non qualifiés, et des salariés exerçant en contrat précaire. On peut rappeler que ces derniers étaient pourtant plus nombreux parmi ceux dont le travail est reconnu par l'entourage professionnel. Ces deux aspects de la reconnaissance sont en effet de nature différente. La reconnaissance par les collègues et les supérieurs, on l'a vu, fait appel aux jugements de beauté et d'utilité, et porte sur l'accomplissement même du travail. Hors du contexte de travail, c'est sans doute moins l'activité de l'*homo faber* qui est évaluée que l'activité professionnelle comme statut social, qui met en jeu l'image sociale d'un « bon travail ». A ce titre, on sait que les emplois précaires ne bénéficient pas d'une image positive : ce ne sont pas des « vrais emplois ». Ainsi, si bien que l'on fasse son travail, il est moins reconnu (hors du milieu de travail) lorsqu'il est effectué en contrat précaire.

Enfin, je mentionnerai rapidement les caractéristiques des sous-groupes définis selon le temps de travail et la satisfaction du temps de travail :

- les répondants qui exercent à temps complet et qui en sont satisfaits sont pour les deux-tiers des hommes, pour un tiers âgés de 45 ans ou davantage, et la moitié sont ouvriers (qualifiés ou non),

---

<sup>1</sup> La non-convenance des horaires de travail est évidemment particulièrement en cause ici : 39%\* des salariés travaillant avec des horaires qui ne leur conviennent pas estiment que le travail ne leur permet pas d'avoir une vie personnelle satisfaisante, tandis que ceux à qui les horaires conviennent sont 86%\* à être satisfaits de leur vie personnelle.

- les personnes qui sont satisfaites avec un temps partiel sont des femmes à 79%\*, un quart sont âgées de moins de 25 ans, et leur répartition selon le type d'emploi sur-représente les deux catégories opposées : 44%\* de personnels de service et 28%\* de professions intermédiaires et supérieures<sup>1</sup>,

- les salariés confrontés au temps partiel subi sont, comme cela a été dit, essentiellement des femmes jeunes, exerçant significativement plus souvent comme personnels de service, et en emploi précaire dans 63%\* des cas,

- enfin, les 8 personnes qui travaillent à temps plein et souhaiteraient travailler moins se répartissent à égalité selon le sexe, et 6 d'entre elles occupent un emploi non durable.

#### ***d) Rapport projectif à l'emploi***

Un dernier aspect des expériences du travail et de l'emploi reste à étudier. Il s'agit des jugements exprimés par les salariés à l'égard de deux situations hypothétiques : le licenciement de l'emploi actuel et la recherche d'un autre emploi.

#### **« Si vous étiez licencié... »**

Les salariés ont été sollicités pour répondre à la question suivante : « si vous étiez licencié de votre emploi actuel, serait-ce pour vous : 1. un échec personnel, 2. une fatalité, 3. une occasion de changer, 4. une combinaison de ces trois réponses ou une autre réponse ».

45% des 191 réponses exprimées désignent la proposition la plus optimiste : une occasion de changer. Viennent ensuite l'échec personnel (29%) puis la fatalité (17%)<sup>2</sup>. Seuls 9% des salariés ont proposé une combinaison de réponses (3 personnes) ou une autre réponse (14 personnes). Parmi les réponses librement

---

<sup>1</sup> Être satisfait de travailler à temps partiel n'implique pas que l'on soit satisfait dans le travail lui-même. L'entretien avec Mme Lavaur (infirmière psychiatrique) montre même la combinaison opposée : c'est parce que le travail n'est pas satisfaisant que le temps partiel est jugé suffisant : « *je travaille à temps partiel, c'est un choix personnel, ça fait partie de mon hygiène de vie aussi, parce que je ne veux pas travailler à plein temps à la clinique, je deviendrais folle ! Pour les conditions de travail, et parce que c'est tellement mal payé... Si c'était bien payé, j'irais peut-être à temps plein, mais c'est tellement mal payé que, pour ce que je gagne, mince alors, je préfère encore avoir du temps pour mes enfants !* ». De la même façon, M. Arène (surveillant dans un lycée) estime qu'un quart de temps est « *largement suffisant* » pour ce travail qu'il considère comme un « *sale boulot* ».

<sup>2</sup> « *J'ai tellement l'habitude maintenant !* », commente l'un des répondants.

formulées, on peut citer : « *une catastrophe* », « *une injustice* », « *des problèmes financiers* », et deux réponses évoquant une retraite ou préretraite.

### Perception d'un éventuel licenciement (%)<sup>1</sup>

	Sexe	Age	Emploi	Statut emploi
Une fatalité	Hommes 63	45 ans et + 50*	ONQ 34* OQ 25*	n.s.
Une occasion de changer	n.s.	- 25 ans 28* 25-34 ans 46	Int. & sup. 20	n.s.
Un échec personnel	n.s.	n.s.	P. serv. 39*	Préc. 52
Ensemble	Hommes 50 Femmes 50	- 25 ans 17 25-34 ans 39 35-44 ans 17 45 ans et + 27	P. service 30 ONQ 21 OQ 13 Employés 21 Int. & sup. 15	CDI 52 Précaire 48

Vivre comme une « fatalité » un licenciement éventuel est davantage le fait des hommes (63%) et des ouvriers (qualifiés et non qualifiés : au total 59%\*). On retrouve dans cette modalité les salariés de 45 ans et plus (50%\*). La proposition la plus optimiste, une « occasion de changer », est quant à elle choisie à 20% par les professions intermédiaires et supérieures, et les classes d'âges les plus jeunes y sont fortement présentes (28%\* de moins de 25 ans, 46% de 25-34 ans). Quant à la modalité « échec personnel », elle ne fait apparaître de différences notables qu'au regard de la catégorie d'emploi (les personnels de service sont plus présents) et du statut de l'emploi (les salariés en contrat non durables sont légèrement sur-représentés dans cette modalité).

### Possibilité perçue de retrouver un emploi

Une autre question hypothétique porte sur la possibilité de *retrouver un emploi* en cas de perte de l'emploi actuel : « si vous perdiez votre emploi, pensez-vous pouvoir en retrouver un autre : 1. oui, de niveau égal ou supérieur, 2. oui, de niveau inférieur, 3. non ». Les 187 salariés qui ont répondu se montrent optimistes pour les trois-quarts d'entre eux : 75% ont choisi la première proposition. 14% ont préféré la deuxième, et 11% pensent qu'ils ne retrouveraient pas d'emploi.

<sup>1</sup> Lecture : les salariés qui percevraient leur licenciement comme une « fatalité » sont des hommes à 63% (pour 50% d'hommes dans l'ensemble).

**Possibilité perçue de retrouver un emploi (%)<sup>1</sup>**

	Sexe	Age	Emploi	Statut emploi
Oui, niv. égal ou sup.	Femmes 53	25-34 ans 45* - 25 ans 23*	Employés 25	Préc. 55*
Oui, niv. inférieur	Hommes 69*	45 ans et + 50*	ONQ 31 Int. & sup. 19	CDI 69*
Non	Femmes 55	45 ans et + 70* 35-44 ans 20	P. serv. 40 OQ 25	CDI 80*
<i>Ensemble</i>	<i>Hommes 50 Femmes 50</i>	<i>- 25 ans 17 25-34 ans 39 35-44 ans 17 45 ans et + 27</i>	<i>P. service 30 ONQ 21 OQ 13 Employés 21 Int. &amp; sup. 15</i>	<i>CDI 52 Précaire 48</i>

Les salariés les plus optimistes face à l'éventualité de retrouver un emploi sont préférentiellement les femmes, les salariés les plus jeunes (au total plus de deux-tiers de moins de 35 ans) et les employés<sup>2</sup>. Ceux qui pensent qu'ils ne retrouveraient qu'un emploi de niveau inférieur sont surtout des hommes, exerçant comme ouvriers non qualifiés ou professions intermédiaires et supérieures, et âgés de 45 ans et plus. Cette tranche d'âge est également très présente parmi les plus pessimistes (70%\*), où se détachent également les 35-44 ans ainsi que les personnels de service et les ouvriers qualifiés.

Le croisement avec le statut de l'emploi fait apparaître un résultat intéressant : les salariés les plus optimistes sont précisément ceux qui exercent en contrat précaire. D'autres croisements indiquent que ce sont également ceux qui ont connu des formes de précarité dans le passé : parmi ceux qui pensent pouvoir retrouver un emploi de niveau au moins équivalent, 37%\* ont déjà travaillé en intérim, 50% ont connu une période de chômage difficile, et 45% ont eu au moins 2 contrats de travail au cours des deux dernières années. On peut ici faire l'hypothèse d'une sorte de familiarisation à la précarité professionnelle qui, paradoxalement, permet aux salariés d'avoir une certaine confiance en l'avenir (tout en n'oubliant pas la part possible de choix dans ces parcours de mobilité professionnelle).

<sup>1</sup> Lecture : les femmes représentent 53% des salariés qui pensent qu'ils retrouveraient un emploi de niveau égal ou supérieur (pour 50% de l'ensemble).

<sup>2</sup> On peut ajouter que là encore, la perception émiqve converge avec la réalité objectivée de l'employabilité statistique, puisque la part de salariés optimistes augmente avec le degré de qualification.



Comment le « sentiment de précarité » (risque de perte de l'emploi à court ou moyen terme) s'associe-t-il avec l'évaluation de la probabilité de retrouver un emploi ? Peut-on voir apparaître un optimisme ou un pessimisme communs à ces deux versants du rapport à l'emploi ? La réponse est contrastée.

- D'une part, les salariés qui pensent qu'ils ne retrouveraient pas d'emploi sont plus nombreux que dans l'ensemble (72% pour 66%) à ne pas percevoir de risque pour leur emploi actuel. Pessimisme d'un côté, optimisme de l'autre. On peut comprendre ce résultat au vu de la proportion importante de salariés en CDI parmi les répondants qui ne pensent pas retrouver un emploi : 80%\* ;

- mais d'autre part, alors que la probabilité de retrouver un emploi de niveau au moins égal est significativement associée aux salariés en contrat précaire, c'est l'absence de risque pour l'emploi actuel qui est sur-représentée dans cette modalité optimiste (70%\*). Pour ces deux modalités positives, on peut donc parler d'un optimisme commun.

### *e) Une classification des expériences du travail et de l'emploi*

Afin de disposer d'une synthèse permettant de saisir la répartition des salariés au regard des différentes composantes du rapport au travail et à l'emploi, une classification<sup>1</sup> a été effectuée à partir des 7 variables les plus significatives :

- le statut de l'emploi et le sentiment de pouvoir perdre son emploi (précarité et insécurité actuelles),
- l'expérience de période(s) de chômage difficile (précarité de parcours),
- le score de conditions de travail,
- la reconnaissance du travail par l'entourage professionnel, le sentiment de pouvoir prétendre à un meilleur emploi, et le sentiment que le travail permet d'avoir une vie personnelle satisfaisante (satisfaction dans et par le travail).

La description des 4 classes obtenues ainsi que le croisement avec le sexe, l'âge, l'emploi et quelques autres variables descriptives sont présentés dans le tableau suivant :

---

<sup>1</sup> Cf. : note sur la méthodologie statistique en début de chapitre.

**Classes d'expérience du travail et de l'emploi (%)<sup>1</sup>**

Variables	Classe 1 Absence de précarisation (l. assurée)	Classe 2 Précarisation de conditions de travail (l. laborieuse)	Classe 3 Précarisation de l'emploi (l. incertaine)	Classe 4 Précarisation mixte
	n=48	n=49	n=69	n=34
Statut de l'emploi	CDI 92	CDI 80	précaire 80	précaire 79
Pouvoir perdre emploi	non 93	non 72	oui 66	non 74
Chômage difficile passé	non 85	non 65	oui 91	non 79
Conditions de travail	bonnes 75	mauvaises 71	bonnes 59	moyennes 82
Meilleur emploi	non 69	oui 84	oui 78	oui 94
Vie personnelle satisf.	oui 100	non 49	oui 89	oui 91
Reconnaissance prof.	oui 96	non 67	oui 86	oui 85
Sexe	Hommes 54	n.s.	Femmes 59*	Hommes 65*
Âge	45 ans et + 44*	45 ans et + 37*	25-34 ans 52*	- 25 ans 38*
Emploi	OQ 19 Employés 29	P. serv. 35 Employés 29	P. serv. 36 Int. & sup. 20	ONQ 35* OQ 18
Temps de travail et convenance	Complet & satisf. 70	Complet & non satisf. 10*	Partiel subi 25* Partiel choisi 25	Complet & satisf. 71
Reconnaissance fam.	oui 91*	non 43*	oui 78	oui 83
Vie familiale satisf.	oui 98	non 43*	oui 85	oui 79
Situation financière <sup>2</sup>	Positive 56*	Négative 33	Négative 42*	Juste 41
Mode de cohabitation	Cple + 1 ou 2 enf. 40*	Cple ss enf. 27 Seul + enf. 14	n.s.	"Autre" 36*
Diplôme <sup>3</sup>	< Bac 56	> Bac 22	Aucun 17	< Bac 52 Bac 24
Adéquation de niveau	oui 80*	n.s.	n.s.	non 47*
Adéquation de métier	oui 78*	non 40	oui 70	non 68*
Soutien social/Sociabilité				
- Se confier	oui 92*	non 25	n.s.	n.s.
- Services	oui 94*	non 22*	n.s.	n.s.
- Argent	oui 70	non 46	n.s.	oui 70
- Assos, clubs...	oui 44	n.s.	n.s.	non 71

<sup>1</sup> Dispersion expliquée : 53%. Dispersion intra-classes : cl. 1 = 18, cl. 2 = 15, cl. 3 = 25, cl. 4 = 30 (plus la dispersion intra-classe est élevée, plus la classe est hétérogène). Lecture : la partie supérieure du tableau décrit les classes en fonction des variables constitutives (ex. : 92% des salariés de la classe 1 occupent un CDI). Par définition les corrélations sont donc toutes significatives. Le bas du tableau présente les classes au regard de quelques variables descriptives (ex. : 54% des salariés de la classe 1 sont des hommes).

<sup>2</sup> La modalité « positive » regroupe les deux modalités « on est à l'aise » et « ça va » ; la modalité « négative » regroupe les deux modalités « on y arrive mais difficilement » et « on ne peut y arriver qu'en faisant des dettes ».

<sup>3</sup> 4 modalités ont été retenues pour le croisement avec le niveau de diplôme : 1. aucun diplôme (13% de l'ensemble), 2. diplôme inférieur au Bac (49% de l'ensemble), 3. Bac (19% de l'ensemble), 4. diplôme supérieur au Bac (19% de l'ensemble).

- La *première classe* (24%) se caractérise par une *absence de précarisation*. En effet, pour chaque variable dominant les modalités connotant un rapport positif au travail et à l'emploi : l'emploi est stable et n'est pas perçu comme menacé, les conditions de travail sont bonnes, le travail est reconnu dans l'entourage professionnel et permet d'avoir une vie personnelle satisfaisante. Les parcours professionnels n'ont pas donné lieu à des périodes de chômage difficile. L'emploi actuel semble être en adéquation avec les attentes (on ne pense pas pouvoir en avoir un meilleur).

- La *deuxième classe* (24,5%) regroupe des salariés en emploi stable (et non perçu comme menacé) et qui n'ont pas connu de chômage difficile. Mais les conditions de travail sont mauvaises, la conciliation entre le travail et la vie personnelle apparaît difficile, la reconnaissance du travail par l'entourage professionnel fait défaut. On a le sentiment que l'on pourrait prétendre à un meilleur emploi.

- La *troisième classe*, qui rassemble un tiers des salariés (34,5%), fait apparaître une *précarité à la fois actuelle et passée*. Les salariés de cette classe sont en effet employés en contrat précaire, ils ont le sentiment de pouvoir perdre leur emploi, et ils ont connu au moins une période de chômage difficile dans le passé. En revanche, leurs conditions de travail sont bonnes, la vie personnelle est jugée satisfaisante et le travail est reconnu par l'entourage professionnel. Ils ont cependant le sentiment que leurs compétences seraient suffisantes pour exercer un meilleur emploi.

- Enfin, la *dernière classe*, numériquement la moins importante (17% de l'ensemble), a été nommée « *précarisation mixte* ». En effet, elle est caractérisée par la précarité de l'emploi actuel - à laquelle ne s'associe pas le sentiment de pouvoir perdre l'emploi à court ou moyen terme - et par des conditions de travail moyennes. Les salariés de cette classe n'ont pas connu de chômage difficile dans le passé. Ils estiment que leur travail est reconnu par leur entourage professionnel et qu'il leur permet d'avoir une vie personnelle satisfaisante. C'est dans cette classe que la proportion de salariés pensant que leurs compétences leur permettraient de prétendre à un meilleur emploi est la plus importante.

Bien sûr, ces classes sont des regroupements statistiquement construits, et sont plus hétérogènes que ne le laisse paraître la description qui vient d'en être faite. Cependant, on y retrouve les grandes caractéristiques des types d'intégration professionnelle définis par S. Paugam, dont la pertinence et l'intérêt heuristique ont

été soulignés. En effet, on constate que la première classe s'apparente au type de l'intégration assurée (emploi stable et rapport positif au travail), la deuxième se rapproche de l'intégration laborieuse (emploi stable mais rapport au travail dégradé), et la troisième recoupe l'intégration incertaine (emploi non stable mais rapport au travail positif). Le rapprochement est en revanche nettement moins convaincant pour la quatrième classe, qui pourrait à première vue évoquer l'intégration disqualifiante par le cumul de précarité de l'emploi et de conditions de travail seulement moyennes, mais on y trouve un rapport au travail globalement satisfaisant, ce qui la distingue radicalement du type de l'intégration disqualifiante.

Reprenons et approfondissons la description de ces classes, en les caractérisant au regard d'autres variables liées à la sphère du travail et aux conditions de vie.

### **Satisfactions et sécurité dans l'intégration assurée**

Cette classe qui allie sécurité de l'emploi et rapport positif au travail est en légère majorité masculine. Les ouvriers qualifiés et les employés y sont sur-représentés, et l'on peut ajouter que les deux catégories d'emploi les moins qualifiées (personnels de service et ouvriers non qualifiés) sont nettement sous-représentées.

La classe de l'intégration assurée est la plus âgée : outre 44%\* de salariés âgés de 45 ans ou davantage, on y trouve 19% de salariés de 35 à 44 ans, tandis que les deux classes les plus jeunes sont sous-représentées.

Quant elles ne sont pas bonnes, les conditions de travail sont simplement moyennes pour 17% des salariés de cette classe, qui ne sont donc que 8% à avoir un score global indiquant de mauvaises conditions de travail.

On remarque la très forte corrélation avec le jugement positif porté sur la vie personnelle : la totalité des 48 salariés de cette classe estiment que leur travail leur permet d'avoir une vie personnelle satisfaisante (la question similaire concernant la vie familiale donne un taux de 98% de salariés satisfaits).

56% des salariés de cette classe ont un diplôme de niveau inférieur au Bac (BEPC, CAP, BEP). Les taux d'adéquation de niveau et de métier sont élevés et significatifs, et cette classe est la seule où les salariés, pour plus des deux-tiers d'entre eux, ne pensent pas que leurs compétences pourraient leur permettre de prétendre à un meilleur emploi (d'ailleurs, 21%\* des salariés de cette classe pensent qu'ils ne retrouveraient pas d'emploi s'ils perdaient leur emploi actuel).

D'autres variables vont dans le sens d'une grande satisfaction du/au travail : travailler à temps complet est jugé satisfaisant dans 70% des cas (auxquels s'ajoutent 21% de temps partiel choisi) ; la reconnaissance du travail par l'entourage professionnel se décline également dans l'entourage familial (91%\*) ; et la situation financière du ménage est décrite à 56%\* par les propositions les plus positives.

Le croisement avec le mode de cohabitation indique que la majorité des salariés de cette intégration assurée vivent en couple avec un ou deux enfants dans 40%\* des cas. Enfin, les salariés de cette classe bénéficient largement des différentes formes de soutien social, et c'est également la seule classe où les activités sociales (syndicales, sportives, etc.) sont sur-représentées.

A titre d'exemple, le questionnaire n° 195 répond à l'ensemble des caractéristiques de la classe. Il s'agit d'un homme de 48 ans, titulaire d'un CAP de métallier et d'une formation en électromécanique. Il est électromécanicien en CDI, à temps complet. Il n'a pas connu de période de chômage particulièrement difficile, mais son parcours professionnel n'a pas été continu, puisqu'il a déjà occupé un CDI et a travaillé en intérim (pendant 2 ans) dans le passé. Ses conditions de travail actuelles sont bonnes (score de 1 : pas de possibilité de discuter les horaires). Il ne pense pas que ses compétences lui permettraient de prétendre à un meilleur emploi. Son travail est reconnu dans son entourage professionnel comme dans son entourage familial, et lui permet d'avoir une vie personnelle et familiale satisfaisante. Il n'a pas le sentiment de pouvoir perdre son emploi à court ou moyen terme. Il vit en couple avec un enfant. Son épouse exerce également une activité professionnelle. Le revenu mensuel pour le ménage est supérieur à 12 000 F. Ils habitent depuis 12 ans une maison individuelle dont ils sont propriétaires. Le médecin du travail a estimé que cette personne ne relevait pas d'une situation précarisée, avec l'argument suivant : « *bien qu'ayant connu un licenciement à 45 ans, il a pu se réinsérer relativement rapidement dans le travail* ».

### **L'expérience « laborieuse » du travail**

Cette classe qui se rapproche du type de l'intégration laborieuse se compose principalement de deux catégories d'emploi : les personnels de service et les employés, qui au total forment près des deux-tiers de l'effectif. On peut préciser que les employés qui appartiennent à cette classe sont surtout ceux qui connaissent de mauvaises conditions de travail, c'est-à-dire une fraction minoritaire de cette catégorie d'emploi (21%) qui dans son ensemble est plutôt associée aux bonnes et aux moyennes conditions de travail<sup>1</sup>.

Les hommes autant que les femmes sont susceptibles d'appartenir à cette classe.

---

<sup>1</sup> La moitié des 14 employés de la classe 2 ont un score indiquant de mauvaises conditions de travail.

Comme la classe proche de l'intégration assurée, mais dans une moindre mesure, cette classe rassemble des salariés relativement âgés : la sur-représentation des salariés de 45 ans et plus se double d'une sous-représentation des plus jeunes (seulement 10% de salariés de moins de 25 ans).

A côté des 71% de salariés dont les conditions de travail sont mauvaises, on trouve 20% de conditions de travail moyennes (et donc seulement 8% de bonnes conditions de travail). On peut également souligner que si 72% des salariés de cette classe n'éprouvent pas le sentiment de pouvoir perdre leur emploi, cela signifie en regard qu'ils sont 28% à l'éprouver. De la même façon, si l'absence d'expérience difficile du chômage caractérise globalement cette classe, on note tout de même que 35% des salariés qui la composent ont connu une expérience de cette nature.

La classe 2 présente une proportion de 49% de salariés à qui le travail ne permet pas d'avoir une vie personnelle satisfaisante (c'est bien sûr la corrélation statistique qui justifie de faire apparaître cette modalité comme descriptive de la classe, bien qu'elle soit légèrement minoritaire puisque les 51% restants sont satisfaits<sup>1</sup>). La question posée sur le versant de la vie familiale confirme cette tendance, puisqu'on observe une corrélation significative avec la réponse négative (qui là encore est minoritaire : 43%\*). De la même façon, l'absence de reconnaissance du travail par l'entourage professionnel se vérifie dans l'entourage familial : 43%\* des salariés en intégration laborieuse n'éprouvent pas cette reconnaissance.

Compte tenu de ce rapport dégradé au travail, on n'est pas étonné de constater la présence dans cette classe de 5\* des 8 personnes qui travaillent à temps complet et souhaitant travailler moins. 84% des salariés pensent qu'ils pourraient prétendre à un meilleur emploi, ce qui se comprend au regard de la proportion importante de répondants qui ont un diplôme supérieur au Bac (22%).

Les salariés de la classe 2 sont à la fois les plus nombreux à vivre en couple (sans enfant : 27%, avec enfant(s) : 33%), et les plus nombreux à vivre seuls avec un ou des enfant(s) (14%, en quasi-totalité des femmes).

---

<sup>1</sup> Dans l'ensemble de l'échantillon, les salariés qui estiment que le travail ne leur permet pas d'avoir une vie personnelle satisfaisante ne sont que 27%. Ils sont pour près des trois-quarts d'entre eux concentrés dans la classe 2.

Cette classe est également marquée par un soutien social faible, et le croisement avec la question sollicitant une appréciation de la situation financière du ménage montre qu'un tiers des salariés la jugent difficile<sup>1</sup>.

Le questionnaire n° 68 constitue un bon exemple des salariés de cette classe. Après un apprentissage en boulangerie, cet homme de 50 ans est devenu brigadier-chef dans la police municipale. Il est actuellement gardien de cimetière, en CDI (fonctionnaire territorial), à temps plein. Il n'a pas connu de chômage difficile et n'a pas le sentiment de pouvoir perdre son emploi. Mais ses conditions de travail sont très dégradées : il déclare devoir travailler selon un rythme imposé, devoir suivre des consignes superflues, être surveillé dans son travail, ne pas disposer de suffisamment d'initiative, et ressent son travail comme répétitif et monotone. Il doit changer de lieux de travail dans une même journée, et cela ne lui convient pas. Ses conditions de travail actuelles lui paraissent plus dures qu'antérieurement. Son travail n'est pas reconnu par son entourage professionnel (avec qui les relations sont « difficiles », qu'il s'agisse des collègues ou des supérieurs), ni par son entourage familial. Il estime que son travail lui permet d'avoir une vie familiale convenable, mais répond négativement pour le versant personnel. Il vit seul dans un appartement de location. Il a un enfant qui ne vit pas avec lui. Son revenu est compris entre 5000 F et 8000 F, et il estime n'y arriver que difficilement. Les commentaires du médecin du travail, qui a estimé que cette personne relevait d'une situation précarisée, permettent d'en savoir davantage : « *très dépressif depuis la mort de sa femme, cet agent est actuellement surendetté, sous curatelle et sur le point de changer de poste de travail. Très isolé socialement, il semble qu'il puisse aujourd'hui s'appuyer sur une amie et reprendre confiance en lui* ».

### **Une intégration incertaine peut en cacher une autre**

Cette classe où domine la précarisation de l'emploi<sup>2</sup> et du parcours est significativement plus féminine. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 25-34 ans, et les personnels de service ainsi que les professions intermédiaires et supérieures y sont plus présents.

A première vue, cette classe semble être celle des « précaires heureux ». En effet, on y retrouve la dichotomie emploi/travail : si la précarisation est fortement présente à la fois dans l'emploi actuel et dans le parcours de ces 69 salariés<sup>3</sup>, ils sont par ailleurs globalement satisfaits de leur vie personnelle, éprouvent de la reconnaissance de la part de leur entourage de travail, et connaissent de bonnes

---

<sup>1</sup> Je rappelle que la situation financière (évaluée selon le revenu ou selon l'appréciation choisie par les répondants) ne renseigne qu'à l'échelle du ménage. On ne peut donc pas affirmer que les situations financières qui apparaissent comme difficiles sont directement liées à la faiblesse du salaire pour le répondant (même si les deux aspects se recouvrent probablement en partie).

<sup>2</sup> En particulier à travers les contrats aidés qui constituent un quart des emplois précaires de cette classe.

<sup>3</sup> On peut ajouter qu'en plus d'une forte proportion de salariés ayant connu le chômage, 47%\* ont déjà travaillé en intérim.

conditions de travail. Du moins pour 59% d'entre eux : si l'hypothèse d'un rapport au travail à dominante positive dans cette classe est juste, on devrait compter parmi les 41% restants une majorité de conditions de travail moyennes, et peu de conditions de travail mauvaises. Or, ce n'est pas ce qui est observé : 26% des salariés en intégration incertaine connaissent des conditions de travail mauvaises, et seulement 13% se situent dans la modalité médiane. Il faut donc garder à l'esprit cette divergence interne, qui est à l'image de l'emploi précaire lui-même : pluriel et hétérogène.

L'hypothèse de la satisfaction globale est-elle confirmée par d'autres variables ? C'est le cas pour la reconnaissance du travail par l'entourage familial, qui est observée pour 78% des salariés de cette classe. La vie familiale est-elle jugée aussi satisfaisante que la vie personnelle ? Presque : 85% des répondants de cette classe estiment que leur travail leur permet d'avoir une vie familiale satisfaisante. En revanche, l'appréciation de la situation financière du ménage fait ressortir une forte proportion de salariés de la classe 3 qui déclarent avoir des difficultés financières : 42%\* (c'est dans cette classe que la part de ménages qui ne peuvent « y arriver qu'en faisant des dettes » est la plus importante : 12%\*<sup>1</sup>).

Le travail à temps partiel est sur-représenté dans cette classe, et significativement le temps partiel contraint. Bien que plus nombreux que dans les autres classes à n'avoir aucun diplôme, 78% des salariés de la classe 3 estiment qu'ils pourraient prétendre à un meilleur emploi.

Il faut donc relativiser l'hypothèse des « précaires heureux » : derrière l'apparente homogénéité se cache probablement un sous-groupe de salariés dont le rapport au travail et à l'emploi est moins positif qu'il n'y paraît<sup>2</sup>. La sur-représentation des deux catégories d'emploi opposées suggère une dualité interne à cette classe. Une analyse plus détaillée montre que cette hypothèse est pertinente : les salariés occupant des emplois de personnels de service sont proportionnellement et significativement plus nombreux, au sein de cette classe, à exercer avec un contrat précaire, à éprouver un « sentiment de précarité », à avoir connu le chômage<sup>3</sup>, à

---

<sup>1</sup> Dans cette classe comme dans celle de l'intégration laborieuse, un quart des répondants estiment que la situation matérielle de leur ménage s'est dégradée au cours des deux dernières années.

<sup>2</sup> Ce qu'indique par ailleurs la dispersion relativement élevée de cette classe, comme de celle de l'intégration « mixte ».

<sup>3</sup> La totalité des 25 salariés de la classe 3 exerçant comme personnels de service ont déclaré avoir connu une période de chômage difficile, ce qui n'est le fait que de la moitié des 14 salariés exerçant comme professions intermédiaires et supérieures.



travailler dans des conditions seulement moyennes, à exercer en temps partiel subi, à n'avoir aucun diplôme, à juger difficile leur situation financière, et à penser qu'ils ne retrouveraient pas d'emploi en cas de perte de l'emploi actuel. Finalement, cette classe rassemble autour d'une précarité contractuelle commune des salariés dont le rapport à l'emploi et au travail est par ailleurs différencié. C'est pourquoi je présente deux cas particuliers à titre d'exemple.

Le questionnaire n° 132 illustre le type proche de l'intégration incertaine dans son versant **plutôt négatif**. Il s'agit d'une femme de 23 ans, qui déclare avoir un niveau BEP Vente, et qui vient de commencer dans un emploi d'employée de restauration collective, en CDD, 20 heures par semaine (elle souhaiterait travailler davantage). Elle dit ne pas connaître la durée exacte de son contrat (*« jusqu'au retour de la personne titulaire »*), et pense pouvoir perdre cet emploi à court ou moyen terme. Elle souhaite que ce contrat soit renouvelé et pense qu'il le sera, mais espère par ailleurs trouver un emploi en CDI. Elle a connu au moins une période de chômage difficile dans le passé, et a eu 4 contrats de travail différents dans les deux dernières années. Elle n'a jamais exercé en CDI, mais a fait l'expérience du travail en intérim et cette forme d'emploi ne lui a pas convenu. Ses conditions de travail sont mauvaises (score égal à 3), et elle a le sentiment que ses compétences lui permettraient de prétendre à un meilleur emploi. Son travail est reconnu par son entourage professionnel, mais ne lui permet pas d'avoir une vie personnelle satisfaisante. Cette femme vit seule dans un appartement HLM. Son revenu est compris entre 2500 F et 5000 F, et elle estime que *« c'est juste »*. Le médecin du travail a jugé que cette personne était en situation précarisée pour les raisons suivantes : *« travail physique assez pénible, peu motivant et pouvant rester longtemps précaire »*.

L'intégration incertaine dans sa **variante plus positive** est bien illustrée par le questionnaire n° 50. Cette femme de 26 ans est titulaire d'un diplôme d'éducatrice scolaire en milieu spécialisé (Bac+2), profession qu'elle exerce actuellement dans le cadre d'un CDD de 8 mois, à temps complet. Elle souhaite que ce contrat soit renouvelé et pense qu'il le sera. Elle a déjà travaillé en CDI et souhaiterait retrouver un emploi de ce type. Elle a également déjà exercé en intérim mais n'a pas été satisfaite de cette expérience. Elle a connu au moins une période de chômage difficile. Ses conditions de travail actuelles sont bonnes, et son travail est reconnu par son entourage professionnel et familial. Elle estime que ses compétences pourraient lui permettre de prétendre à un meilleur emploi, mais précise que son travail actuel est *« très intéressant car très varié »*, et qu'il lui a permis de *« préciser son objectif professionnel »*. Cette personne vit en couple (son conjoint travaille aussi), dans un appartement de location. Le revenu mensuel pour le ménage est compris entre 5000 F et 8000 F et l'on estime que *« ça va »*. L'intégration incertaine est ici vécue comme une façon d'acquérir une expérience professionnelle, dans un rapport au travail très positif. C'est ce que confirme le commentaire du médecin du travail, qui n'a d'ailleurs pas jugé que cette personne relevait d'une situation précarisée : *« cet emploi même en CDD est une étape dans la carrière professionnelle de cette jeune fille, et elle-même le vit comme une expérience très enrichissante. Très motivée pour poursuivre ce type d'activité »*.

### **Les jeunes ouvriers de l'intégration « mixte »**

La classe 4, particulièrement masculine et jeune, se compose pour plus de la moitié de salariés occupant des emplois d'ouvriers (53%, dont 35%\* d'ouvriers non qualifiés).

J'ai dit plus haut que cette classe ne correspond que partiellement au type de l'intégration disqualifiante. Je rappelle que S. Paugam définit celle-ci comme une « crise d'intégration professionnelle », qui « conjugue insatisfaction dans le travail et instabilité de l'emploi. (...) Les salariés qui en font l'expérience éprouvent le sentiment d'appartenir à un groupe au sein duquel leur identité est menacée, soit parce que leur statut est nettement inférieur à celui des autres, soit parce que le groupe lui-même est condamné à disparaître. La souffrance dans le travail n'est pas, dans ce cas, compensée par l'espoir d'une amélioration ». Il précise également que si elle constitue tout de même une forme d'intégration professionnelle, puisque les salariés disposent d'un poste de travail, d'un contrat et d'un salaire, « ces éléments n'offrent en réalité au salarié que le cadre élémentaire de son intégration et le privent en même temps de tout ce qui peut lui donner un sens, à savoir la reconnaissance, la dignité, le moyen d'expression et enfin la stabilité<sup>1</sup> ».

Qu'en est-il pour les salariés de la classe de l'intégration mixte ? Le questionnaire ne permet pas de recueillir des informations sur l'ensemble de ces aspects. La dimension collective notamment, et le sentiment d'appartenance à un groupe menacé, ne sont pas renseignés ici<sup>2</sup>. En revanche, nous connaissons les réponses des salariés de la classe 4 aux questions sur la reconnaissance professionnelle et sur la possibilité laissée par le travail d'avoir une vie personnelle satisfaisante, et nous savons que ces réponses indiquent un jugement très largement positif (les proportions restent très majoritairement positives, bien qu'inférieures, en ce qui concerne la reconnaissance du travail par l'entourage familial, et l'appréciation de satisfaction dans la vie familiale). Les salariés de cette classe n'ont par ailleurs, pour près des trois-quarts d'entre eux, pas le sentiment de pouvoir perdre leur emploi, bien que quatre fois sur cinq cet emploi soit précaire. Ajoutons que 71% de ces

---

<sup>1</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, op. cit., pp. 102-103.

<sup>2</sup> C'est d'ailleurs l'une des principales limites de ce questionnaire : il laisse de côté la dimension collective de l'intégration professionnelle, qu'elle se rapporte à l'entreprise ou plus largement à l'appartenance subjectivement perçue à des groupes de références (métiers, groupes socioprofessionnels...).

répondants travaillent à temps complet et en sont satisfaits, et que 79% n'ont pas connu de période de chômage particulièrement difficile.

Nous sommes donc face à un cas de découplage au moins partiel entre la satisfaction au/du travail et les caractéristiques des conditions de travail : le rapport au travail est positif alors même que les conditions de travail sont partiellement dégradées<sup>1</sup>. Comment comprendre cette apparente divergence ? La répartition par catégorie d'emploi donne un premier indice : les salariés de l'intégration mixte, on l'a vu, occupent des emplois d'ouvriers une fois sur deux. On peut ajouter que cette classe ne comporte que 9% de professions intermédiaires et supérieures. Cette dominante ouvrière explique que les conditions de travail soient seulement « moyennes », et permet de comprendre cette classe mixte non comme une forme « affaiblie » d'intégration disqualifiante, mais plutôt comme une *variante de l'intégration incertaine*<sup>2</sup>. En effet, la classe 4 et la classe 3 sont similaires sur un certain nombre de points : elles présentent des proportions très proches de salariés en emploi précaire<sup>3</sup> et de répondants estimant que leur travail est reconnu dans leur entourage professionnel et qu'il leur permet d'avoir une vie personnelle satisfaisante. En revanche, elles se différencient sur les autres aspects :

- dans la classe de l'intégration mixte, les conditions de travail sont moyennes (on se souvient que l'intégration incertaine s'associe à la fois avec les bonnes et les mauvaises conditions de travail),

---

<sup>1</sup> La possibilité même de cette dissociation entre conditions de travail et satisfaction au travail est à mon sens quelque peu laissée dans l'ombre par S. Paugam, qui semble associer implicitement les deux aspects. Ainsi lorsqu'il définit l'intégration incertaine par une « instabilité de l'emploi [qui] ne s'accompagne pas d'une insatisfaction dans le travail », il ajoute ensuite qu'il s'agit de situations où les salariés travaillent « dans de bonnes conditions, en ayant de bonnes relations avec leurs collègues et leurs supérieurs » (PAUGAM S., *Le salarié de la précarité, op. cit.*, p. 98). Or, on peut travailler dans de bonnes conditions et s'entendre correctement avec ses collègues et ses supérieurs *tout en n'éprouvant pas de satisfaction dans le travail* - en tout cas pas au sens de la satisfaction d'*homo faber*. A l'inverse, on peut être confronté à des conditions de travail pénibles tout en étant satisfait dans son travail (parce qu'il est intéressant, enrichissant, valorisant, etc.). Parmi les personnes rencontrées en entretien, certaines relèvent de ce type de rapport au travail, que j'ai caractérisé par un sentiment de « frustration » (cf. : chapitre VI, §2b).

<sup>2</sup> Sauf à faire l'hypothèse hasardeuse qu'ils seraient absents de l'échantillon, les répondants qui correspondraient au type de l'intégration disqualifiante sont sans doute répartis dans les trois classes marquées par une forme de précarisation, tout en étant relativement atypiques à l'intérieur de chacune des trois (travaillant dans de mauvaises conditions au sein de l'intégration incertaine, exerçant en contrat précaire au sein de l'intégration laborieuse, et percevant peu de satisfaction dans ou par le travail dans l'intégration mixte).

<sup>3</sup> La précarité est également marquée dans la classe 4 par une forte proportion (48%\*) de salariés qui ont déjà travaillé en intérim (cette proportion n'est que de 38% dans la classe de l'intégration incertaine). Signalons également que les contrats aidés sont quasiment absents de cette classe mixte, où les CDD et l'intérim se répartissent équitablement, tandis que dans la classe 3 les salariés en contrats aidés sont sur-représentés.

- contrairement à la classe de l'intégration incertaine, celle de l'intégration mixte présente un pourcentage important de personnes qui ne perçoivent pas leur emploi actuel comme menacé, et qui n'ont pas fait d'expérience marquante du chômage,

- outre la différence de sexe, les deux classes se distinguent au regard de l'âge. En effet, si toutes deux sont composées de salariés plutôt jeunes (73% de moins de 35 ans dans la classe 4, 68% dans la classe 3), on note que les moins de 25 ans sont plus présents dans la classe mixte (38%\* de moins de 25 ans, pour 16% dans la classe 3) et que les plus âgés y sont encore plus sous-représentés (16% de salariés de 45 ans et plus dans la classe 3, pour 9% dans la classe 4),

- à la différence de la classe proche de l'intégration incertaine, la situation financière du ménage n'est pas jugée difficile dans la classe mixte (modalité « c'est juste » : 41%, modalités « à l'aise » et « ça va » : 35%), et les salariés qui la composent sont près des trois-quarts à estimer qu'ils pourraient se faire prêter de l'argent en cas de problème. En revanche, les salariés qui ne participent à aucune association, club ou syndicat sont plus nombreux ici.

Deux autres indicateurs dessinent de façon marquante le profil de la classe mixte :

- les salariés qui la composent sont 36%\* à connaître le mode de cohabitation nommé « personnes avec autres », c'est-à-dire essentiellement des personnes en colocation ou qui vivent encore chez leurs parents (ce qui est cohérent avec la jeunesse de cette classe<sup>1</sup>),

- d'autre part, c'est dans cette classe que l'on trouve les plus fortes proportions de non-adéquation de métier et de niveau : 68%\* pour la première, et 47%\* pour la seconde. Cela explique sans doute que par ailleurs la quasi-totalité des salariés de cette classe estiment à la fois qu'ils pourraient prétendre à un meilleur emploi (la proportion est moindre dans la classe de l'intégration incertaine), et qu'ils retrouveraient un emploi de niveau au moins équivalent s'ils perdaient leur emploi actuel (97%\*, pour 78% dans la classe de l'intégration incertaine). Ces résultats sont à rapprocher du niveau de qualification : la classe de l'intégration mixte est celle qui présente la plus faible proportion de salariés sans aucun diplôme (6%, pour 17% dans l'intégration incertaine), c'est également, avec la classe de l'intégration

---

<sup>1</sup> Cette caractéristique amène par ailleurs à interpréter différemment l'appréciation portée sur la situation financière du ménage : dans 36% des cas, elle s'applique donc à la situation des parents ou des « hébergeants ».

laborieuse, celle où la proportion de salariés possédant le Bac ou un diplôme supérieur est la plus élevée (42% au total, pour 37% dans l'intégration incertaine). Cet ensemble de caractéristiques suggère qu'une grande partie des salariés de cette classe sont en début de vie professionnelle, débuts difficiles marqués par la précarité et un certain décalage entre l'emploi actuel et la formation, mais sans insatisfaction majeure (sans que l'on puisse, bien sûr, préjuger de la direction que prendra à l'avenir cette intégration encore en germe)<sup>1</sup>. La classe qualifiée de « mixte » apparaît donc finalement comme une variante masculine, plus jeune, à la fois plus qualifiée et plus « ouvrière » de la classe 3.

Le questionnaire n° 159 rassemble les principales caractéristiques des salariés de cette classe. Cet homme de 18 ans vit chez sa mère, avec ses 4 sœurs. Le revenu pour le ménage est compris entre 5000 F et 8000 F, et ce répondant estime que « ça va ». Titulaire d'un Bac professionnel de commerce, il exerce actuellement comme ouvrier (manutention de bobines), en CDD, pour une durée de 4 mois, à temps complet. Il estime qu'il pourrait prétendre à un meilleur emploi. Il n'a pas connu de chômage difficile et n'a jamais travaillé en CDI. En revanche, il a déjà expérimenté l'intérim (qui ne lui a pas convenu). Ses réponses concernant les conditions de travail le classent dans la catégorie « moyennes » (pas de possibilité de discuter les horaires, l'environnement de travail comporte des sources de gênes importantes, le travail est surveillé). Contrairement à la majorité des salariés de la classe 4, cette personne estime que son travail n'est pas reconnu (ni dans l'entourage professionnel ni dans la famille). La vie personnelle est jugée convenable, mais pas la vie familiale. Le médecin du travail argumente son diagnostic de précarité au regard de la nature de l'emploi (CDD) et de son niveau (non qualifié).

Après cette analyse des expériences du travail et de l'emploi des 200 répondants à l'enquête, voyons maintenant comment se présentent les expériences de la santé.

---

<sup>1</sup> On aurait pu penser dans un premier temps que l'intégration mixte correspondait à la situation d'étudiants qui, parallèlement à leur cursus, occuperaient des « petits boulots ». Mais le type d'emplois et de diplômes au sein de l'intégration mixte contredit cette hypothèse (fortes proportions de CAP et BEP, de Bacs professionnels et d'emplois ouvriers, notamment dans le bâtiment).

### 3. Santé : tableau de l'état physique et moral des salariés

---

Comment les salariés interrogés perçoivent-ils leur état de santé ? Quels troubles ou problèmes déclarent-ils éprouver ? Quel rapport subjectif entretiennent-ils avec leur santé ? Peut-on observer des différences remarquables entre les hommes et les femmes, entre les classes d'âge ? Le questionnaire a cherché à saisir les perceptions des salariés autour de *quatre principaux registres* : la santé actuelle auto-évaluée et les troubles ou problèmes ressentis dans une période récente ; l'histoire de santé ; les représentations et jugements vis-à-vis de la santé ; et enfin la dimension transversale de la « souffrance ». Je rappelle qu'il s'agit uniquement de santé *perçue*, les médecins n'ayant pas été sollicités pour renseigner les questionnaires avec des informations d'ordre médical. Comme cela a été fait concernant le rapport au travail et à l'emploi, il s'agit donc d'analyser les points de vue émiques sur les expériences de santé<sup>1</sup>.

15 variables réparties en 4 groupes interrogent les diverses composantes de la santé :

- la *santé actuelle* (7 variables)
- l'*histoire de santé* (3 variables)
- le *rapport à la santé* (4 variables)
- la dimension de la « *souffrance* » (1 variable)

Je présenterai les principaux résultats concernant ces variables et leur croisement avec le sexe et l'âge<sup>2</sup>, avant de proposer une synthèse sous forme de classification des expériences de la santé.

---

<sup>1</sup> Je souligne à nouveau, s'il en était besoin, qu'il n'y a pas lieu d'opposer la santé perçue et la santé médicalement observée, ni de conférer à l'une ou à l'autre un statut épistémologique supérieur. Le choix qui a été fait dans cette approche par questionnaire (et plus généralement dans l'ensemble de cette thèse) est d'interroger des *expériences*, c'est-à-dire des faits « objectifs » en tant qu'ils sont appréhendés par des *sujets* à travers l'ensemble de leurs capacités sensorielles, émotionnelles et cognitives. Je parle ici de « santé perçue » comme j'aurais pu parler précédemment de « travail perçu », l'enjeu étant de comprendre comment ces différentes perceptions s'articulent entre elles.

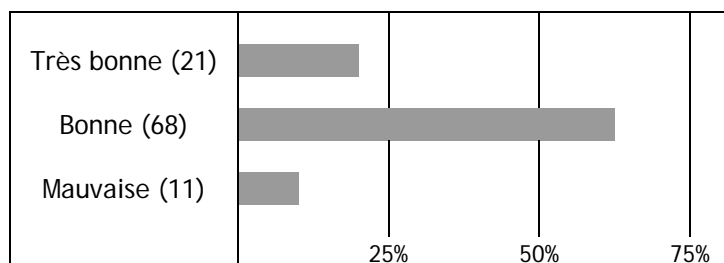
<sup>2</sup> Le croisement avec l'emploi sera étudié dans la section 4.

### a) *La santé actuelle perçue*

Les 7 variables regroupées ici informent sur la perception par les répondants de leur santé actuelle, et sur la présence de pathologies, troubles et problèmes divers dans une période récente.

A la question : « vous sentez-vous actuellement en très bonne santé, bonne santé, mauvaise santé ? », 21% des répondants ont choisi la première proposition, 68% la deuxième, et 11% la troisième.

**Santé actuelle auto-évaluée (%)**



On peut souligner que le questionnaire ne proposant volontairement pas de modalité médiane (santé « moyenne »), la réponse « bonne » doit être entendue moins dans son sens absolu (en l'occurrence positif) que comme seule possibilité lorsque la santé n'est jugée ni « très bonne » ni franchement « mauvaise ».

Dans le registre des troubles ressentis dans la période actuelle ou récente, le tableau ci-dessous présente la proportion de salariés concernés pour chaque item :

**Maladies et troubles de santé actuels ou récents (%)**

Éprouver depuis plusieurs mois un sentiment de fatigue permanent	32
Avoir le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer »	34
Avoir le sentiment de perdre le sommeil	26
Avoir éprouvé au cours des derniers mois des difficultés fortes :	
- sur le plan physique	30
- sur le plan psychologique	43
Avoir des problèmes de santé qui empêchent d'accéder à certains emplois	20

- Entre un quart et un tiers des personnes interrogées ont répondu positivement aux trois questions portant sur la *fatigue*, la *perte de sommeil* et le sentiment de *ne pas pouvoir* « récupérer ».

- Près d'un tiers des répondants (30%) ont déclaré avoir éprouvé de façon forte des *difficultés sur le plan physique* au cours des derniers mois. La même question, mais sur le versant *psychologique*, concerne une plus grande part de l'échantillon : 43%. Ces proportions peuvent être considérées comme remarquablement importantes au vu de la formulation de la question : si les répondants ont bien pris en compte la précision « de façon forte », on se situe ici dans un registre plus « dur » et plus stable que celui des petites gênes ou des petits « coups de blues » passagers.

- Un répondant sur cinq déclare avoir des *problèmes de santé empêchant l'accès à certains emplois*.

Le croisement de ces variables avec le sexe et l'âge fait apparaître les résultats suivants :

#### La santé actuelle perçue selon le sexe et l'âge (%)<sup>1</sup>

	Sexe	Age
Santé actuelle	TB : Hommes 55 Mauv. : Hommes 62	TB : - 25 ans 23 Bonne : 35-44 ans 20 Mauv. : 45 ans et + 48*
Diff. physiques	Hommes 59	45 ans et + 36* 25-34 ans 43
Diff. psychologiques	Femmes 54	35-44 ans 21
Fatigue permanente	Hommes 56	- 25 ans 21 45 ans et + 33
Ne pas « récupérer »	n.s.	- 25 ans 24*
Perdre le sommeil	Hommes 57	45 ans et + 35 - 25 ans 20
Pbs de santé empêchant l'accès à cert. emplois	Hommes 54	- 25 ans 26 45 ans et + 36
<i>Ensemble</i>	<i>Hommes 50</i> <i>Femmes 50</i>	<i>- 25 ans : 17</i> <i>25-34 ans : 39</i> <i>35-44 ans : 17</i> <i>45 ans et + : 27</i>

<sup>1</sup> Lecture : les hommes représentent 55% des répondants en « très bonne santé » (pour 50% dans l'ensemble de l'échantillon).



On remarque d'abord la sur-représentation des hommes dans les deux modalités opposées de la *santé actuelle* : très bonne et mauvaise, tandis que la modalité médiane de la bonne santé s'équilibre entre hommes et femmes.

Il apparaît également que la perception de la santé actuelle évolue avec l'âge : les plus jeunes sont plus nombreux dans la modalité la plus positive, les tranches d'âge médianes (de 25 à 44 ans) composent 62% des salariés en bonne santé, et les 45 ans et plus représentent près de la moitié des salariés percevant leur santé comme mauvaise<sup>1</sup>.

Les *difficultés sur le plan physique* concernent plutôt les hommes, tandis que lorsqu'elles s'expriment sur le *plan psychologique* les femmes sont plus présentes. On peut également souligner que parmi les salariés ayant éprouvé au cours des derniers mois des difficultés physiques on trouve à la fois les plus âgés et la tranche d'âge des 25-34 ans. Les difficultés psychologiques sur-représentent légèrement les 35-44 ans.

Dans quelle mesure les difficultés physiques et psychologiques s'associent-elles ? C'est fréquemment le cas, puisqu'au total 68% des salariés donnent une réponse identique aux deux questions (20% de réponses « oui » et 48% de réponses « non »)<sup>2</sup>. Seules 18 personnes déclarent éprouver des difficultés uniquement sur le plan physique (en majorité des hommes de 25 à 34 ans), et 44 personnes seulement sur le plan psychologique (en majorité des femmes de 25 à 44 ans).

La question portant sur le sentiment de *fatigue permanente* fait apparaître une sur-représentation des hommes ainsi que des répondants les plus jeunes et les plus âgés.

Le sentiment de *ne pas pouvoir « récupérer »*, que l'on peut considérer comme un stade avancé de fatigue, est significativement associé aux plus jeunes salariés, tandis que le sexe n'est pas discriminant.

Les deux variables ne se recouvrent donc pas entièrement, bien que 88% des répondants aient donné la même réponse aux deux questions (27% de « oui » et

---

<sup>1</sup> Seuls 3 répondants de moins de 25 ans s'estiment en mauvaise santé, et 10 répondants de 45 ans ou plus déclarent une très bonne santé.

<sup>2</sup> Une répondante a même signalé que « *les difficultés sur le plan psychologique se répercutent sur le plan physique* ».

61% de « non »). Il est difficile d'interpréter les réponses des salariés qui disent ne pas pouvoir « récupérer », mais ne déclarent pas par ailleurs une fatigue permanente (ce cas de figure concerne tout de même 13 personnes).

Parmi les salariés qui ont le sentiment de *perdre le sommeil*, les deux tranches d'âge extrêmes se démarquent (comme pour la fatigue permanente), et les hommes sont un peu plus nombreux.

Enfin, les salariés qui estiment avoir des *problèmes de santé leur interdisant l'accès à certains emplois* sont plutôt des hommes, et l'on remarque à nouveau la double sur-représentation des salariés les plus jeunes et les plus âgés. Je reviendrai ultérieurement (§4) sur cette variable pour essayer de comprendre ce que sont ces problèmes qui, aux yeux des salariés, restreignent leurs possibilités d'intégration professionnelle.

On peut s'interroger sur les liens existant entre ces différents types de troubles et de perceptions avec le jugement global de santé auto-évaluée. En utilisant une procédure de « tamis<sup>1</sup> », on observe que la modalité qui apparaît le plus fortement corrélée à une santé dégradée est le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer », qui concerne 95%\* des salariés en mauvaise santé. La fatigue permanente, la perte de sommeil et les difficultés sur le plan physique et psychologique sont également significativement corrélées à la mauvaise santé (où ces modalités sont présentes à hauteur de 80%\* à 85%\*). Enfin, 62%\* des salariés en mauvaise santé déclarent avoir des problèmes de santé leur interdisant l'accès à certains emplois. Notons par ailleurs que les 40 salariés qui estiment être en très bonne santé sont tout de même 4 à avoir éprouvé dans la période récente de fortes difficultés sur le plan physique, et 8 sur le plan psychologique. Se dire en « très bonne santé » n'exclut donc pas de déclarer par ailleurs un certain nombre de troubles de nature diverse (constat que l'on observera également dans l'enquête qualitative, cf. : chapitre VII).

Une autre variable interroge la santé actuelle à travers la perception d'*effets négatifs du travail sur la santé*, qui concerne 24% des répondants. Cette question étant au

---

<sup>1</sup> Recherche et classement des corrélations significatives (au sens du khi<sup>2</sup>) entre les modalités de plusieurs variables.

croisement des expériences de santé et de travail, elle sera analysée spécifiquement dans la section suivante.

### ***b) L'histoire de santé***

3 variables interrogent la santé dans son histoire et ses événements marquants<sup>1</sup>.

#### Variables d'histoire de santé (%)

Avoir été malade au cours des 2 dernières années	46
Avoir eu un grave problème de santé au cours de la vie	30
Avoir l'impression qu'un événement ou un changement au cours de la vie est à l'origine d'une plus grande fragilité sur le plan de la santé	35

Il a été demandé aux salariés s'ils ont été « *malades* » au cours des deux dernières années. Cette formulation volontairement large laisse aux répondants toute latitude pour définir à quoi correspond pour eux le fait d' « être malade ». 46% ont répondu affirmativement. Ces troubles ou maladies ont donné lieu à un traitement dans 97% des cas, et à un congé maladie dans 71% des cas.

Les répondants pouvaient préciser librement la nature de leur dernière maladie. Leurs réponses (n=112<sup>2</sup>) manifestent la grande diversité des définitions de la maladie. Elles font apparaître :

- des « petites » maladies passagères (38 cas de grippe et pathologies ORL bénignes),
- 17 pathologies et troubles ostéo-articulaires (arthrose, tendinites, hernies, dorsalgies...),
- 16 cas de dépression ou de fatigue extrême,
- 10 cas de maladies chroniques diverses (diabète, sclérose en plaques, maladies cardiovasculaires...),
- 8 pathologies gastro-intestinales (gastro-entérites, maladie coeliaque),
- 8 pathologies respiratoires (pneumopathies, asthme),
- 5 maladies infectieuses (hépatites, mononucléose, péricardite...),

<sup>1</sup> Les accidents de travail, qui peuvent être considérés comme des événements dans l'histoire de santé, feront l'objet d'une analyse spécifique (§4c). Je signalerai seulement ici que 37 répondants ont déclaré avoir eu un accident de travail au cours des deux dernières années.

<sup>2</sup> Les salariés ayant déclaré avoir été malades au cours des deux dernières années sont seulement 91, mais certains ont cité plusieurs « maladies ».

- 5 accidents (dont un accident du travail et un accident vasculaire cérébral),
- 5 pathologies et troubles divers (alcoolisme, colique néphrétique, ataxie),
- 3 pathologies endocriniennes (problèmes de thyroïde).

Une autre question porte sur l'ensemble de la vie et interroge les salariés sur l'existence d'un « *grave problème de santé* ». Là encore, les répondants avaient le choix de définir la notion de « grave ». 30% ont déclaré avoir eu un problème de ce type.

Pour explorer encore davantage l'histoire de santé (et la perception qu'en ont les salariés), le questionnaire les interrogeait sur l'existence au cours de leur vie d'un *événement ou d'un changement à l'origine d'une plus grande fragilité sur le plan de la santé*. Par rapport à la question précédente, celle-ci cherchait donc à évaluer la notion de séquelle perceptible dans le registre de la santé, mais l'événement lui-même ne relevait pas nécessairement de ce domaine. Plus d'un tiers (35%) des salariés ont répondu affirmativement.

Ici encore, les salariés étaient sollicités pour préciser la nature et la date du grave problème de santé et/ou de l'événement fragilisant. Sur le premier point, une partie des 69 réponses exprimées recoupe celles qui portaient sur la dernière maladie. Les autres vont chercher plus loin dans le temps et mentionnent des maladies survenues dans l'enfance et la jeunesse (accidents, méningites) ou des opérations chirurgicales (qui ne sont pas à proprement parler des « maladies », mais peuvent être des « graves problèmes de santé »). On peut remarquer que pour 10 personnes, ce sont des troubles d'ordre psychologique qui apparaissent comme problèmes de santé marquants (dépressions, un cas de tentative de suicide).

Il est intéressant de souligner que les 71 réponses libres concernant les événements de vie fragilisants sur le plan de la santé mentionnent dans 52 cas des événements qui ne relèvent pas de l'histoire de santé du répondant : il s'agit d'événements affectifs (divorces, ruptures, deuils... : 32 réponses), de problèmes liés au travail et/ou au chômage (17 occurrences), ou d'événements de santé concernant des proches (enfant, conjoint). On peut interpréter ces réponses comme le signe d'une conception volontiers extensive de la santé que semblent avoir les répondants (et que le questionnaire leur permettait d'exprimer). La « facilité » avec laquelle les salariés perçoivent des liens entre événements de vie et santé suggère qu'ils

conçoivent celle-ci comme un ensemble composite qui relie entre eux tous les domaines de l'expérience existentielle.

Les 19 autres événements fragilisants sont des maladies ou des accidents vécus par le répondant.

Le tableau ci-dessous présente le croisement avec le sexe et l'âge pour les 3 variables d'histoire de santé :

L'histoire de santé selon le sexe et l'âge (%)<sup>1</sup>

	Sexe	Age
Maladie 2 dernières années (oui)	Femmes 53	- 25 ans 22
Grave problème au cours de la vie	Oui : Hommes 60*	Oui : 45 ans et + 40* Non : 25-34 ans 45*
Évén. fragilisant (oui)	Femmes 54	45 ans et + 33
<i>Ensemble</i>	<i>Hommes 50</i> <i>Femmes 50</i>	<i>- 25 ans : 17</i> <i>25-34 ans : 39</i> <i>35-44 ans : 17</i> <i>45 ans et + : 27</i>

Les salariés les plus jeunes et les femmes sont plus présents parmi ceux qui déclarent avoir été *malades au cours des deux dernières années*, mais à l'échelle de la vie entière ce sont les salariés les plus âgés qui font état de *graves problèmes* ou d'*événements marquants* sur le plan de la santé. Les hommes sont nettement plus nombreux à avoir eu un grave problème de santé au cours de leur vie, tandis que la perception d'un événement de vie fragilisant est plutôt le fait des femmes.

Dans quelle mesure les caractéristiques de l'histoire de santé contribuent-elles à la perception de la santé actuelle ? Les associations de modalités sont très nettes et convergentes. Ainsi, alors que la mauvaise santé actuelle est déclarée par 11% de l'échantillon, elle concerne au moins deux fois plus ceux qui ont connu un épisode morbide ou fragilisant : 22%\* de ceux qui ont été malades dans les deux dernières années, 24%\* de ceux qui ont eu un grave problème de santé dans leur vie, et 27%\* de ceux qui ont vécu un événement fragilisant.

<sup>1</sup> Lecture : parmi les salariés qui ont été malades au cours des 2 dernières années, on compte 53% de femmes (pour 50% dans l'ensemble de l'échantillon).

L'interprétation de tels résultats n'est pas simple, et l'aspect à première vue « évident » d'une convergence entre santé passée et santé actuelle demande à être questionné. J'ai utilisé plus haut le terme « contribuent » : cette formulation suggère que les événements morbides survenus dans le passé influencent la perception de l'état de santé actuel, dans une relation de cause à effet. Il s'agit là d'une hypothèse interprétative dont il faut souligner les limites : la sociologie et l'anthropologie de la santé ont en effet montré que la santé, du point de vue émique, est un ensemble composite de dimensions reliées entre elles par des liens de sens qui ne sont pas réductibles à des relations causales. En l'occurrence, s'il est plausible que les événements du passé orientent le jugement actuel en matière de santé, il est tout aussi probable que les perspectives actuelles amènent la personne à interpréter différemment les événements passés (par exemple, une santé actuellement perçue comme mauvaise fera peut-être remarquer – et déclarer – d'autant plus les épisodes morbides du passé). Plus généralement, lorsque sont observées des associations entre diverses variables de santé, le sens de ces associations reste essentiellement inaccessible à l'approche statistique. Liens de causes à effets... ou affinités entre deux registres d'expérience relevant eux-mêmes d'univers de sens plus large et plus transversaux (optimisme *vs* pessimisme, confiance *vs* inquiétude, etc.) ? Seule une méthodologie qualitative permet de répondre à ce type d'interrogations. Le chapitre VII apportera quelques éléments de réponse.

Mais poursuivons tout de même l'exploration statistique qui, si elle ne les « explique » pas, donne à voir des résultats intéressants.

### *c) Le rapport à la santé*

Cet intitulé rassemble 3 variables permettant d'entrevoir les perspectives, comportements et représentations des salariés vis-à-vis de leur santé.

#### Variables de rapport à la santé (%)

Faire attention à sa santé	74
Avoir le sentiment que la santé est en danger à court ou long terme	30
Avoir le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses dans le travail et les activités habituelles	29

- 74% des répondants déclarent « *faire attention* » à leur santé. Ici encore, la formulation évasive permettait de ne pas imposer une définition normée de ce que serait « faire attention à sa santé », dans l'idée de mesurer le degré de conformité ou de distance des salariés à cette norme. L'objectif était plutôt d'évaluer la conformité ou la distance perçue par les répondants eux-mêmes par rapport à leurs propres normes ou idéaux (sans préjuger d'une quelconque responsabilité personnelle des répondants : comme on le verra dans le chapitre VII, on peut « ne pas faire attention » à sa santé parce que les circonstances, le mode de vie, des contraintes d'ordre divers ne le permettent pas – et non par négligence ou insouciance).

- « Avez-vous le sentiment que votre santé est en *danger* à court ou à long terme ? » : 30% de l'échantillon a répondu affirmativement à cette question.

- La perception d'un danger est interrogée dans une autre question plus précise (plus « objectivante ») : « au cours de votre travail et de vos activités habituelles, avez-vous le sentiment d'être exposé à des *choses qui vous semblent dangereuses* ? ». Les salariés interrogés sont 29% à éprouver ce sentiment.

- Une question s'adressait spécifiquement aux salariés ayant été malades au cours des deux dernières années, et les invitait à se prononcer sur l'*étiologie* de ces maladies ou troubles en choisissant une ou plusieurs réponses parmi 5 propositions. Sur les 159 choix exprimés par les 91 répondants ayant déclaré au moins une maladie dans les deux dernières années, l'item ayant reçu le plus grand nombre de réponses positives est « tout simplement le hasard » (40 occurrences). Viennent ensuite « d'autres problèmes (par exemple une fragilité) » (33 occurrences), « votre activité professionnelle » (32), puis « l'environnement », à égalité avec « des problèmes d'ordre personnel » (27).

Une analyse des combinaisons de réponses montre que les répondants ont choisi le plus souvent de ne citer qu'une seule cause (n=47), et dans ce cas il s'agit en premier lieu du hasard (19 cas)<sup>1</sup>, puis de l'activité professionnelle (14 cas), et ensuite seulement, avec des effectifs nettement moindres, des autres propositions. Lorsqu'ils choisissent deux causes (n=38), 8 répondants associent l'environnement et le hasard, 7 associent une cause « autre » et un problème personnel, et 6 associent le hasard et une cause « autre » (les 17 cas restants se répartissent les autres

---

<sup>1</sup> Sans doute cette réponse ne désigne-t-elle pas une « cause » à proprement parler, mais plutôt une « raison » - la seule disponible lorsque aucune « cause » n'est précisément identifiable.

combinaisons par groupes de 1 à 4 répondants). Seulement 6 répondants ont choisi simultanément trois ou quatre causes, et aucun n'a choisi les cinq à la fois.

Le rapport à la santé selon le sexe et l'âge (%)<sup>1</sup>

	Sexe	Age
Faire attention à sa santé	Oui : Femmes 53	Oui : 45 ans et + 32* Non : - de 25 ans 28* 25-34 ans 44
Sentiment de danger (oui)	Femmes 53	45 ans et + 30
Sentiment d'être exposé (oui)	Hommes 61*	25-34 ans 43 35-44 ans 21
Ensemble	Hommes 50 Femmes 50	- 25 ans : 17 25-34 ans : 39 35-44 ans : 17 45 ans et + : 27

Les femmes sont un peu plus nombreuses parmi les salariés qui déclarent « *faire attention* » à leur santé. La répartition par âge montre que les plus jeunes sont plus nombreux à ne pas faire attention (les moins de 25 ans représentent 28%\* de cette modalité), tandis que les plus âgés représentent 32%\* de ceux qui déclarent faire attention.

On n'observe pas d'association entre l'attention portée à la santé et les trois modalités du jugement sur l'état de santé actuel : que la santé soit considérée comme très bonne, bonne ou mauvaise, la proportion de répondants qui déclarent y faire attention ne varie pas.

En revanche, le croisement avec les différentes variables de santé actuelle et passée fait apparaître des résultats contrastés :

- les salariés qui déclarent éprouver une fatigue permanente, ceux qui ont le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer », ceux qui éprouvent des difficultés physiques ou psychologiques, et surtout ceux qui ont vécu un événement fragilisant sur le plan de la santé sont plus nombreux à ne pas faire attention à leur santé ;

<sup>1</sup> Lecture : les femmes représentent 53% des salariés qui déclarent faire attention à leur santé (pour 50% dans l'ensemble de l'échantillon).



- à l'opposé, avoir eu un grave problème de santé au cours de la vie et se sentir exposé à des choses dangereuses sont des modalités dans lesquelles les salariés qui déclarent faire attention à leur santé sont sur-représentés.

Il est difficile d'interpréter ces résultats avec les seules données quantitatives, mais on peut souligner qu'ils rejoignent des analyses élaborées en sociologie et en anthropologie, selon lesquelles les pratiques en matière de santé (ici : « faire attention ») ne sont pas nécessairement associées de façon « rationnelle » aux perceptions et représentations que les individus ont de leur santé (« je me sens malade donc je me soigne »)<sup>1</sup>. Ou alors peut-être faut-il comprendre que les répondants qui perçoivent leur santé comme altérée ont répondu ne pas faire attention dans l'idée que, s'ils faisaient attention, leur santé serait précisément meilleure... ?

On peut ajouter que certaines annotations portées sur les questionnaires suggèrent que cette notion de « faire attention » à sa santé est source de perplexité et d'hésitation pour les répondants, qui ont parfois du mal à donner une réponse tranchée : « oui et non », « plus ou moins », « oui mais pas toujours », « oui mais pas assez »...

Le sentiment que la santé est en *danger à court ou long terme* fait apparaître une légère sur-représentation des femmes, et l'on y retrouve les salariés de 45 ans et plus<sup>2</sup>.

On peut se demander si cette perception d'une menace pour la santé est davantage le fait de ceux qui font ou ont déjà fait l'expérience de problèmes de santé. Sur ce point, les convergences sont massives, avec des corrélations fortes et significatives : les salariés qui pensent que leur santé est en danger représentent 40%\* à 56%\* dans toutes les modalités indiquant une santé dégradée, actuellement et dans le passé, et jusqu'à 89%\* de ceux qui se sentent en mauvaise santé. Encore une fois, il est difficile de qualifier précisément la relation entre ce sentiment de danger et les réponses concernant la santé actuelle. Le danger est-il perçu à cause d'une santé dégradée, « ex post » en quelque sorte, ou bien la perception d'un danger ainsi que les jugements sur la santé relèvent-ils l'un et l'autre d'une inquiétude diffuse plus transversale, qui s'exprime dans chacun des deux aspects sans qu'il existe

---

<sup>1</sup> Cf. : Chapitre VII.

<sup>2</sup> « *Oui, vu mon âge* », précise l'un d'entre eux.

nécessairement entre eux une véritable relation de cause à effet ? On doit ici se contenter de souligner la convergence, sans pouvoir l'expliquer davantage.

Peut-on préciser la nature du danger perçu ? On peut en tout cas le rapporter aux choix des salariés concernant l'origine de leurs troubles au cours des deux dernières années (quant ils en ont déclaré). Bien sûr c'est un recoupement indirect, mais on peut faire l'hypothèse qu'il existe un lien entre la nature du danger perçu et l'attribution des troubles récents à telle ou telle cause (d'autant plus que le sentiment de danger et les maladies au cours des deux dernières années vont de pair, comme nous venons de le voir). Le croisement indique que les salariés qui estiment que leur santé est en danger ont préférentiellement attribué leur(s) dernière(s) maladie(s) à des raisons « autres » (de l'ordre d'une fragilité personnelle) (17 occurrences). Cette réponse pourrait recouvrir une perception générale du vieillissement, puisque comme on l'a vu les salariés de 45 ans et plus sont plus inquiets pour leur santé. Vient ensuite l'étiologie désignant l'activité professionnelle (14 occurrences) (qui, comme on le verra dans la section suivante, n'est pas étrangère au processus du vieillissement). Le hasard, les problèmes d'ordre personnels et l'environnement (resp. 13, 11 et 10 occurrences) ne sont pas discriminants ici.

Enfin, on pourrait penser que le fait de percevoir un danger pour sa santé va de pair avec une plus grande attention à ce sujet. Ce n'est pas le cas : de la même façon que, on l'a vu plus haut, les modalités indiquant une santé dégradée ne s'associent pas toujours avec une attention plus grande portée à la santé (on observe même plutôt l'inverse pour un certain nombre de variables), ceux qui perçoivent un danger ne sont pas plus nombreux à faire attention à leur santé.

Le sentiment d'être *exposé* dans le travail ou la vie habituelle à des « choses dangereuses » est éprouvé nettement davantage par les hommes et par les salariés des tranches d'âge médianes (25-44 ans). Quelques annotations des répondants suggèrent que les « choses dangereuses » relèvent fréquemment de l'environnement de travail (j'y reviendrai dans la section suivante). On peut également citer la conduite automobile (mentionnée deux fois) et « *la ville* ».

Dans quelle mesure ce sentiment d'être exposé à des choses dangereuses recoupe-t-il le sentiment que la santé est en danger à court ou long terme ? Les deux questions peuvent-elles être considérées comme équivalentes ? Les sur-représentations de sexe et d'âge, qui diffèrent pour ces deux variables, suggèrent déjà qu'elles ne

renvoient pas aux mêmes réalités. Le croisement des deux variables entre elles le confirme, puisque malgré des associations significatives, la moitié seulement (45%\*) de ceux qui se sentent exposés perçoivent également un danger pour leur santé ; inversement, 44%\* seulement des salariés qui considèrent que leur santé est en danger estiment être exposés. Au total, 32 personnes ne ressentent que le danger, et 30 ne répondent positivement que pour le sentiment d'être exposé.

Avoir le sentiment que l'on est exposé à des choses dangereuses va-t-il de pair avec une plus grande vigilance envers sa santé ? Il semble que non, puisqu'on n'observe pas de sur-représentation notable sur ce point.

Enfin, comme cela a été fait concernant le sentiment de danger, on peut se demander si le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses est associé à une santé actuelle perçue comme moins bonne, ou à des troubles de santé dans le passé. Alors que les convergences étaient très nettes pour le sentiment de danger, elles sont plus contrastées avec le sentiment d'être exposé. Celui-ci est tout de même significativement associé à une santé actuelle perçue comme mauvaise (encore faut-il préciser que les sur-représentations sont bien plus faibles qu'avec le sentiment de danger), et il est sur-représenté parmi ceux qui ont eu un grave problème de santé au cours de leur vie, qui ont vécu un événement fragilisant sur le plan de la santé et qui ont le sentiment de perdre le sommeil. Mais on n'observe pas de résultat notable en ce qui concerne le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer », ni avec les difficultés physiques ou psychologiques, ni avec les épisodes morbides au cours des deux dernières années ; et la question portant sur la fatigue permanente fait même apparaître un résultat inverse : les salariés « fatigués » sont un peu plus nombreux à ne pas se sentir exposés à des choses dangereuses (75%, pour 70% parmi ceux qui n'éprouvent pas une fatigue permanente).

Ces résultats confirment que le sentiment d'être exposé se distingue de la perception d'un danger : les deux questions relèvent manifestement de registres différents du rapport à la santé. On peut faire l'hypothèse suivante : le sentiment de danger exprime davantage la perception d'une fatalité liée au vieillissement et à une santé déjà altérée, tandis que le sentiment d'être exposé fait référence à des éléments extérieurs plus précis et relativement maîtrisables.

#### ***d) Une dimension transversale : « souffrir de quelque chose »***

Une question aux contours très larges a été posée aux 200 répondants : « *vous arrive-t-il de souffrir de quelque chose ?* ». Les résultats permettent de remarquer l'existence d'une souffrance fortement présente, puisque 58% des salariés ont répondu positivement. Parmi ces 115 personnes, une majorité sont des femmes (59%\*), et à l'inverse, les hommes sont 63%\* parmi ceux qui ne souffrent pas. Le croisement avec les classes d'âge ne fait ressortir qu'une légère sur-représentation des salariés de 45 ans et plus (30%).

Cette question sur la souffrance était suivie de deux autres questions complémentaires en cas de réponse positive : « *en avez-vous parlé à quelqu'un ?* », « *si oui, à qui ?* ». Un peu plus de quatre personnes sur cinq ont parlé à quelqu'un. Plus de la moitié se sont adressées à un médecin, un quart à un ou plusieurs proches, les autres à la fois à un médecin et à des proches. Le croisement avec la question portant sur la possibilité de « se confier à quelqu'un » montre que ceux qui n'ont parlé de leur souffrance qu'à un médecin et ceux qui n'en ont pas parlé du tout sont plus nombreux à déclarer qu'ils ne pourraient pas se confier à quelqu'un de leur entourage en cas de problème.

Les salariés étaient invités à identifier cette souffrance (« *si oui, de quoi souffrez-vous ?* »). Parmi leurs 129 réponses, on retrouve une partie des troubles déclarés pour les deux dernières années ou pour l'ensemble de la vie. Les causes (ou objets) de souffrance sont dans les deux-tiers des cas des maladies ou des douleurs (85 réponses), parmi lesquelles on relève la très forte représentation du mal de dos (cité 30 fois). Viennent ensuite des troubles articulaires (21), puis des troubles gastriques et digestifs (10), des maux de tête (9), et enfin d'autres types de problèmes (respiratoires, circulatoires et autres : 15 réponses). Même si les renseignements fournis par le questionnaire permettent de qualifier certaines de ces manifestations de « bénignes » ou « passagères », il est important de ne pas sous-estimer leur importance. Annie Thébaud-Mony et Serge Volkoff soulignent en effet que « l'approche clinique permet de percevoir à quel point les douleurs vertébrales, le mauvais sommeil ou une digestion difficile perturbent l'existence quotidienne et la vie de travail, et gênent l'activité de travail elle-même. Ajoutons que ces troubles

sont parfois annonciateurs de pathologies plus graves (comme certaines atteintes bénignes dermatologiques ou respiratoires par rapport aux cancers). Enfin, ces troubles sont prédictifs d'une fragilisation de l'emploi pour les salariés concernés, comme l'ont indiqué plusieurs études citées ici, et comme les premières analyses issues d'ESTEV 1995 le confirment<sup>1</sup> ».

Outre ces souffrances d'ordre physique, 35 personnes font état de tensions familiales et surtout de formes de souffrance morale : « *mal-être* », « *solitude* », « *souffrance psychologique* », « *dépression* », « *anxiété* », « *problèmes nerveux* » sont les réponses données par ces salariés.

Enfin, 9 réponses mentionnent explicitement la vie professionnelle comme lieu d'origine de la souffrance - j'y reviendrai dans la section suivante.

Deux ensembles de remarques peuvent être faites au vu de ces motifs de souffrance.

Tout d'abord, l'hétérogénéité des formes de souffrance, ainsi que leur intensité très variée (d'une migraine occasionnelle à une douleur articulaire ou dorsale forte et quasi permanente, par exemple) amènent par comparaison à donner encore plus de poids aux réponses négatives. L'exemple du mal de tête est significatif : si l'on admet que toute personne a parfois « mal à la tête », force est de constater que tout le monde ne le déclare pas au titre d'une « souffrance », même ponctuelle. Le questionnaire permet donc d'observer que les définitions de la « souffrance », tout comme celles de la « maladie », varient selon les individus et recouvrent des réalités extrêmement différenciées.

Deuxième remarque : si les réponses libres montrent que la souffrance recouvre fréquemment des troubles de santé douloureux ou gênants, un certain nombre de réponses orientent le regard en dehors de la santé, vers l'histoire familiale, les conditions de vie et le rapport au travail et à l'emploi.

Afin de mieux comprendre la nature de cette souffrance, et sa plus ou moins grande autonomie par rapport au registre de la santé, on peut travailler sur une analyse complémentaire des résultats statistiques et des réponses ouvertes.

---

<sup>1</sup> VOLKOFF S., THÉBAUD-MONY A., « Santé au travail : l'inégalité des parcours », *op. cit.*, p. 359. Par ailleurs, on sait que la santé perçue se révèle très prédictive de la mortalité, cf. : IDLER E. L., BENYAMINI., « Self-rated health and mortality : a review of 27 community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38, 1997, pp. 21-37.

Au niveau quantitatif, la souffrance s'associe fréquemment et fortement avec les diverses dimensions de la santé<sup>1</sup>. Sans reprendre le détail de chaque variable, je signalerai que les associations sont importantes avec tous les aspects de la santé actuelle, de l'histoire de santé, et du rapport à la santé. Ainsi, les répondants qui déclarent souffrir de quelque chose sont sur-représentés parmi ceux qui éprouvent des difficultés sur le plan physique (81%\*) ou psychologique (73%\*). Ils représentent également 95%\* de ceux qui se déclarent en mauvaise santé, 79%\* de ceux qui estiment que leur santé est en danger, et 77%\* de ceux qui ont le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer ». Ils sont enfin 79%\* parmi ceux qui estiment qu'un événement de leur vie est à l'origine d'une plus grande fragilité sur le plan de la santé, et 76%\* parmi ceux qui ressentent une fatigue permanente. Seule les variables « faire attention à sa santé » et « être exposé à des choses dangereuses » ne sont pas associées à la perception d'une souffrance.

Les déclarations en matière de santé semblent donc condenser une grande partie de la souffrance exprimée. Mais une partie seulement : dans chaque modalité indiquant une perception positive de la santé, un pourcentage non négligeable de personnes déclarent pourtant souffrir de quelque chose. J'en donnerai deux exemples :

- d'une part, les salariés qui s'estiment en très bonne santé sont tout de même 36% à déclarer souffrir de quelque chose (soit 14 personnes sur 39) ;

- d'autre part, il est étonnant de constater que parmi les individus qui ne déclarent ni difficultés physiques ni difficultés psychologiques importantes, on compte 44% de personnes qui souffrent de quelque chose (soit 41 personnes sur 94). C'est ici que l'approche qualitative permet d'apporter des éclaircissements. De quoi souffrent ces 41 personnes qui n'ont éprouvé ni difficultés physiques ni difficultés psychologiques ? Dans la moitié des cas, les salariés font état de dorsalgies et de troubles ostéo-articulaires (lombalgies, douleurs articulaires, tendinites, etc.). Une dizaine d'autres réponses mentionnent des pathologies chroniques (asthme, hypotension) ou des douleurs ponctuelles (céphalées, maux d'estomac). Enfin, pour moins de 10 personnes, la souffrance n'est pas une douleur ou une gêne physique :

---

<sup>1</sup> Si l'on effectue un tamis sur la variable « souffrir de quelque chose » en intégrant toutes les autres variables du questionnaire, on voit que les modalités ayant trait à la santé arrivent largement en tête des corrélations significatives avec la souffrance. Viennent ensuite certains aspects du rapport au travail et à l'emploi. On remarque que les conditions de vie, le soutien social et la sociabilité n'apparaissent que très peu liés à l'expression d'une souffrance (les corrélations existantes, qui sont parmi les plus faibles, concernent seulement certaines modalités se rapportant à la situation financière).

« culpabilisation à cause du divorce », « éloignement familial », « décès récent », « nervosité, anxiété » sont quelques-unes de ces souffrances qui relèvent de la vie et de l'histoire personnelles. Les résultats sont similaires si l'on s'intéresse aux 14 personnes qui se disent en très bonne santé et déclarent simultanément souffrir de quelque chose.

Finalement, cette question sur la souffrance, par sa formulation très ouverte<sup>1</sup>, permet de faire émerger deux types de plaintes :

- un ensemble hétérogène de perceptions corporelles douloureuses ou gênantes, plus ou moins passagères ou discontinues, que les répondants n'ont pas mentionnées sous les items de la « mauvaise santé » ou des « difficultés fortes sur le plan physique au cours des derniers mois »,

- un ensemble non moins hétérogène de souffrances d'ordre affectif et moral, qui ne relèvent pas aux yeux des répondants du registre des « difficultés sur le plan psychologique » - qui était, en dehors de la question sur la souffrance, la seule question susceptible de permettre l'expression de ce type de problèmes. On peut comprendre par exemple que le fait de souffrir de « l'injustice sociale » ou « de ne pas savoir lire et écrire » soient des souffrances qui ne trouvent pas à s'exprimer dans les seules « difficultés psychologiques ».

L'analyse des entretiens peut ici aider à comprendre la nature et le sens de cette souffrance rencontrée en entretien qui avaient auparavant répondu au questionnaire ont toutes déclaré « souffrir de quelque chose ». Parmi elles, on retrouve la diversité des formes de souffrance :

- M. Sernin<sup>2</sup>, Mme Anam et Mme Brax souffrent de douleurs physiques chroniques intenses et handicapantes (au dos pour les deux premiers, à la main et au bras pour la troisième). Au moment où elle a répondu au questionnaire, Mme Damo souffrait « des jambes, du dos et des bronches », problèmes partiellement liés à son activité professionnelle du moment. Mme Pinson souffre d'asthme. Mme Beban a répondu souffrir des articulations (il s'agissait également de douleurs liées à son activité professionnelle, qui avait changé lors de l'entretien). Enfin, Mme Jost et Mlle Portet souffrent occasionnellement de maux de tête et de ventre ;

---

<sup>1</sup> Il est fort probable que si la question avait été : « souffrez-vous de quelque chose ? », les réponses positives auraient été moins fréquentes et moins diversifiées, dans la mesure où cette formulation renvoie à des formes de souffrance plus permanentes et plus essentielles que celles qui pouvaient être exprimées avec la formulation « vous arrive-t-il de souffrir de quelque chose ».

<sup>2</sup> Se reporter à la présentation des entretiens en Annexe 6.

- pour les autres personnes vues en entretien, la souffrance relève d'un registre moral ou psychologique, là encore avec des formes et des degrés différenciés. Mlle Arène, au moment où elle a renseigné le questionnaire, souffrait « *sur le plan affectif* » (mécontente avec son conjoint M. Arène, également rencontré en entretien). Mme Artur, qui souffrait « *moralement* », venait de traverser une période difficile (séparation d'avec son mari, difficultés pour obtenir la garde des enfants, chômage), de même que Mme Enzo qui rencontre des difficultés dans son activité professionnelle, et Mlle Loci qui élève seule sa fille âgée de quelques mois. Mme Anam (outre le mal de dos) a répondu souffrir de la mort de son père intervenue 6 ans auparavant. Pour toutes ces personnes, la souffrance est liée à des événements de vie récents, mais l'avenir est envisagé de façon positive. Pour Mme Chafi et Mme Fonviel en revanche, la souffrance correspond à un profond « *mal-être* » psychologique et existentiel, qu'elles éprouvent depuis de longues années, et qui les a amenées à s'inscrire dans une démarche psychothérapeutique ou psychanalytique. Enfin, M. Bois a déclaré souffrir des maladies de ses enfants (M. Bois a trois filles, l'une est trisomique et une autre atteinte de leucémie).

### *e) Une classification des expériences de la santé*

De la même façon que pour les expériences du travail et de l'emploi, une classification a été élaborée à partir des 11 principales variables de santé. Ont été retenues :

- 5 variables de santé actuelle : état de santé perçu, difficultés physiques, difficultés psychologiques, sentiment de ne pas pouvoir « récupérer<sup>1</sup> », sentiment de perdre le sommeil,
- 3 variables d'histoire de santé : maladie dans les deux dernières années, grave problème de santé au cours de la vie, événement de vie fragilisant,
- 2 variables de rapport à la santé : faire attention à sa santé, sentiment que la santé est en danger,
- la variable transversale « souffrir de quelque chose ».

Les quatre classes obtenues sont décrites ci-dessous, ainsi que leur croisement avec le sexe et l'âge ainsi que d'autres variables descriptives complémentaires.

---

<sup>1</sup> Cette variable étant à la fois très proche et plus restrictive que la question portant sur la fatigue, elle a été préférée pour participer à la construction des classes.



Classes d'expériences de la santé (%)<sup>1</sup>

Variables	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
	Très bonne santé n=42	Santé en difficultés n=36	Souffrance n=79	Mauvaise santé n=43
Santé actuelle	très bonne 68	bonne 91	bonne 87	mauvaise 49
Diff. physiques	non 93	non 76	non 86	oui 86
Diff. psychologiques	non 83	oui 81	non 82	oui 85
Pas pouvoir récupérer	non 90	non 67	non 83	oui 90
Perte sommeil	non 88	non 92	non 86	oui 76
Maladie 2 ans	non 80	oui 72	non 75	oui 86
Grave problème vie	non 90	non 81	non 77	oui 72
Événement fragilisant	non 85	non 69	non 79	oui 86
Faire attention	non 56	oui 86	oui 86	n.s.
Sentiment de danger	non 97	n.s.	non 81	oui 76
Souffrir de qq chose	non 90	non 61	oui 73	oui 93
Sexe	Hommes 64*	Femmes 61	Femmes 54	Hommes 56
Âge	- 25 ans 26* 25-34 ans 45	35-44 ans 28*	45 ans et + 33	- 25 ans 21 45 ans et + 35
Fatigue permanente	non 88*	n.s.	non 82*	oui 76*
Être exposé	non 78	oui 33	non 77	oui 40*
Pbs santé accès emplois	non 93*	non 83	non 90*	oui 51*
Mode de cohabitation	Cple ss enf. 27 « Autre » 24	Cple + 1-2 enf. 36	n.s.	Cple + 1-2 enf. 33 Seul + enf. 14
Situation financière	Positive 40	Juste 46	Juste 42	Négative 42*
Soutien social/Sociabilité				
- Se confier	oui 88	oui 86	oui 85	non 35*
- Services	oui 90	n.s.	n.s.	non 23*
- Argent	oui 73	oui 69	non 40	non 45
- Assos, clubs...	oui 38	non 72	oui 38	n.s.

On constate que la plupart des modalités indiquant une santé dégradée sont capturées par la classe 4, qui est la seule où sont sur-représentés les difficultés sur le plan physique, le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer », la perte de sommeil, l'existence d'un grave problème de santé et d'un événement fragilisant au cours de la vie. En conséquence, ce sont surtout la santé actuelle, les difficultés psychologiques, les troubles dans les deux dernières années et la dimension de la souffrance qui vont différencier entre elles les trois autres classes (le sentiment que

<sup>1</sup> Dispersion expliquée : 54% (dispersions intra-classes : cl. 1 = 23, cl. 2 = 19, cl. 3 = 22, cl. 4 = 18). Lecture : la partie supérieure du tableau décrit les classes en fonction des variables constitutives (ex. : 68% des salariés de la classe 1 estiment être en très bonne santé). Par définition les corrélations sont donc toutes significatives. Le bas du tableau présente les classes au regard de quelques variables descriptives (ex. : 64%\* des salariés de la classe 1 sont des hommes).

la santé est en danger et l'attention portée à la santé n'étant pas significatifs dans toutes les classes).

### **Une classe de très bonne santé**

La classe 1 (21%) se caractérise par ce qui semble être une santé idéale, où les troubles actuels et dans le passé sont quasiment absents. Peut-être à cause de cette absence de troubles, de difficultés et d'inquiétude, on y déclare ne pas faire attention à sa santé (dans une proportion égale au double de celle observée dans l'ensemble de l'échantillon), et seulement un salarié sur dix a déclaré souffrir de quelque chose.

La sur-représentation des hommes est importante ici, ainsi que celle des deux classes d'âge les plus jeunes<sup>1</sup>, ce qui correspond aux observations précédentes : les salariés qui estimaient être en « très bonne santé » étaient pour plus de la moitié des hommes, et pour près d'un quart âgés de moins de 25 ans.

Les 32% de salariés de cette classe qui ne sont pas en « très bonne santé » sont tous en « bonne santé ».

Les résultats pour les autres variables confirment l'extrême positivité de la santé dans cette classe : les salariés qui la composent sont 88%\* à ne pas ressentir une fatigue permanente, et 78% à ne pas avoir l'impression d'être exposés à des choses dangereuses.

Du point de vue de la composition du foyer, la classe 1 est la seule qui sur-représente des salariés cohabitant avec d'autres personnes sans être en couple (jeunes habitant chez leurs parents ou colocataires) (24%, contre 18% dans l'ensemble).

40% des salariés de cette classe choisissent les propositions « on est à l'aise » ou « ça va » pour qualifier la situation financière de leur ménage (et seulement un quart rencontrent des difficultés).

La deuxième et la troisième classe, toutes deux caractérisées par la « bonne » santé<sup>2</sup>, se différencient sur plusieurs points.

---

<sup>1</sup> Les deux autres classes d'âge (35-44 ans et 45 ans ou plus) se répartissent équitablement les effectifs restants (14% chacune, soit des proportions sous-représentées, en particulier pour la tranche des plus âgés).

<sup>2</sup> La modalité « mauvaise santé » est quasiment absente parmi les salariés de la deuxième classe, elle l'est totalement parmi ceux de la troisième.

## **La santé en difficultés**

Dans la deuxième classe (18%), la bonne santé s'accompagne à la fois de *difficultés fortes sur le plan psychologique* au cours des derniers mois (81%) et de la présence d'*épisodes morbides* dans les deux dernières années (72%)<sup>1</sup>. Les deux dimensions de la santé physique et de la santé morale ou mentale sont donc bien « en difficulté » dans cette classe, où par ailleurs les salariés estiment faire attention à leur santé.

Les femmes sont sur-représentées dans cette classe, ainsi que les salariés de 35 à 44 ans. L'autre classe d'âge médiane est également fortement représentée, puisque (comme dans l'ensemble de l'échantillon) les 25-34 ans composent 39% des salariés de cette classe.

Les modalités indiquant une santé positive sont certes majoritaires et caractéristiques de cette classe, mais certains pourcentages sont relativement modérés. Ainsi les difficultés sur le plan physique concernent tout de même 24% des salariés de cette classe ; le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » est éprouvé par 33% d'entre eux ; 31% ont le sentiment qu'un événement de leur vie a fragilisé leur santé, 39% souffrent de « quelque chose », et enfin un tiers ont le sentiment d'être exposés à des choses dangereuses. On peut donc considérer que malgré l'association avec la modalité de la bonne santé, l'expérience de santé des salariés de la classe 2 présente des caractéristiques négatives diversifiées en proportions non négligeables<sup>2</sup>.

Le croisement avec le mode de cohabitation met en relief une sur-représentation des salariés vivant en couple avec un ou deux enfants.

Enfin, la situation financière du ménage est considérée comme « juste » par 46% des salariés de ce groupe, et comme « difficile » ou nécessitant de s'endetter par 31% d'entre eux.

---

<sup>1</sup> L'étude des réponses libres des salariés concernant la dernière maladie montre qu'il s'agit dans la quasi-totalité des cas de troubles organiques relativement bénins (gripes, angines, bronchites, gastro-entérites) ou potentiellement plus handicapants (plusieurs cas de dorsalgies, tendinites, syndromes du canal carpien).

<sup>2</sup> Ces résultats sont cohérents avec la construction même de la variable de santé actuelle dans laquelle, comme je l'ai précisé, la modalité « bonne santé » est la seule qui s'offrait aux répondants qui estimaient n'être ni en « très bonne santé » ni en « mauvaise santé ».

## Une classe où émerge la souffrance

La troisième classe (39,5%) se compose d'une légère majorité de femmes, et sur-représente les salariés de 45 ans et plus (tandis que les moins de 25 ans ne sont que 10% ici). Les salariés de cette classe jugent que leur santé actuelle est bonne, et pour les 13% restants c'est la modalité « très bonne » qui est choisie. Par ailleurs, toutes les modalités qui caractérisent cette classe indiquent une absence de problème de santé, actuelle ou passée, et les salariés estiment qu'ils font attention à leur santé. Mais on trouve dans cette classe une forte présence de la *souffrance*, ce qui confirme la relative indépendance de cette dimension par rapport aux variables de santé.

La classe 3 est loin de représenter une variante de la classe 2 dans laquelle apparaîtrait en sus la dimension de la souffrance. Alors que dans la classe de la santé en difficultés, comme on l'a vu, plusieurs aspects de la santé sont tout de même relativement dégradés, dans la classe 3 au contraire, la souffrance apparaît comme une dimension isolée, sur un fond de bonne santé générale. On peut certes souligner les proportions non négligeables (près d'un quart à chaque fois) de salariés dont l'histoire de santé est marquée par une maladie au cours des deux dernières années, par un grave problème de santé au cours de la vie, et par la présence d'un événement de vie jugé fragilisant sur le plan de la santé. Mais en ce qui concerne les variables de santé actuelle, les salariés de la classe 3 se rapprochent plutôt de ceux de la classe de la très bonne santé : ils n'ont dans leur très grande majorité pas de sensation de fatigue permanente (82%\*), et plus des trois-quarts d'entre eux n'ont pas le sentiment d'être exposés à des choses dangereuses.

Une autre caractéristique qui distingue la classe 3 de la classe 2 est l'appréciation de la situation financière du ménage : autour d'une proportion similaire de personnes qui estiment que « c'est juste » (42%), les autres propositions le plus fréquemment choisies par les répondants sont cette fois-ci les plus positives : « à l'aise » ou « ça va » (34%).

Comment comprendre la souffrance massivement présente dans cette classe (73%) alors même que la santé est très largement positive ? Comme on l'a vu précédemment, il s'agit ici de formes de souffrance qui n'étaient pas assimilables ni à des difficultés physiques ou psychologiques fortes, ni à de la « mauvaise santé ». Les réponses des salariés à la question ouverte mentionnent deux types de perception : d'une part, des douleurs et des gênes somatiques (dorsalgies, douleurs articulaires, maux de tête), et d'autre part des inquiétudes, des déceptions ou des

insatisfactions dans le domaine professionnel. Je reviendrai ultérieurement sur l'interprétation de cette dimension de la souffrance et sur ses liens respectifs avec l'histoire de santé et la vie professionnelle.

### **Le cumul des problèmes dans la classe de la mauvaise santé**

Comme je l'ai signalé plus haut, la classe 4 (21,5%) rassemble tous les aspects de la mauvaise santé, au présent et dans le passé. En outre, on y perçoit un danger pour la santé à court ou long terme, et l'on y souffre de quelque chose.

Les hommes sont ici un peu plus nombreux. Les tranches d'âges plus fortement présentes sont à la fois les plus jeunes et les plus âgés, ce qui peut être expliqué de la façon suivante : la mauvaise santé, les difficultés physiques et psychologiques, la présence d'un grave problème de santé au cours de la vie ainsi que d'un événement fragilisant sont surtout le fait des plus âgés, tandis que le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » et les maladies dans les deux dernières années concernent les plus jeunes. De plus, la perte de sommeil, le sentiment de danger et la souffrance sont sur-représentés dans les deux âges extrêmes.

La quasi-totalité des 51% de salariés qui ne s'estiment pas en mauvaise santé ont choisi la modalité intermédiaire de la bonne santé. On peut ajouter que 76%\* des salariés de cette classe éprouvent un sentiment de fatigue permanente, et que 40%\* ont le sentiment d'être exposés à des choses dangereuses. Cette classe est également la seule où les salariés qui ont des problèmes de santé leur interdisant l'accès à certains emplois sont majoritaires.

Le croisement avec la composition du foyer fait apparaître de légères sur-représentations des personnes vivant en couple avec un ou deux enfants, et des personnes seules avec enfant(s).

Le jugement porté sur la situation matérielle du ménage est lui aussi franchement négatif : 42%\* des salariés déclarent que cette situation est « difficile » ou nécessite même de s'endetter<sup>1</sup>. Quant aux formes de soutien social, elles font ici largement défaut.

---

<sup>1</sup> Sur les liens entre santé « morale » et conditions de vie, cf. : KAIROUZ S., DEMERS A., « Inégalités socioéconomiques et bien-être psychologique : une analyse secondaire de l'Enquête sociale de santé de 1998 », *Sociologie et sociétés*, vol. XXXV, n° 1, 2003, pp. 185-202.

Après cette présentation approfondie des expériences du travail et de l'emploi ainsi que des expériences de santé des salariés telles qu'il est possible de les reconstituer à partir des données issues du questionnaire, la suite du travail consiste à analyser les liens existant entre ces deux versants de l'expérience sociale. Il s'agit donc de reprendre la question énoncée au cours du chapitre III, en l'examinant cette fois-ci au regard des résultats de cette enquête : *quels aspects* de la précarisation du travail *interagissent* (et comment) avec *quelles dimensions* de la santé ? (« s'associent » serait sans doute plus juste qu' « interagissent », dans la mesure où l'identification de liens de causalité est toujours délicate, en particulier avec une approche transversale).

#### **4. Expériences du travail et de la santé : quelles articulations ?**

---

Pour répondre à cette question, je procéderai à une analyse en trois temps :

- je présenterai d'abord les recoupements entre les deux classifications décrites précédemment (§a), ce qui permettra de donner un premier éclairage d'ensemble ;
- j'étudierai dans un deuxième temps les liens repérables à un niveau global entre les variables de travail et d'emploi et les variables de santé (§b). Je décrirai donc les associations existantes entre la santé et, successivement, la précarité/insécurité de l'emploi et du parcours, les conditions de travail et la satisfaction du/au travail ;
- je m'arrêterai enfin (§c) sur un ensemble de questions qui sollicitent directement les salariés sur leur perception des liens entre santé et travail (accidents du travail, sentiment que le travail a des effets négatifs sur la santé, sentiment d'être exposé à des choses dangereuses, problèmes de santé empêchant l'accès à certains emplois). Je reviendrai également à une approche qualitative des réponses données à la question de la « souffrance » afin de comprendre ses liens avec la vie de travail.

***a) Classes d'expériences du travail et classes d'expériences de la santé : des recouvrements partiels***

Dans quelle mesure les classes forgées statistiquement se recouvrent-elles ? Comment les quatre types d'expérience du travail et de l'emploi se combinent-ils avec les quatre types d'expérience de la santé ?

Le tableau ci-dessous présente le résultat du croisement entre les deux classifications, de façon à permettre une double lecture (répartition des classes de travail et d'emploi selon les classes de santé, et répartition des classes de santé selon les classes de travail et d'emploi).

**Les expériences du travail et de l'emploi et les expériences de santé (%)<sup>1</sup>**

Classes d'expérience du travail et de l'emploi	Classes d'expérience de santé				
	Classe 1 Très bonne santé	Classe 2 Santé en difficultés	Classe 3 Souffranc e	Classe 4 Mauvaise santé	Ens.
Classe 1 Intégration assurée	25 <i>29</i>	15 <i>19</i>	48 <i>29</i>	-13 <i>-14</i>	100 <i>24</i>
Classe 2 Intégration laborieuse	-6 <i>-7</i>	14 <i>19</i>	37 <i>23</i>	+43 <i>+49</i>	100 <i>25</i>
Classe 3 Intégration incertaine	20 <i>33</i>	22 <i>42</i>	38 <i>33</i>	20 <i>33</i>	100 <i>35</i>
Classe 4 Intégration mixte	+38 <i>+31</i>	21 <i>19</i>	35 <i>15</i>	-6 <i>-5</i>	100 <i>17</i>
Ensemble	21 <i>100</i>	18 <i>100</i>	40 <i>100</i>	22 <i>100</i>	100 <i>100</i>

On observe en premier lieu une relative rareté des corrélations statistiquement significatives, puisque seulement cinq associations majeures peuvent être remarquées :

- la classe de *l'intégration mixte* est en affinité forte avec la classe de la *très bonne santé* : 38%\* des salariés de l'intégration mixte appartiennent à la classe de la très bonne santé, et 31%\* des salariés de la très bonne santé relèvent de la classe de l'intégration mixte ;

<sup>1</sup> Lecture : la *première ligne* de chaque case donne la répartition des classes d'expérience du travail et de l'emploi selon les classes de santé (21% des salariés proches de l'intégration mixte appartiennent à la classe de la santé en difficultés). La *deuxième ligne* (en italique) donne la répartition des classes d'expérience de la santé selon les classes d'expérience du travail et de l'emploi (19% des salariés de la classe de la santé en difficultés appartiennent à la classe de l'intégration mixte). Les signes « + » et « - » signalent les corrélations et anticorrélations statistiquement significatives.

- on observe simultanément une anticorrélation entre la classe de l'intégration mixte et la classe de la mauvaise santé ;
- la classe de l'*intégration laborieuse* s'associe de façon marquante avec la classe de la *mauvaise santé* : 43%\* des salariés proches de l'intégration laborieuse appartiennent à la classe de la mauvaise santé, et 49%\* des salariés de la classe de la mauvaise santé connaissent une intégration laborieuse ;
- on constate également, sans surprise, que la classe de l'intégration laborieuse est anti-corrélée à celle de la très bonne santé ;
- enfin, la classe de l'intégration assurée est anti-corrélée à celle de la mauvaise santé.

Outre ces associations (ou répulsions) fortes, quelques sur-représentations suggèrent l'existence d'affinités plus marquées entre certaines classes. On peut ainsi formuler quelques hypothèses d'ordre général :

- les expériences les plus proches de la *très bonne santé* sont le fait de salariés en emploi précaire, mais dans la configuration de l'*intégration mixte* et non dans celle de l'intégration incertaine. Je rappelle que ces deux types d'expérience se différencient essentiellement autour de trois caractéristiques : contrairement à ce qui est observé dans l'intégration incertaine, les salariés de l'intégration mixte dans leur grande majorité n'ont pas le sentiment de pouvoir perdre leur emploi, ils n'ont pas connu de période de chômage difficile, et ils sont associés aux conditions de travail moyennes (tandis que dans la classe de l'intégration incertaine c'est la modalité des bonnes conditions de travail qui est dominante). Par ailleurs, l'intégration mixte concerne significativement une population jeune, masculine et exerçant des emplois d'ouvriers (qualifiés ou non), tandis que les salariés de l'intégration incertaine sont en majorité des femmes, d'âge moyen, non qualifiées, exerçant significativement à temps partiel comme personnels de service ou professions intermédiaires et supérieures ;
- les salariés de l'*intégration incertaine*, quant à eux, sont sur-représentés dans la classe de la *santé en difficultés*, dont ils constituent près de la moitié de l'effectif (42%). Inversement, cette classe de santé est proportionnellement plus présente dans le groupe de l'intégration incertaine que dans l'ensemble de l'échantillon (22% pour 18%).

La précarité de l'emploi tend donc à s'associer principalement avec deux types d'expériences de santé : d'une part, et de façon significative, l'intégration mixte



s'allie à la très bonne santé ; d'autre part, les salariés de l'intégration incertaine sont légèrement sur-représentés dans l'expérience de la santé en difficultés ;

- enfin, la classe de *l'intégration assurée* semble être en affinité à la fois avec celle de la *souffrance*, qui en rassemble près de la moitié (48%) et avec celle de la *très bonne santé*, qui en regroupe 25%.

Cet ensemble de remarques suggère que les expériences du travail et les expériences de la santé ne se combinent pas selon un schéma systématique dans lequel on pourrait faire correspondre chaque classe de travail et d'emploi avec une classe de santé. Chacune des 16 combinaisons théoriques est observée, dans des proportions bien sûr très variables : de 2 personnes seulement pour la combinaison atypique entre intégration mixte et mauvaise santé, à 26 personnes pour la combinaison modale (mais non significative) entre l'intégration incertaine et la classe de la souffrance. Cela signifie que les cas de figure réels sont particulièrement diversifiés, et qu'au-delà des associations significatives mentionnées précédemment, le constat premier est celui d'une forte hétérogénéité des configurations croisées d'expériences du travail et de l'emploi et d'expériences de la santé. Essayons de comprendre plus précisément le détail de ces liens : quelles dimensions des expériences du travail et de l'emploi s'associent spécifiquement avec quelles dimensions de la santé ?

### ***b) Les composantes de l'expérience du travail et de l'emploi et les dimensions de la santé***

Pour analyser les liens entre les situations et les parcours professionnels et les expériences de la santé, je reprendrai la distinction présentée plus haut entre les quatre composantes de l'expérience du travail et de l'emploi (précarité et insécurité de l'emploi, conditions de travail, satisfactions liées au travail, rapport projectif à l'emploi), dont j'étudierai les relations avec les différentes variables de santé<sup>1</sup>. Mais je m'arrêterai d'abord sur un indicateur très général de position dans le monde du travail : le type d'emploi exercé.

---

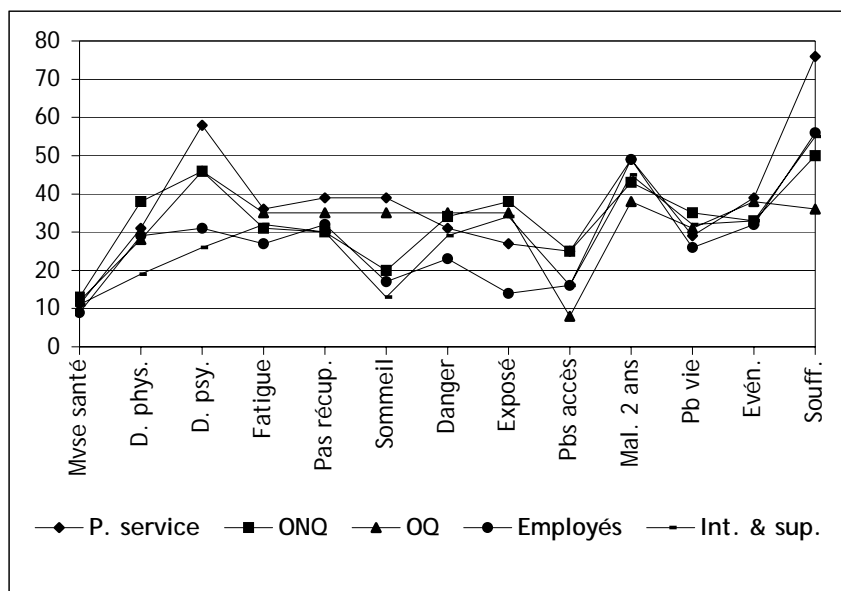
<sup>1</sup> Le choix de placer les caractéristiques de travail et d'emploi en variables indépendantes est une façon de présenter les résultats qui ne suppose pas, sauf commentaire explicite, que ces variables soient nécessairement « explicatives » de la santé.

## Type d'emploi et santé

Type d'emploi et santé - Tableau (%)<sup>1</sup>

	Personnels de service	Ouv. non qualifiés	Ouvriers qualifiés	Employés	Interméd. & sup.
Classe d'expérience de santé	Souff. 42 Mvse 24 En diff. 20	<i>TB 32*</i> Souff. 32	<i>Mvse 27</i> Souff. 31	Souff. 42 TB 23	<i>Souff. 48</i>
<b>Période actuelle/récente</b>					
- Santé actuelle :					
- Très bonne	16	20	27	23	21
- Bonne	74	68	62	67	68
- Mauvaise	11	13	12	9	11
- Difficultés physiques	31	38	28	29	19
- Difficultés psychologiques	58*	46	46	31	26
- Fatigue permanente	36	31	35	27	32
- Ne pas pouvoir « récupérer »	39	30	35	32	30
- Perdre le sommeil	39*	20	35	17	13
- Sentiment de danger	31	34	35	23	29
- Sentiment d'être exposé	27	38	35	14	34
- Pbs de santé empêchant emplois	25	25	8	16	16
<b>Histoire de santé</b>					
- Maladie 2 dernières années	49	43	38	49	45
- Grave problème vie	29	35	31	26	32
- Événement fragilisant	39	33	38	32	33
Souffrir de quelque chose	76*	50	36	56	55

Type d'emploi et santé - Graphique (%)



<sup>1</sup> Lecture : 42% des salariés exerçant actuellement comme personnels de service appartiennent à la classe de la souffrance, 24% à celle de la mauvaise santé et 20% à celle de la santé en difficultés (seules les classes signalées en gras et en italique sont sur-représentées). 16% sont en très bonne santé (les cases en gras et en italique signalent les proportions modales).

On remarque d'abord le très faible nombre d'associations significatives : au premier regard, les catégories d'emploi ne semblent que peu corrélées aux différentes variables de santé. Seul le groupe des *personnels de service* présente des proportions significativement plus importantes de salariés qui déclarent avoir éprouvé dans les derniers mois des difficultés psychologiques fortes (58%\*), avoir le sentiment de perdre le sommeil (39%\*), et souffrir de quelque chose (76%\*). Ils sont également les plus nombreux à avoir le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » (39%), et un quart d'entre eux déclarent avoir des problèmes de santé interdisant l'accès à certains emplois.

Ce dernier point est partagé par les *ouvriers non qualifiés*, qui sont également 38% à éprouver des difficultés sur le plan physique, bien qu'ils soient par ailleurs significativement associés à la classe de la très bonne santé (un tiers d'entre eux y sont rattachés).

Les *ouvriers qualifiés* se singularisent autour de modalités divergentes : c'est dans ce groupe que le pourcentage de salariés en très bonne santé est le plus élevé (27%), que les salariés qui souffrent de quelque chose sont les moins nombreux (36%), et que le pourcentage de problèmes de santé empêchant l'accès à certains emplois est le plus bas (8%), mais on relève un taux relativement élevé de salariés qui ont le sentiment de perdre le sommeil (35%).

Les *deux catégories d'ouvriers* sont les plus « inquiètes » : le sentiment que la santé est en danger ainsi que le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses sont plus présents ici que dans les autres groupes (34% à 38% à chaque fois).

Les *employés*, qui ne sont que 9% à estimer être en mauvaise santé, sont tout de même (comme les *personnels de service*) la moitié à avoir été malades dans les deux dernières années (49%). On note en revanche que cette catégorie est de loin la moins encline à se sentir exposée à des choses dangereuses dans le travail ou la vie habituelle (14%).

Enfin, les salariés exerçant comme *professions intermédiaires et supérieures* sont les moins concernés par les difficultés physiques ou psychologiques, par la fatigue et le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer », et par la perte de sommeil.

Certaines spécificités peuvent donc être remarquées, mais globalement la santé actuelle et passée est très peu indexée sur la hiérarchie des catégories d'emploi (la seule modalité qui diminue à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des emplois est la présence de difficultés psychologiques au cours des derniers mois). Ce résultat,

qui semble contradictoire avec les tendances connues en matière de santé perçue<sup>1</sup> et d'inégalités sociales de santé, n'est cependant pas surprenant dans une population fortement marquée par des formes de précarisation du travail, et dans laquelle l'emploi occupé au moment de l'enquête est bien souvent temporaire et en décalage avec les qualifications scolaires et professionnelles.

### **Précarité/Insécurité de l'emploi et santé**

La précarité de l'emploi relève de la nature contractuelle de l'emploi : CDI ou emploi non stable. Ses liens avec la santé seront étudiés en deux temps, d'abord au regard de la situation actuelle, puis en prenant en compte les caractéristiques des parcours professionnels.

Je m'arrêterai dans un deuxième temps sur les relations entre la santé et le « sentiment de précarité », c'est-à-dire la probabilité perçue de perdre son emploi à court ou moyen terme.

#### ***La mauvaise santé caractérise les salariés en CDI***

Peut-on identifier des associations statistiques indiquant que l'expérience de la santé diffère selon la nature (stable ou non stable) du contrat de travail ? Les salariés en CDI perçoivent-ils leur santé (actuelle et dans son histoire) de la même façon que ceux qui exercent en contrat précaire ?

---

<sup>1</sup> DUMARTIN S., « Trois quarts des Français se considèrent en bonne santé », *INSEE Première*, n° 702, 2000.

**Statut de l'emploi et santé (%)<sup>1</sup>**

	CDI (n=104)	Précaire (n=96)
<b>Classe d'expérience de la santé</b>	<i>Mvse 28*</i> Souff. 40	<i>TB 27*</i> Souff. 39
<b>Période actuelle/récente</b>		
- Santé actuelle :		
- Très bonne	18	23
- Bonne	68	69
- Mauvaise	14	7
- Difficultés physiques	37*	22
- Difficultés psychologiques	44	42
- Fatigue permanente	38*	26
- Ne pas pouvoir « récupérer »	38	29
- Perdre le sommeil	36*	15
- Sentiment de danger	32	28
- Sentiment d'être exposé	26	32
- Pbs de santé empêchant emplois	24	15
<b>Histoire de santé</b>		
- Maladie 2 dernières années	48	43
- Grave problème vie	38*	22
- Événement fragilisant	40	30
<b>Souffrir de quelque chose</b>	60	56

Une première remarque forte s'impose face à ces résultats : la mauvaise santé se situe nettement du côté des salariés en CDI. Presque tous les croisements indiquent en effet que les modalités de santé dégradée sont sur-représentées parmi les salariés en emploi stable. De façon significative, les salariés en CDI sont ainsi 37%\* à avoir éprouvé des difficultés fortes sur le plan physique dans une période récente, 38%\* à ressentir une fatigue permanente, 36%\* à avoir le sentiment de perdre le sommeil, et 38%\* à avoir eu un grave problème de santé au cours de leur vie. Outre ces corrélations, on observe que les salariés en emploi stable sont plus nombreux à estimer être en mauvaise santé (14%), à avoir le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » (38%), à avoir des problèmes de santé interdisant l'accès à certains emplois (24%), à avoir été malades au cours des deux dernières années (48%), et à avoir connu un événement de vie fragilisant (40%) sur le plan de la santé. Au vu de ces résultats, on peut affirmer que la santé des salariés en CDI est nettement moins bonne que celle des salariés en emploi précaire.

<sup>1</sup> Lecture : 28%\* des salariés en CDI appartiennent à la classe de la mauvaise santé, et 40% à celle de la souffrance. 18% sont en très bonne santé.

Quelques variables cependant ne font pas apparaître de différence forte entre les deux statuts d'emploi : les difficultés psychologiques, le sentiment que la santé est en danger ainsi que la souffrance se retrouvent en proportions relativement proches dans les deux groupes, tout en restant plus présentes chez les salariés en CDI.

Les salariés en contrat précaire sont en revanche plus nombreux à avoir le sentiment d'être exposés à des choses dangereuses (32%).

On peut par ailleurs signaler qu'au sein des salariés en emploi non durable, les intérimaires se singularisent par une plus forte proportion de salariés qui se déclarent en très bonne santé (25%), mais aussi qui ont éprouvé des difficultés psychologiques fortes au cours des derniers mois (47%) et qui ont le sentiment d'être exposés à des choses dangereuses (41%).

Plusieurs pistes interprétatives peuvent être suivies pour expliquer la mauvaise santé des salariés en CDI.

La première fait intervenir un effet d'âge, puisque nous avons vu que les salariés en CDI sont nettement plus âgés : 41%\* d'entre eux ont 45 ans ou davantage, tandis que les salariés en emploi précaire ne sont que 10% à appartenir à cette tranche d'âge. Pour aller plus loin, on peut se poser la question suivante : la santé dégradée des salariés en CDI est-elle observée seulement dans les modalités pour lesquelles les salariés les plus âgés sont les plus concernés ? Et dans ce cas, l'association entre l'âge et la santé dégradée se vérifie-t-elle également au sein des salariés en emploi précaire ? Malgré la faiblesse des effectifs à ces niveaux de subdivision de l'échantillon<sup>1</sup>, on peut relever les tendances suivantes :

- l'hypothèse d'un effet d'âge se vérifie pour 5 des variables indiquant une santé dégradée chez les salariés en CDI : la *mauvaise santé* actuelle, les *difficultés physiques*, le sentiment que la santé est en *danger*, et la présence d'un *grave problème de santé* ou d'un *événement fragilisant au cours de la vie*. Chacun de ces aspects caractérise à la fois les salariés en CDI et les salariés âgés de 45 ans et plus (y compris au sein des seuls salariés en emploi précaire). Encore resterait-il à comprendre ce que l'âge recouvre exactement ici : le vieillissement, on le sait, n'est pas une dynamique strictement biologique, mais comporte une large part de « social », et de ce point de vue la vie professionnelle n'est évidemment pas indifférente. Ainsi, l'âge « apparaît

---

<sup>1</sup> Par exemple, les salariés en contrat précaire de 45 ans ou plus ne sont que 10, les CDI de moins de 25 ans ne sont que 13.

à la fois comme un facteur par lui-même (car la liaison entre l'âge civil et l'âge fonctionnel - l' "âge des artères" - est certaine, même si sa formulation précise est difficile à établir) et comme une "variable relais", puisque sur l'avancée en âge viennent s'inscrire les parcours professionnels et les événements de la vie hors travail<sup>1</sup> ». En l'occurrence, les salariés en CDI sont-ils seulement plus âgés, ou sont-ils également plus « usés » par leur vie de travail ? Les renseignements recueillis dans ce questionnaire ne permettant pas de répondre, la question reste ouverte ;

- 3 autres modalités sont sur-représentées à la fois parmi les salariés les plus jeunes et les plus âgés. Il s'agit du sentiment de *fatigue* permanente, de la *perte de sommeil*, et des *problèmes de santé qui restreignent l'accès à certains emplois*. Pour ces trois aspects, on ne peut donc pas conclure à un effet d'âge ;

- enfin, le sentiment de *ne pas pouvoir* « récupérer » ainsi que les *maladies dans les deux dernières années* sont spécifiquement le fait des salariés les plus jeunes, qu'ils exercent en CDI ou en contrat précaire. Sur le premier point, on peut faire le rapprochement avec la forte proportion de salariés de moins de 25 ans qui occupent des emplois de personnels de service (47%\*), donc qui effectuent les travaux qui sont sans doute les plus fatigants physiquement (d'ailleurs les personnels de service sont effectivement sur-représentés parmi les salariés qui ne peuvent pas « récupérer »). Quant à la fréquence plus élevée des maladies dans les deux dernières années chez les plus jeunes salariés, elle est peut-être à comprendre comme le signe d'une relative « inexpérience » des problèmes de santé, qui amènerait ces jeunes répondants à considérer comme une « maladie » notable un trouble que les plus âgés, qui « en ont vu d'autres », ne jugeront pas pertinent de déclarer comme une « maladie » marquante dans les deux dernières années. Une grippe ou une gastro-entérite, par exemple, seraient déclarées au titre de maladie par les plus jeunes, tandis que les plus âgés relativiseraient davantage et ne déclareraient que des pathologies plus graves. Si l'on se reporte aux précisions données par les salariés, cette hypothèse se confirme : les deux-tiers des maladies citées par les moins de 25 ans sont des gripes ou des pathologies ORL bénignes, tandis que chez les salariés de 45 ans et plus, ce type de troubles ne représente que 10% des réponses (pour un tiers de problèmes de dos et un autre tiers de maladies chroniques). Dans la mesure où il est peu plausible que les salariés plus âgés n'aient

---

<sup>1</sup> VOLKOFF S., THÉBAUD-MONY A., « Santé au travail : l'inégalité des parcours », *op. cit.*, p. 357.

pas eux aussi eu une grippe ou un rhume au cours des deux dernières années, on peut supposer que la différence se situe ici dans les définitions de la « maladie », qui varient selon l'âge des répondants. Il y aurait donc ici un effet d'âge, non au sens du vieillissement mais au contraire au sens d'un « effet de jeunesse » pour ces salariés.

La santé globalement dégradée des salariés en CDI n'est donc pas toujours le seul fait des salariés les plus âgés. Mais au-delà de l'effet d'âge, on peut suggérer une autre hypothèse explicative, qui se réfère à un tout autre niveau d'analyse : pour une part d'entre eux, les salariés en contrat précaire ne seraient pas en meilleure santé, mais déclareraient moins les troubles qu'ils ressentent. Cette hypothèse se fonde sur la connaissance des enjeux sociaux du rapport entre santé et précarisation de l'emploi, décrits précédemment (chapitre III). On ne peut pas exclure en effet que certains salariés en contrat précaire aient été réticents à « avouer » des problèmes de santé, en particulier face au médecin du travail qui, on le sait, prononce l'aptitude ou l'inaptitude au poste de travail (et cela même si, comme on le verra dans le chapitre suivant, les médecins du travail sont souvent très soucieux de « gagner la confiance » des salariés, et ne prononcent une inaptitude que lorsqu'ils estiment qu'aucune autre solution n'est possible). Dans ce contexte, il est peut-être plus facile de signaler un problème bénin et révolu (grippe, angine...) qu'une sensation de fatigue permanente, des difficultés physiques fortes, ou plus encore des problèmes de santé qui limitent l'accès à certains emplois. Une forme d'autocensure pourrait donc biaiser les déclarations de ces salariés concernant leur santé - mais cette hypothèse n'est pas vérifiable dans cette enquête.

Enfin, troisième explication possible de la meilleure santé des salariés en contrat précaire : on a vu que des processus de sélection professionnelle par la santé existent de façon plus ou moins prononcée. Dès lors il est plausible d'imaginer que les salariés qui sont en mauvaise santé et qui ne sont pas déjà relativement protégés par un CDI n'ont que très peu accès à l'emploi, même précaire, et se trouvent donc hors du champ de cette enquête.



### *Précarité dans le parcours professionnel et santé perçue*

Pour étudier les liens entre la précarité au cours de la trajectoire professionnelle et la santé, je reprendrai la répartition de l'échantillon en quatre sous-populations :

- la première (« *plusieurs CDI* ») rassemble les personnes qui exercent actuellement en CDI et qui ont eu au moins un autre CDI auparavant (n=57), et se compose majoritairement d'hommes (58%) appartenant aux tranches d'âges les plus élevés, exerçant actuellement surtout comme employés et ouvriers qualifiés, et n'ayant dans la plupart des cas pas connu de chômage difficile (70%\*) ;

- le deuxième groupe, intitulé « *premier CDI* », est celui des salariés exerçant actuellement en CDI et n'ayant jamais occupé un autre emploi de ce type auparavant (n=42). On observe ici une sur-représentation des deux classes d'âges opposées et, comme dans le groupe précédent, une faible fréquence de l'expérience du chômage ;

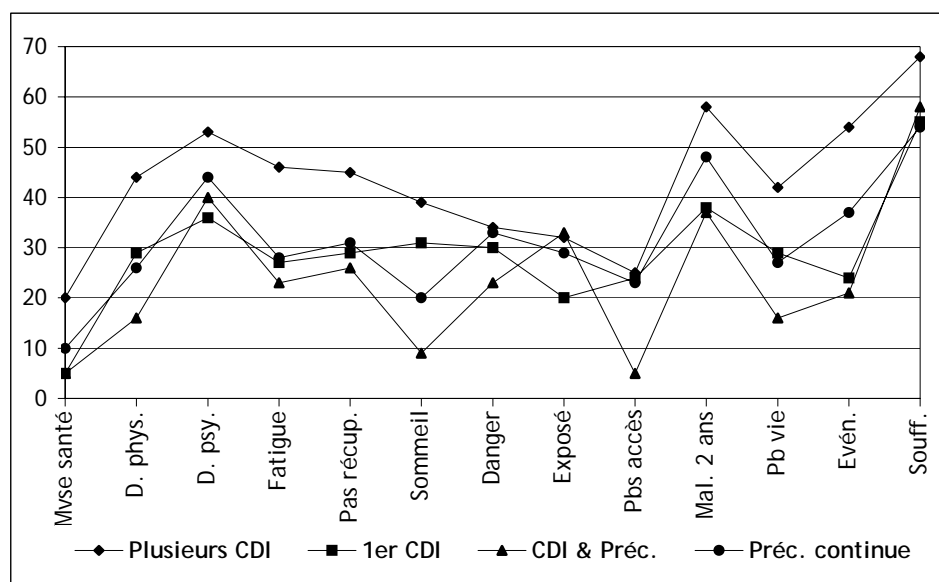
- les femmes, les ouvriers non qualifiés et les salariés des tranches d'âges médianes sont plus présents dans le troisième groupe (« *alternance stabilité/précarité* »), constitué de salariés qui exercent actuellement en contrat précaire tout en ayant, au moins une fois dans leur parcours, exercé en emploi stable (n=43) ;

- enfin, la dernière catégorie (« *précarité continue* ») regroupe les salariés confrontés à la précarité de l'emploi actuel et n'ayant jamais exercé en CDI (n=52). Ce groupe se compose essentiellement de salariés de moins de 35 ans, occupant des emplois d'ouvriers non qualifiés et de personnels de service, et comme dans le groupe précédent, la proportion de répondants ayant connu le chômage de façon marquante est proche des deux-tiers.

Comment ces quatre sous-populations se caractérisent-elles au regard des variables de santé ?

**Précarité dans le parcours professionnel et santé - Tableau (%)<sup>1</sup>**

	Plusieurs CDI (n=57)	Premier CDI (n=42)	Alt. stab./préc. (n=43)	Préc. continue (n=52)
Classe d'expérience de santé	<i>Mvse 35*</i> Souff. 37	<i>Souff. 43</i> <i>En diff. 21</i>	<i>Souff. 47</i> <i>TB 26</i>	<i>TB 27</i> <i>En diff. 21</i> Souff. 33
<b>Période actuelle/récente</b>				
- Santé actuelle :				
- Très bonne	17	20	26	22
- Bonne	63	76	70	69
- Mauvaise	20*	5	5	10
- Difficultés physiques	44*	29	16	26
- Difficultés psychologiques	53	36	40	44
- Fatigue permanente	46*	27	23	28
- Ne pas pouvoir « récupérer »	45*	29	26	31
- Perdre le sommeil	39*	31	9	20
- Sentiment de danger	34	30	23	33
- Sentiment d'être exposé	32	20	33	29
- Pbs de santé empêchant emplois	25	24	5	23
<b>Histoire de santé</b>				
- Maladie 2 dernières années	58*	38	37	48
- Grave problème vie	42*	29	16	27
- Événement fragilisant	54*	24	21	37
Souffrir de quelque chose	68	55	58	54

**Précarité dans le parcours professionnel et santé - Graphique (%)**

<sup>1</sup> Lecture : 35%\* des salariés qui exercent actuellement en CDI et ont déjà exercé en CDI auparavant appartiennent à la classe de la mauvaise santé, et 37% à celle de la souffrance. 17% sont en très bonne santé.

On observe les associations suivantes :

- le groupe « *plusieurs CDI* » est associé à la mauvaise santé actuelle (20%\*), aux difficultés physiques (44%\*) et psychologiques (53%), à la fatigue permanente et au sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » (46%\* et 45%\*), au sentiment de perdre le sommeil (39%\*), à la déclaration d'une maladie au cours des deux dernières années (58%\*), d'un problème grave au cours de la vie (42%\*) et d'un événement fragilisant (54%\*), et enfin à la modalité « souffrir de quelque chose » (68%). 35%\* des salariés de ce groupe sont rattachés à la classe de la mauvaise santé ;

- l'autre sous-groupe de salariés en CDI, qui rassemble les répondants occupant actuellement leur *premier CDI*, se caractérise par une santé actuelle jugée « bonne » dans les trois-quarts des cas, et par de faibles proportions de salariés concernés par la mauvaise santé, par le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses, par les maladies dans les deux dernières années et par la présence d'un événement de vie fragilisant sur le plan de la santé ;

- les salariés exerçant actuellement en contrat précaire tout en ayant fait l'expérience d'un CDI (*alternance stabilité/précarité*) sont ceux qui déclarent le plus souvent la meilleure santé. On compte parmi eux 26% de répondants estimant que leur santé est « très bonne », et ces salariés sont les moins nombreux à déclarer des difficultés physiques, des troubles du sommeil, des problèmes de santé empêchant l'accès à certains emplois, des maladies au cours des deux dernières années ainsi que des graves problèmes de santé ou des événements fragilisants au cours de la vie. Ce groupe est également celui où le sentiment que la santé est en danger est le moins fréquent. La seule variable connotant une santé potentiellement moins positive est le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses, qui concerne ici (comme dans le groupe « *plusieurs CDI* ») un tiers des répondants ;

- enfin, le groupe des salariés qui n'ont connu que l'emploi précaire se rapproche, selon les cas, de l'un des trois autres groupes. On peut noter qu'il se situe au deuxième rang, après le groupe « *plusieurs CDI* » mais assez loin devant les deux autres, pour les maladies dans les deux dernières années et l'événement de vie fragilisant sur le plan de la santé.

En résumé, cette exploration permet d'éclairer l'association précédemment observée entre emploi en CDI et mauvaise santé, puisqu'on peut préciser qu'au sein des salariés en emploi stable, la dégradation de la santé concerne spécifiquement ceux qui ont déjà travaillé en CDI et qui sont préférentiellement les hommes et les salariés les plus âgés. A l'opposé, on retrouve la bonne ou très bonne

santé chez les salariés en contrat précaire, et plus précisément parmi ceux qui ont connu auparavant l'emploi stable (plus souvent des femmes appartenant aux classes d'âge médianes).

Les caractéristiques du parcours professionnel antérieur (que le questionnaire ne saisit que très partiellement) semblent donc importantes pour comprendre la façon dont l'expérience de l'emploi s'articule avec l'histoire de santé.

Ces résultats sont par ailleurs cohérents avec ceux que l'on observe en croisant directement les caractéristiques du parcours professionnel et les composantes de la santé :

- j'ai déjà indiqué dans le chapitre précédent que les répondants qui ont vécu une période de *chômage* « particulièrement difficile » (soit 47% de l'échantillon) sont proportionnellement plus nombreux à estimer être actuellement en mauvaise santé<sup>1</sup>. On peut ajouter qu'ils déclarent également plus souvent qu'un événement de leur vie a créé une plus grande fragilité sur le plan de leur santé<sup>2</sup>, et qu'ils sont plus nombreux à éprouver une fatigue permanente, à avoir le sentiment de perdre le sommeil, et enfin à déclarer souffrir de quelque chose. On observe donc que l'expérience du chômage tend à s'associer avec une santé partiellement dégradée ;

- il est étonnant de constater que les répondants qui ont travaillé en *intérim dans le passé* déclarent une santé relativement dégradée, contrairement aux intérimaires actuels. Les deux populations se recouvrent pourtant partiellement : 88%\* des répondants intérimaires ont déjà travaillé sous cette forme d'emploi auparavant, et 42%\* des salariés qui ont fait l'expérience de l'intérim exercent aujourd'hui dans ce cadre. Or, alors que les intérimaires actuels, comme on l'a vu, déclarent une santé globalement meilleure que dans l'ensemble de l'échantillon (sauf en ce qui concerne les difficultés psychologiques et le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses), les personnes qui ont travaillé en intérim avant leur contrat actuel se caractérisent par des réponses laissant supposer une santé nettement moins positive : on retrouve en effet dans ce groupe une sur-représentation des difficultés psychologiques (47%), mais on observe également des proportions plus importantes de répondants qui déclarent éprouver des difficultés physiques (38%\*) et une fatigue permanente (35%), qui ont des problèmes de santé interdisant l'accès

---

<sup>1</sup> Symétriquement, on observe parmi ces salariés une nette sous-représentation de la modalité de la très bonne santé (16%, pour 24% de ceux qui n'ont pas connu un chômage difficile).

<sup>2</sup> Dans 5 cas, l'événement cité est précisément le chômage.

à certains emplois (26%), qui ont eu un grave problème de santé au cours de la vie (35%), et qui ont le sentiment que leur santé est en danger (40%\*). Il faut bien entendu conserver une certaine prudence interprétative compte tenu de la faiblesse numérique des effectifs concernés. Néanmoins, il semble que l'expérience de l'intérim dans le passé soit plus associée à une santé dégradée que l'exercice actuel de l'intérim. Comment comprendre ce résultat ? Il faut se souvenir que le jugement porté sur l'expérience passée du travail intérimaire subdivise les 66 répondants concernés : 37 ont estimé que cette forme d'emploi leur a convenu, et 25 ont donné la réponse opposée (et 5 n'ont pas répondu sur ce point). Et l'on remarque que ce sont surtout ces 25 répondants qui présentent une santé dégradée (fatigue permanente, sentiment de ne pouvoir « récupérer », perte de sommeil, difficultés physiques, sentiment que la santé est en danger, grave problème de santé au cours de la vie ou maladie dans les deux dernières années<sup>1</sup>).

Cet ensemble de résultats ne doit pas être interprété de façon déterministe. On ne peut pas en inférer, par exemple, que l'expérience antérieure du travail intérimaire, lorsqu'elle n'a pas été satisfaisante, soit la cause d'une dégradation de la santé, car on ne sait pas si les altérations de santé déclarées lors du questionnaire sont antérieures ou non à l'emploi en intérim. Pour la même raison, on ne peut pas considérer que si les salariés n'ont pas été satisfaits de leur expérience de l'intérim, c'est parce qu'ils étaient déjà en mauvaise santé. Même si ces deux hypothèses sont probablement vraies pour une partie des répondants, les données recueillies ne permettent pas d'éclairer davantage le constat d'une coexistence entre une expérience passée de l'intérim qui n'a pas convenu, et une santé actuelle et passée relativement dégradée. On peut ajouter que les deux sous-groupes de salariés ayant expérimenté l'intérim tendent à se distinguer au regard de l'âge : ceux qui en ont été satisfaits présentent une proportion nettement plus importante de salariés de 45 ans et plus, tandis que les 25-34 ans sont plus présents parmi ceux qui jugent négativement leur expérience de l'intérim. La moins bonne santé des derniers ne semble donc pas explicable par un effet d'âge ;

- enfin, si l'on observe les croisements entre les variables de santé et le *nombre de contrats de travail au cours des deux dernières années*, on remarque que plus celui-ci est

---

<sup>1</sup> Sur-représentations comprises entre 4 et 21 points de ces modalités parmi ceux à qui l'intérim n'a pas convenu, par rapport à ceux à qui il a convenu.

élevé, meilleures sont les réponses concernant la santé<sup>1</sup> (sauf en ce qui concerne les événements fragilisants et le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses, qui sont davantage le fait des salariés ayant eu au moins 3 contrats différents). Il semble donc, de ce point de vue, qu'une mobilité professionnelle forte dans la période récente s'associe avec la bonne santé, en lien par ailleurs avec la jeunesse des salariés concernés.

### *Le « sentiment de précarité » : un indicateur de santé ?*

#### Sentiment de pouvoir perdre son emploi et santé (%)<sup>2</sup>

	Emploi non menacé (n=118)	Emploi menacé (n=62)
Classe d'expérience de santé	<i>Souff. 46*</i> TB 21	<i>Mvse 29</i> <i>En diff. 24</i> Souff. 29
<b>Période actuelle/récente</b>		
- Santé actuelle :		
- Très bonne	20	19
- Bonne	73	63
- Mauvaise	7	18*
- Difficultés physiques	26	36
- Difficultés psychologiques	45	55*
- Fatigue permanente	30	33
- Ne pas pouvoir « récupérer »	32	35
- Perdre le sommeil	25	30
- Sentiment de danger	23	38*
- Sentiment d'être exposé	26	33
- Pbs de santé empêchant emplois	17	24
<b>Histoire de santé</b>		
- Maladie 2 dernières années	42	52
- Grave problème vie	28	32
- Événement fragilisant	31	46*
Souffrir de quelque chose	58	60

Mauvaise santé actuelle, difficultés psychologiques, sentiment que la santé est en danger et événement de vie fragilisant sur le plan de la santé sont significativement associés à la perception de l'emploi actuel comme menacé. Toutes les autres modalités, avec des écarts variables (de 10% pour les difficultés physiques et les

<sup>1</sup> Sous-représentations de 3 à 15 points des modalités de santé dégradée parmi les salariés ayant eu plus de 2 contrats de travail dans les 2 dernières années, par rapport à ceux qui n'en ont eu qu'un seul ou aucun.

<sup>2</sup> Lecture : 29% des salariés qui ont le sentiment de pouvoir perdre leur emploi appartiennent à la classe de la mauvaise santé, 24% à celle de la santé en difficultés, et 29% à celle de la souffrance. 19% sont en très bonne santé.

maladies au cours des deux dernières années à 2% pour la souffrance), confirment la moins bonne santé des salariés qui pensent pouvoir perdre leur emploi.

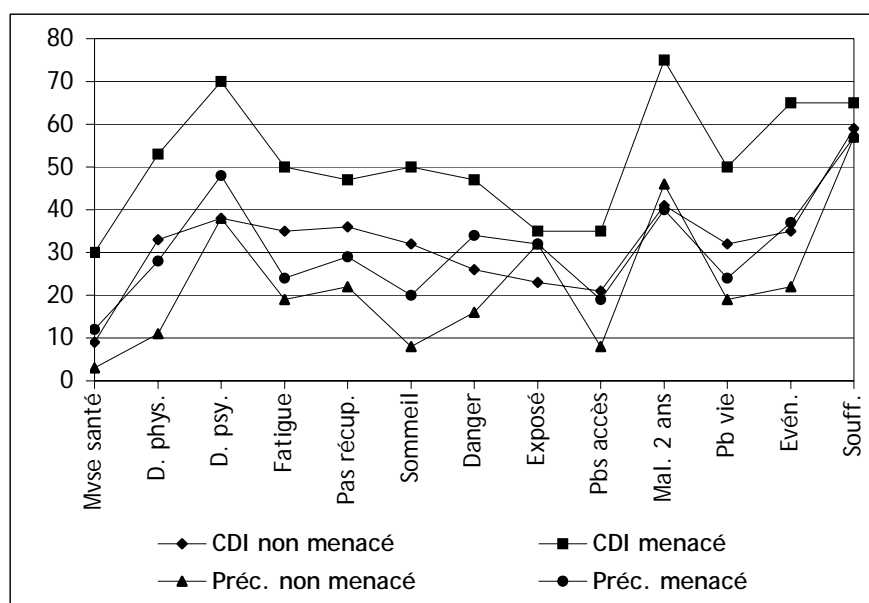
Nous sommes donc en présence d'une double dichotomie des expériences de la santé : dégradation du côté des salariés en CDI et de ceux qui éprouvent un sentiment de précarité ; santé plus positive chez les salariés en emploi précaire et chez ceux qui ne perçoivent pas leur emploi comme menacé. Or, nous savons que le sentiment de précarité est d'abord et avant tout corrélé au type de contrat de travail : les salariés qui pensent pouvoir perdre leur emploi occupent pour plus des deux-tiers (68%\*) un emploi précaire. Mais nous avons vu aussi que 20% des salariés en CDI éprouvent également ce sentiment : s'agit-il de ceux dont la santé est particulièrement dégradée ? D'autre part, parmi les salariés en contrat précaire, 53%\* ont le sentiment de pouvoir perdre leur emploi, et 47% n'ont pas ce sentiment : on peut ici aussi faire l'hypothèse d'une santé moins bonne pour ceux qui pensent pouvoir perdre leur emploi.

Le tableau et le graphique ci-dessous présentent les résultats permettant de tester ces hypothèses. La population a été divisée en quatre groupes par croisement entre le statut de l'emploi et le sentiment de pouvoir perdre son emploi.

**Groupes de précarité/insécurité de l'emploi et santé - Tableau (%)<sup>1</sup>**

	CDI non menacé (n=81)	CDI menacé (n=20)	Précaire non menacé (n=37)	Précaire menacé (n=42)
Classe d'expérience de santé	<i>Souff. 47</i>	<i>Mvse 50*</i> <i>En diff. 30</i>	<i>Souff. 43</i> <i>TB 27</i>	<i>TB 24</i> <i>En diff. 21</i> <i>Souff. 36</i>
<b>Période actuelle/récente</b>				
- Santé actuelle :				
- Très bonne	19	10	22	24
- Bonne	71	60	76	64
- Mauvaise	9	30*	3	12
- Difficultés physiques	33	53*	11	28
- Difficultés psychologiques	38	70*	38	48
- Fatigue permanente	35	50*	19	24
- Ne pas pouvoir « récupérer »	36	47	22	29
- Perdre le sommeil	32	50*	8	20
- Sentiment de danger	26	47*	16	34
- Sentiment d'être exposé	23	35	32	32
- Pbs de santé empêchant emplois	21	35*	8	19
<b>Histoire de santé</b>				
- Maladie 2 dernières années	41	75*	46	40
- Grave problème vie	32	50*	19	24
- Événement fragilisant	35	65*	22	37
Souffrir de quelque chose	59	65	57	57

**Groupes de précarité/insécurité de l'emploi et santé - Graphique (%)**



<sup>1</sup> Lecture : 47% des salariés qui exercent en CDI non menacé appartiennent à la classe de la souffrance. 19% sont en très bonne santé.



Les résultats confirment d'abord très largement que le sentiment de pouvoir perdre son emploi est associé à une santé dégradée. Dans chaque groupe de statut d'emploi (CDI/précaire), les salariés qui pensent pouvoir perdre leur emploi sont beaucoup plus nombreux à déclarer des modalités de mauvaise santé, actuelle et passée.

Pour les salariés en CDI perçu comme menacé, la différence est nette et systématique : même en restant prudent compte tenu du faible effectif de ce groupe (20 personnes), les écarts sont assez importants et les corrélations significatives assez nombreuses pour que l'on puisse conclure que ces 20 répondants sont très nettement en moins bonne santé. Le seul écart relativement faible (6 points) concerne la dimension de la souffrance - ce qui n'est pas étonnant car nous avons vu que cette variable se place relativement à part des autres variables de santé. En cohérence avec d'autres observations mentionnées précédemment, on n'est pas étonné de constater que la moitié des 20 salariés en CDI, inquiets et en mauvaise santé, sont âgés de 45 ans ou davantage.

Parmi les salariés en contrat précaire, l'association entre crainte pour l'emploi et mauvaise santé se vérifie également : les seules exceptions sont les maladies au cours des deux dernières années, plus présentes chez ceux qui n'ont pas le sentiment de pouvoir perdre leur emploi, ainsi que le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses, éprouvé dans les mêmes proportions (32%) par les deux sous-groupes de salariés en emploi précaire (et dans une proportion similaire chez les salariés en CDI qui ont le sentiment de pouvoir perdre leur emploi : 35%). La dimension de la souffrance ne fait pas non de plus de différence au sein des salariés en contrat précaire (57%), qui de ce point de vue ne se distinguent pas des salariés en CDI menacé (59%).

Parmi les 4 sous-groupes, les mieux lotis sont finalement les salariés en emploi précaire qui ne sont pas inquiets<sup>1</sup> pour leur emploi. On remarque dans ce groupe une sous-représentation de toutes les modalités de santé dégradée, sauf trois : le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses (seuls les CDI non menacés tirent leur épingle du jeu ici), les maladies dans les deux dernières années et, comme vient de le voir, la souffrance.

---

<sup>1</sup> Parler d' « inquiétude » est peut-être quelque peu impropre ici, dans la mesure où nous ne savons pas si l'on peut réellement qualifier ainsi le seul fait de répondre positivement à cette question d'enquête qui évalue un risque subjectivement perçu et ne correspond sans doute pas toujours à une véritable inquiétude éprouvée par les salariés, indépendamment du questionnaire.

Si l'on revient au statut de l'emploi détaillé par contrat, on observe que parmi les salariés en emploi précaire, ceux qui ont le sentiment de pouvoir perdre leur emploi sont d'abord les salariés en CDD, puis les intérimaires, et enfin les salariés en contrat aidé. Cet ordre correspond bien à celui qui est observé concernant l'état de santé (de la moins bonne à la meilleure santé).

Finalement, un résultat important mérite d'être souligné : le sentiment de pouvoir perdre son emploi est très lié à la santé perçue et à l'histoire de santé, et cela en emploi stable comme en emploi précaire. Deux lignes explicatives peuvent être suggérées :

- on peut supposer que le sentiment de pouvoir perdre son emploi est partie prenante d'une dégradation de la santé, par le biais de l'inquiétude et du sentiment d'insécurité qui peuvent en eux-mêmes être pathogènes. Ceci pourrait expliquer en particulier les altérations de la santé susceptibles de mobiliser un processus psychosomatique (difficultés psychologiques, perte de sommeil). Cependant, on ne voit pas très bien comment le sentiment de pouvoir perdre son emploi actuel pourraient expliquer les altérations de la santé passée (maladies dans les deux dernières années, grave problème au cours de la vie, événement fragilisant) ;

- c'est pourquoi une causalité inverse semble plus probable : la mauvaise santé perçue est considérée par les salariés comme un facteur potentiel de précarisation professionnelle, ce qui est d'autant plus plausible que le sentiment de pouvoir perdre son emploi est particulièrement éprouvé par les salariés qui occupent les emplois les plus pénibles (24% d'entre eux exercent comme ouvriers non qualifiés et 27% comme personnel de service, et plus des deux-tiers connaissent des conditions de travail moyennes (35%) ou mauvaises (35%), tandis que ceux qui ne perçoivent pas leur emploi comme menacé sont 47%\* à travailler dans de bonnes conditions). Se savoir ou se sentir en mauvaise santé augmente ainsi la probabilité perçue de perdre son emploi - probabilité perçue qui, en l'occurrence, correspond à une probabilité statistique réelle. En ce sens, les résultats de cette enquête midi-pyrénéenne auprès d'un petit échantillon convergent avec des constats connus par ailleurs auprès de populations beaucoup plus nombreuses. Une santé dégradée, observée plus souvent - mais pas uniquement - chez les travailleurs vieillissants, crée en effet un « handicap de situation », c'est-à-dire un « désajustement entre les aptitudes d'un travailleur et le poste qu'il occupe. En pareil cas, si des transformations du poste ne sont pas envisagées à temps, et si les stratégies

possibles de mobilité sont restreintes, ces handicaps installent ceux qui les vivent dans un statut de "population à risque" en matière d'emploi<sup>1</sup> ».

La perception d'une santé dégradée comme un facteur de précarisation du rapport à l'emploi se vérifie également pour les deux variables que j'ai réunies sous le thème du « rapport projectif à l'emploi ». Je rappelle que, d'une part, 75% des salariés interrogés estiment qu'ils retrouveraient un emploi de niveau égal ou supérieur s'ils perdaient leur emploi actuel, 14% pensent qu'ils ne retrouveraient qu'un emploi de niveau inférieur, et 11% pensent qu'ils ne retrouveraient pas du tout d'emploi ; d'autre part, la perspective d'un licenciement serait une « occasion de changer » pour 45% des répondants, un « échec personnel » pour 29% d'entre eux, et une « fatalité » pour 17%.

- Les salariés les plus pessimistes quant à la possibilité de *retrouver un emploi* sont très nettement en mauvaise santé, ce qui concorde avec la forte proportion de salariés en CDI dans ce groupe (80%\*). Les réponses en matière de santé des salariés qui estiment pouvoir retrouver un emploi de niveau seulement inférieur sont proches de ce que déclarent les plus pessimistes, tandis que les plus optimistes (retrouver un emploi de niveau au moins égal) se situent nettement du côté de la bonne santé. La perception de son hypothétique devenir professionnel est donc étroitement liée à l'évaluation de la santé actuelle et passée.

- Sur le deuxième point, on pourrait penser que les salariés qui vivraient un *licenciement* comme une « fatalité » sont en moins bonne santé, tandis que ceux qui y verraient une « occasion de changer » seraient moins nombreux à donner des réponses connotant une mauvaise santé (l'idée étant que les conséquences d'un éventuel licenciement sont perçues comme plus graves si la santé est déjà altérée). La première partie de l'hypothèse se vérifie dans l'ensemble : ceux qui vivraient un licenciement comme une « fatalité » sont 16% à être en mauvaise santé, 42% à éprouver des difficultés physiques et 59%\* des difficultés psychologiques, 38% à éprouver une fatigue permanente, 31% à avoir des problèmes de santé interdisant l'accès à certains emplois, et 41% à mentionner un événement de vie fragilisant pour la santé. Ces résultats ne surprennent pas si l'on se souvient que les salariés qui ont choisi cette réponse sont 50%\* à être âgés de 45 ans ou davantage. Cette

---

<sup>1</sup> DESSORS D., SCHRAM J., VOLKOFF S., « Du "handicap de situation" à la sélection-exclusion : une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques », *op. cit.*, p. 34.

notion de « fatalité » semble donc pouvoir être comprise non seulement comme la désignation d'un sort aléatoire et extérieur à soi (contrairement à la réponse « échec personnel »), mais aussi comme l'expression d'un pessimisme concernant le devenir professionnel qui se fonde sur la conscience d'une santé relativement dégradée. En revanche, l'hypothèse d'une santé plus positive chez les 85 salariés qui percevraient un licenciement comme une occasion de changer ne se vérifie pas : ces répondants déclarent eux aussi une santé plutôt altérée<sup>1</sup>. Ce constat amène à reconsidérer le sens de la réponse « une occasion de changer » : elle indiquerait moins une forme d'optimisme et de confiance en l'avenir, s'appuyant notamment sur une santé bonne ou très bonne, qu'une relative insatisfaction dans le travail actuel<sup>2</sup>. Le croisement avec d'autres variables concernant la satisfaction éprouvée dans et par le travail tend à le confirmer : ceux qui considèrent qu'un licenciement serait une occasion de changer sont 27%\* à qui le temps de travail actuel ne convient pas, 33% à connaître des conditions de travail seulement moyennes (et 32% de mauvaises), 22% à considérer que leur travail ne leur permet pas d'avoir une vie personnelle satisfaisante, et lorsqu'ils exercent en contrat précaire, ces salariés sont 27% à ne pas souhaiter que leur contrat soit renouvelé (contre 17% dans l'ensemble des salariés en contrat précaire). Compte tenu de ces éléments, percevoir un éventuel licenciement comme une « occasion de changer » semble bien connoter l'idée que l'on pourrait sans doute « trouver mieux » que l'emploi actuel.

Après cet ensemble d'analyses concernant le statut de l'emploi actuel, le rapport à l'emploi dans le parcours professionnel et le « sentiment de précarité », abordons maintenant un autre aspect fondamental de l'expérience du travail : qu'observe-t-on lorsque l'on étudie la santé en lien avec la description que les salariés donnent de leurs conditions de travail ?

---

<sup>1</sup> Finalement, c'est plutôt la réponse « échec personnel » qui est associée à une bonne santé générale.

<sup>2</sup> C'est ce qu'indique l'un des répondants : « occasion de changer, car travail pénible et problèmes de santé : espoir d'un changement positif ».

**Conditions de travail et santé****Conditions de travail et santé (%)<sup>1</sup>**

	Bonnes (n=84)	Moyennes (n=56)	Mauvaises (n=60)
Classe d'expérience de santé	<i>Souff. 43</i> <i>TB 26</i>	<i>TB 25</i> Souff. 34	<i>Mvse 33*</i> Souff. 40
<b>Période actuelle/récente</b>			
- Santé actuelle :			
- Très bonne	<b>30*</b>	19	6
- Bonne	64	<b>76</b>	6
- Mauvaise	6	6	<b>23*</b>
- Difficultés physiques	22	31	<b>38*</b>
- Difficultés psychologiques	36	42	<b>54*</b>
- Fatigue permanente	23	33	<b>43*</b>
- Ne pas pouvoir « récupérer »	21	36	<b>48*</b>
- Perdre le sommeil	19	24	<b>37*</b>
- Sentiment de danger	21	<b>37</b>	<b>36</b>
- Sentiment d'être exposé	22	27	<b>39*</b>
- Pbs de santé empêchant emplois	14	20	<b>27</b>
<b>Histoire de santé</b>			
- Maladie 2 dernières années	40	44	<b>55</b>
- Grave problème vie	29	27	<b>35</b>
- Événement fragilisant	30	31	<b>47*</b>
Souffrir de quelque chose	52	54	<b>70*</b>

Ce tableau permet de constater que les modalités de santé dégradée sont toutes associées aux mauvaises conditions de travail, avec des sur-représentations importantes et souvent significatives. Le groupe des mauvaises conditions de travail est d'ailleurs significativement associé à la classe de la mauvaise santé. A l'inverse, les salariés qui ont de bonnes conditions de travail ont très massivement déclaré une absence de problèmes de santé. Lorsque les conditions de travail sont moyennes, les déclarations en matière de santé se rapprochent plutôt des résultats observés pour les bonnes conditions de travail, à l'exception du sentiment que la santé est en danger, qui « bascule » du côté du « oui » dès que les conditions de travail ne sont plus bonnes.

En ce qui concerne la santé actuelle perçue, on peut compléter les chiffres du tableau en précisant que dans le groupe des bonnes conditions de travail, aux 30%\* de salariés en très bonne santé s'ajoutent 64% de salariés en bonne santé (et donc seulement 6% de salariés en mauvaise santé). Dans le groupe des conditions de

<sup>1</sup> Lecture : 43% des salariés travaillant dans de bonnes conditions appartiennent à la classe de la souffrance, et 26% à celle de la très bonne santé. 30%\* estiment être actuellement en très bonne santé.

travail moyennes, la proportion de salariés en très bonne santé est nettement plus faible (19%), et celle des salariés en mauvaise santé est identique. Enfin, parmi les salariés qui travaillent dans de mauvaises conditions, la proportion des répondants en très bonne santé tombe à 9%.

Les écarts de pourcentages entre le groupe des bonnes conditions de travail et celui où elles sont mauvaises sont tous au moins égaux à 11 points, et jusqu'à 47 points pour le sentiment que le travail a des effets négatifs sur la santé (9% dans le groupe des bonnes conditions de travail, et 56%\* dans le groupe des mauvaises). La seule exception est la présence d'un grave problème de santé au cours de la vie, qui se retrouve dans des proportions relativement similaires dans les trois catégories (29% dans les bonnes conditions de travail, 27% dans les moyennes, et 35% dans les mauvaises).

Les modalités indiquant une santé dégradée ne concernent jamais plus de 40% des salariés qui ont de bonnes conditions de travail, sauf pour la dimension de la souffrance qui se distingue une fois de plus, car elle concerne tout de même 52% d'entre eux - c'est-à-dire presque autant que dans le groupe des conditions de travail seulement moyennes (54%), mais beaucoup moins que dans celui des mauvaises conditions de travail (70%\*).

Comment interpréter cet ensemble de résultats ? Sans doute s'agit-il là aussi pour partie d'un effet d'âge, car on se souvient que les salariés qui travaillent dans de mauvaises conditions sont pour près d'un tiers (30%) âgés de 45 ans et plus, et que cette tranche d'âge déclare par ailleurs une santé nettement moins bonne (de fait, les salariés exposés à de mauvaises conditions de travail et qui déclarent une santé dégradée sont très souvent les plus âgés<sup>1</sup>).

A première vue ces résultats suggèrent que l'effet bien connu de sélection par la santé (« healthy worker effect »), selon lequel ce sont les salariés en meilleure santé qui occupent les postes les plus pénibles, n'est pas observé dans la population enquêtée. Ici au contraire, santé dégradée et conditions de travail difficiles et pénibles vont de pair. Mais sans doute faut-il nuancer cette remarque en rappelant

---

<sup>1</sup> Par exemple, parmi les 13 personnes qui ont à la fois de mauvaises conditions de travail et une santé actuelle mauvaise, 6 sont âgées de 45 ans ou davantage. Sur les 32 salariés qui cumulent mauvaises conditions de travail et difficultés psychologiques, 11 appartiennent à cette tranche d'âge, et 7 parmi les 16 personnes qui ont à la fois de mauvaises conditions de travail et des problèmes de santé interdisant l'accès à certains emplois.

que l'enquête se situe uniquement au niveau des *perceptions* des conditions de travail par les salariés. La pénibilité « objective » (pour autant qu'elle puisse être définie, par exemple avec des indicateurs précis concernant les efforts physiques, le port de charges, les gestes répétitifs, etc.) est peut-être davantage le fait des salariés en meilleure santé, mais ceux dont la santé est altérée, par le vieillissement ou par d'autres facteurs, perçoivent néanmoins leurs conditions de travail comme plus difficiles. L'enquête ne dispose pas de questions assez précises et « objectivantes » concernant les conditions de travail (du type de celles utilisées dans les enquêtes de la DARES) pour explorer davantage cette thématique. D'autre part, l'hypothèse d'une cessation d'activité professionnelle pour des raisons de santé reste pertinente, et l'on peut supposer que les salariés dont la santé était la plus dégradée ne sont plus en emploi, et donc invisibles dans cette enquête.

Pour tenter de comprendre plus précisément comment s'associent les modalités de santé et les conditions de travail, il peut être intéressant de revenir au détail de ces dernières.

Chaque aspect des conditions de travail a ainsi été croisé (procédure de tamis) avec 9 variables de santé actuelle ou concernant la période récente<sup>1</sup>. Les résultats montrent que quatre aspects des conditions de travail sont particulièrement associés aux diverses modalités indiquant une santé dégradée, comme l'indique le tableau ci-dessous :

---

<sup>1</sup> Santé actuelle perçue, difficultés physiques, difficultés psychologiques, fatigue permanente, ne pas pouvoir « récupérer », perte de sommeil, sentiment d'être exposé à des choses dangereuses, sentiment que la santé est en danger, souffrir de quelque chose.

**Principales associations entre les variables de conditions de travail  
et les variables de santé (%)<sup>1</sup>**

	CdT plus dures	Gênes	Rel. coll. diff.	Répét. & monot.	Ens.
Mauvaise santé	22*	17*	45*	19*	11
D. physiques	51*	41*	55*	36	30
D. psychologiques	57*	52*	91*	51	43
Fatigue	47*	45*	55*	43*	32
Pas « récupérer »	53*	47*	55	47*	34
Perte de sommeil	39*	27	55*	35*	26
Sent. de danger	38	39*	64*	34	30
Sent. d'être exposé	37	45*	30	31	29
Souffrir de qqchose	65	69*	73	66*	58

Chacune de ces 4 variables se rapporte à une dimension spécifique des conditions de travail :

- on n'est pas étonné de voir que la perception d'une *dégradation des conditions* de travail arrive en tête des variables le plus fréquemment associées à la mauvaise santé : en effet, on peut considérer cette variable comme une sorte de « résumé » du jugement d'ensemble des répondants quant à leurs conditions de travail<sup>2</sup>. Ce résultat suggère à nouveau l'existence d'un effet d'âge, puisque la perception des conditions de travail comme plus difficiles est spécifiquement le fait des salariés les plus âgés (ils représentent 37%\* des salariés qui perçoivent cette dégradation, pour seulement 27% de l'échantillon).

Cette perception d'un « durcissement » des conditions de travail est significativement associée avec toutes les composantes de la santé, à l'exception des deux variables de rapport à la santé et de la dimension de la souffrance ;

- la présence de *gênes importantes* dans l'environnement de travail, qui caractérise les circonstances immédiates de l'accomplissement du travail, est significativement associée à toutes les modalités de santé dégradée, sauf à la perte de sommeil ;

- les *relations avec les collègues* renvoient au « drame social<sup>3</sup> » qu'est toujours le travail, puisqu'il est effectué en présence d'autres acteurs et en interaction avec eux.

<sup>1</sup> Lecture : 22%\* des salariés qui perçoivent leurs conditions de travail comme plus dures qu'auparavant sont en mauvaise santé, 17%\* de ceux qui travaillent dans un environnement comportant des gênes importantes sont en mauvaise santé (etc.), alors que la mauvaise santé concerne 11% de l'échantillon.

<sup>2</sup> Les répondants qui considèrent leurs conditions de travail comme plus dures qu'antérieurement sont 63%\* à connaître de mauvaises conditions de travail, et seulement 16% de bonnes ; parmi ceux qui ne perçoivent pas cette évolution dans leurs conditions de travail, on compte 50%\* de salariés qui ont de bonnes conditions de travail, et 20% de mauvaises.

<sup>3</sup> HUGHES E. C., *Le regard sociologique*, trad. fr. : Paris, Éditions de l'EHESS, 1996, p. 83.



Lorsque ces relations sont difficiles (ce qui n'est le cas, je le rappelle, que d'une très petite fraction de l'échantillon), les associations avec différentes altérations de la santé sont là encore très prononcées ;

- enfin, l'intérêt que l'on trouve à faire son travail est une dimension de la satisfaction dans le travail, dont j'ai souligné précédemment qu'elle était au moins aussi importante que les conditions matérielles de réalisation du travail pour comprendre les enjeux de santé. Un travail décrit comme *répétitif et monotone* va de pair avec une santé altérée, notamment en ce qui concerne les dimensions de la fatigue et de l'épuisement, du sommeil et de la souffrance.

Les autres variables de conditions de travail sont moins fréquemment associées aux troubles de santé, ou le sont moins souvent de façon significative, mais les résultats indiquent toujours la même tendance : chaque aspect négatif des conditions de travail fait apparaître soit une sur-représentation, soit une absence d'association (mais jamais une sous-représentation) de chaque modalité de santé dégradée ou de rapport « inquiet » à la santé.

Je m'arrêterai maintenant sur une série de 4 questions qui permettent d'aborder les liens entre les conditions de travail et la santé non plus sous l'angle des associations entre ces deux groupes de variables, mais en interrogeant directement les salariés sur un type particulier de situation concrète : la présence de problèmes de santé sur le lieu de travail.

### ***En situation de travail : la santé subordonnée à l'activité professionnelle***

Le questionnaire permet d'approcher les enjeux qui se nouent autour des ces états corporels problématiques, et d'entrevoir quelles possibilités sont laissées aux salariés pour préserver leur santé.

« *Quand vous avez un problème de santé sur votre lieu de travail :*

- *avez-vous le sentiment d'un soutien de la part de vos collègues ?*
- *faut-il tenir "coûte que coûte" ?*
- *vous semble-t-il préférable de renoncer à des arrêts maladie ?*
- *vos supérieurs sont-ils prêts à accepter des absences de courte durée pour raison de santé, à condition de ne pas en abuser ? ».*

Ces quatre questions permettent d'évaluer le degré de subordination de la santé au travail : elles évaluent la possibilité pour les répondants de privilégier leur santé lorsque celle-ci pose problème dans leurs activités de travail.

Le tableau ci-dessous résume le croisement de ces 4 variables avec l'emploi, le statut de l'emploi, le sentiment de précarité, le score de conditions de travail et les classes d'expérience du travail et de l'emploi<sup>1</sup> :

**Variables de santé au travail et statut de l'emploi, sentiment de précarité, conditions de travail et classes d'intégration professionnelle (%)<sup>2</sup>**

	Pas de soutien des collègues (n=48)	Tenir « coûte que coûte » (n=99)	Renoncer à des arrêts maladie (n=115)	Ne pas pouvoir s'absenter (n=32)
Emploi	P. serv. 44* OQ 21*	P. serv. 34	P. serv. 38*	ONQ 28 OQ 16
Statut de l'emploi	n.s.	Préc. 52	Préc. 57*	Préc. 59
Senti. perte (oui)	n.s.	42	n.s.	59*
Cond. de travail	Mauvaises 44*	Mauvaises 39*	Mauvaises 42*	Mauvaises 63*
Classe d'expérience du travail et de l'emploi	I. laborieuse 38*	I. laborieuse 33*	I. laborieuse 30*	I. incertaine 47

Ces quatre indicateurs de subordination de la santé au travail sont très inégalement représentés dans l'échantillon. Seulement 17% des répondants (n=32) déclarent que leurs supérieurs refusent des absences courtes et non répétitives pour raisons de santé<sup>3</sup>, 27% (n=48) ne peuvent compter sur un soutien de leurs collègues en cas de problème de santé<sup>4</sup>, 52% (n=99) estiment qu'ils doivent tenir « coûte que coûte », et jusqu'à 61% (n=115) – proportion considérable – jugent qu'il est préférable de renoncer à des arrêts pour maladie<sup>5</sup>.

- Le croisement avec l'emploi met en relief la catégorie des personnels de service, sur-représentée dans trois des quatre aspects étudiés. Les ouvriers qualifiés les

<sup>1</sup> Les croisements avec le sexe et l'âge des salariés ne font apparaître aucune spécificité notable.

<sup>2</sup> Lecture : parmi les salariés qui ne peuvent pas compter sur un soutien de la part de leurs collègues en cas de problème de santé sur le lieu de travail, 44%\* exercent comme personnels de service et 21% comme ouvriers qualifiés.

<sup>3</sup> Cette modalité est significativement corrélée au fait de juger « difficiles » les relations avec les supérieurs.

<sup>4</sup> Les 48 salariés qui ne disposent pas de ce soutien sont significativement plus nombreux à qualifier de « difficiles » leurs relations avec leurs collègues (16%\*, pour 6% dans l'ensemble). Il faut également garder à l'esprit le fait qu'un certain nombre de salariés travaillent seuls.

<sup>5</sup> Un questionnaire (en l'occurrence celui de Mme Pinson, rencontrée en entretien) laisse entrevoir que ces renoncements peuvent être le fait du salarié lui-même, de son propre chef : Mme Pinson estime ainsi que « c'est plus correct » (de la même façon, elle répond positivement à la question sur le soutien de la part des collègues, mais ajoute : « mais on ne va pas les embêter avec ça »). Une répondante (préparatrice en pharmacie) précise également qu'elle renonce d'elle-même à des congés pour maladie.

rejoignent en ce qui concerne l'absence de soutien des collègues, et l'impossibilité de s'absenter est surtout mentionnée par les deux catégories d'ouvriers. L'assujettissement de la santé au travail concerne donc très nettement les catégories les moins qualifiées.

- Les salariés employés en *contrat précaire* sont plus présents parmi ceux qui doivent tenir « coûte que coûte », parmi ceux qui ne peuvent s'absenter, et surtout parmi ceux qui doivent renoncer à des arrêts maladie. Le soutien de la part des collègues n'est en revanche pas lié au type de contrat<sup>1</sup>.

- Le *sentiment de pouvoir perdre son emploi* est particulièrement associé à l'impossibilité de s'absenter, et dans une moindre mesure à l'obligation de tenir « coûte que coûte ».

- Enfin, dans tous les cas l'astreinte au travail est significativement associée à un score global indiquant des mauvaises *conditions de travail*, en particulier en ce qui concerne les absences pour raisons de santé. Cette modalité est par ailleurs la seule à sur-représenter la classe de l'intégration incertaine, tandis que les trois autres sont significativement associées à celle de l'intégration laborieuse.

On peut ajouter que ces quatre variables sont extrêmement liées entre elles : au total, 33% des répondants donnent quatre réponses indiquant la même tendance (positive ou négative) quant à la latitude qui leur est laissée en cas de problème de santé, et 41% donnent 3 réponses sur 4 allant dans le même sens (positif ou négatif). Les répondants qui tout à la fois n'ont pas de soutien des collègues, doivent tenir « coûte que coûte », doivent renoncer à des arrêts de travail et ne peuvent pas s'absenter pour raisons de santé représentent 7% de l'ensemble, et ceux qui déclarent 3 sur 4 de ces modalités sont 17%. Au total, un quart des salariés de l'échantillon (24%, soit 38 personnes) n'ont pas ou très peu de marges pour gérer un problème de santé au cours de leurs activités de travail.

Cet ensemble de résultats laisse à penser que la subordination de la santé dans les situations de travail peut être considérée comme une dimension constitutive des rapports dégradés au travail et à l'emploi<sup>2</sup>. Plus le travail est pénible et contraint,

---

<sup>1</sup> Pour chacun des quatre aspects étudiés, le croisement avec le statut de l'emploi détaillé montre que les intérimaires sont toujours les plus astreints. On peut signaler une annotation intéressante de la part d'une comptable intérimaire : cette répondante indique qu'elle n'a de soutien que de la part des autres intérimaires.

<sup>2</sup> C'est dans l'intégration laborieuse que 3 de ces 4 variables sont le plus présentes : 40%\* des salariés de cette classe n'ont pas de soutien des collègues, 72%\* doivent tenir « coûte que coûte », 78%\* doivent

plus la précarité contractuelle et perçue est grande, et plus les salariés doivent reléguer les enjeux de santé au second plan. Dans ces configurations d'emploi et de travail, les salariés n'ont donc que peu de marges pour préserver leur santé.

Simultanément, comme on peut le déduire des autres résultats déjà présentés, la faible latitude en matière de santé sur le lieu de travail s'allie souvent à une santé altérée. A l'échelle des classes d'expériences de la santé, on remarque que l'absence de soutien, la nécessité de « tenir » et le renoncement à des arrêts maladie sont très présents dans la classe de la mauvaise santé (resp. 31%, 71%\* et 74%\*), tandis que la classe de la très bonne santé présente à chaque fois les plus fortes proportions de salariés disposant de marges de manœuvre en cas de problème de santé. Dans le détail des variables de santé, je ne citerai que les associations significatives suivantes :

- les salariés qui estiment devoir *tenir* « coûte que coûte » déclarent plus souvent être en mauvaise santé (16%\*), éprouver des difficultés physiques et psychologiques (38%\* et 51%\*), ne pas pouvoir « récupérer » (43%\*) et perdre le sommeil (33%\*) ;

- le *renoncement à des arrêts maladie* est associé aux difficultés physiques et psychologiques (34%\* et 49%\*), au sentiment de ne pas « récupérer » (41%\*), et à la dimension de la souffrance (64%\*) ;

- *l'absence de soutien* de la part des collègues s'allie à la perte de sommeil (42%\*) et aux problèmes de santé interdisant l'accès à certains emplois (42%\*) ;

- la fatigue est corrélée aux quatre variables et concerne à chaque fois 37%\* à 47%\* des salariés ne disposant pas de marges en cas de problème de santé.

En résumé, on observe que les salariés qui sont le plus fortement soumis à des impératifs les obligeant à faire passer leur activité professionnelle avant leur santé sont précisément ceux qui par ailleurs se caractérisent à la fois par une santé globalement dégradée et par des conditions de travail plus difficiles. Bien sûr, ces associations sont sans doute à comprendre comme résultant de perceptions et de jugements transversaux : par exemple, le sentiment de devoir « tenir » au travail se fait probablement d'autant plus fort que la santé est par ailleurs dégradée (le seuil

---

renoncer à des arrêts maladie. La classe de l'intégration incertaine arrive en deuxième position, sauf pour l'impossibilité de s'absenter qui est plus souvent mentionnée dans ce groupe : 23%, pour 17% dans celle de l'intégration laborieuse.

du « soutenable » étant alors plus bas) ; et l'impossibilité à « récupérer » est sans doute d'autant plus fortement ressentie que l'on a dû renoncer au repos réparateur d'un arrêt maladie.

### Satisfactions liées au travail et santé

J'aborde maintenant le dernier versant de cette exploration des enjeux de santé en lien avec le travail, autour de la double thématique de la satisfaction *interne* au travail (reconnaissance professionnelle et opinion sur un éventuel « meilleur emploi »), et de la satisfaction *externe* liée au temps de travail, à la reconnaissance familiale du travail et à la possibilité qu'il laisse d'avoir une vie personnelle satisfaisante.

### *Satisfaction dans le travail et santé*

#### Satisfaction dans le travail et santé (%)<sup>1</sup>

	Reconnaissance professionnelle		Meilleur emploi	
	Oui (n=144)	Non (n=48)	Oui (n=136)	Non (n=55)
Classes d'expérience de la santé	<i>TB 24</i> Souff. 41	<i>Mvse 31*</i> Souff. 35	Souff. 40	Souff. 36 Mvse 24
<b>Période actuelle/récente</b>				
- Santé actuelle :				
- Très bonne	23*	11	16	26
- Bonne	70	70	73*	58
- Mauvaise	7	19*	10	15
- Difficultés physiques	24	40*	28	33
- Difficultés psychologiques	38	58*	40	52
- Fatigue permanente	26	47*	34	26
- Ne pas pouvoir « récupérer »	29	44*	34	31
- Perdre le sommeil	20	42*	26	26
- Sentiment de danger	28	34	26	40*
- Sentiment d'être exposé	31	21	29	30
- Pbs de santé empêchant emplois	17	23	18	22
<b>Histoire de santé</b>				
- Maladie 2 dernières années	43	52	47	44
- Grave problème vie	26	44*	28	33
- Événement fragilisant	31	48*	36	34
Souffrir de quelque chose	57	63	59	56

<sup>1</sup> Lecture : 24% des salariés dont le travail est reconnu dans l'entourage professionnel appartiennent à la classe de la très bonne santé, et 41% à celle de la souffrance. 23%\* sont en très bonne santé.

L'absence de *reconnaissance du travail par l'entourage professionnel* est très nettement associée aux modalités indiquant une santé dégradée : les écarts sont importants et souvent significatifs par rapport au groupe de salariés qui bénéficient de cette reconnaissance. Seul le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses est plus souvent déclaré par les répondants dont le travail est reconnu.

Le sentiment que les compétences permettraient de prétendre à un *meilleur emploi*, on l'a vu, sollicite un jugement dans lequel interviennent plusieurs aspects, liés à la fois à l'emploi actuel, à la qualification, et à l'articulation entre travail et hors-travail. Les salariés qui pensent pouvoir prétendre à un meilleur emploi se situent pour près des trois-quarts d'entre eux dans la modalité de la bonne santé (73%\*). Ils sont légèrement plus nombreux à éprouver une fatigue permanente et à ne pas pouvoir « récupérer », à avoir été malades dans les deux dernières années, et à souffrir de quelque chose. En regard, les salariés qui estiment utiliser au mieux leurs compétences dans leur emploi actuel déclarent davantage éprouver des difficultés physiques et psychologiques, avoir des problèmes de santé empêchant l'accès à certains emplois, avoir eu un grave problème de santé dans leur vie, et surtout percevoir un danger pour leur santé. Les réponses de ces salariés sont contrastées en ce qui concerne la santé actuelle, car on observe une double sur-représentation de la très bonne et de la mauvaise santé.

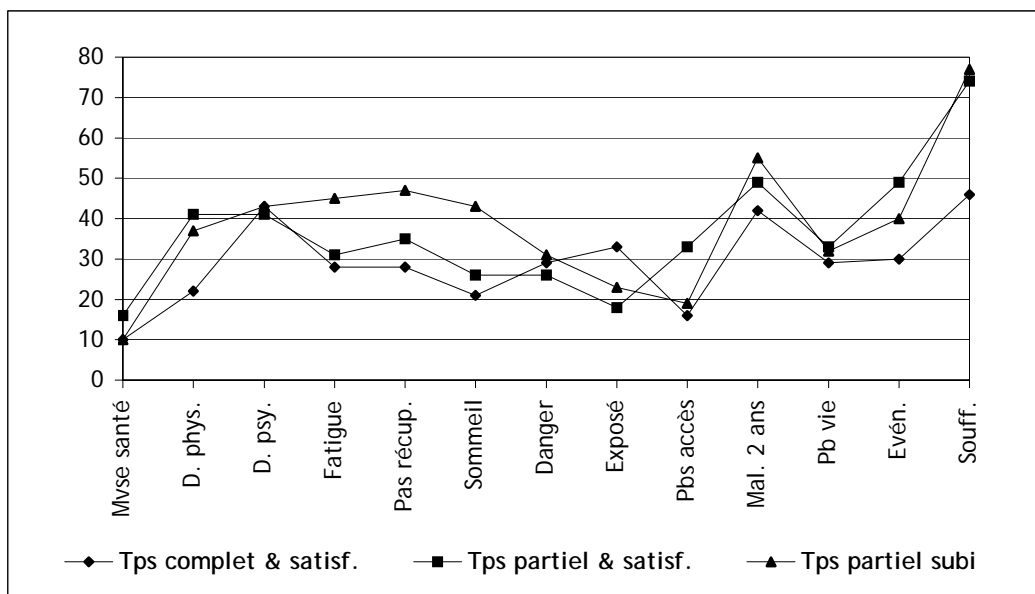
*Satisfaction par le travail et santé***Satisfaction par le travail et santé (%)<sup>1</sup>**

	Convenance du temps de travail		Reconnaissance familiale		Vie personnelle satisfaisante	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Classe d'expérience de la santé	Souff. 39 TB 23	<i>Souff. 43</i> <i>Mvse 25</i>	Souff. 41 TB 23	<i>Mvse 30</i> <i>En diff. 21</i> Souff. 35	<i>En diff. 20*</i> Souff. 41	<i>Mvse 50*</i> Souff. 32
<b>Période actuelle/récente</b>						
- Santé actuelle :						
- Très bonne	22	14	23	14	23*	9
- Bonne	66	78	71	64	69	63
- Mauvaise	11	8	6	21*	8	28*
- Difficultés physiques	27	37	26	40*	24	58*
- Difficultés psychologiques	42	45	40	56*	40	63*
- Fatigue permanente	29	43	27	48*	26	63*
- Ne pas pouvoir « récupérer »	30	47*	30	43	28	61*
- Perdre le sommeil	22	39*	22	40*	20	55*
- Sentiment de danger	29	32	27	38	27	42*
- Sentiment d'être exposé	30	24	31	26	29	27
- Pbs de santé empêchant emplois	20	15	17	23	19	21
<b>Histoire de santé</b>						
- Maladie 2 dernières années	43	54	43	53	44	55
- Grave problème vie	30	28	26	40	27	45*
- Événement fragilisant	34	37	28	56*	30	61*
<b>Souffrir de quelque chose</b>	53	77*	55	67	56	73*

La non-convenance du temps de travail est très nettement associée à une santé globalement dégradée, en particulier au regard du sentiment de ne pas pouvoir « récupérer », de la perte de sommeil et de la dimension de la souffrance.

Indicateur d'insatisfaction du travail, la non-convenance du temps de travail est aussi un indicateur de précarité lorsqu'elle recouvre des temps partiels subis, ce qui est une fois sur deux le cas dans cet échantillon. Mais on peut affiner l'analyse en comparant les déclarations en matière de santé des trois sous-populations suivantes : temps complet jugé satisfaisant, temps partiel jugé satisfaisant, et temps partiel subi. Les salariés qui exercent à temps complet et souhaitent travailler moins n'étant que 8, je les laisse pour l'instant de côté.

<sup>1</sup> Lecture : parmi les salariés satisfaits de leur temps de travail, 39% appartiennent à la classe de la souffrance et 23% à celle de la très bonne santé. 22% sont en très bonne santé.

Groupes de temps de travail et santé (%)

On voit que les répondants satisfaits de travailler à temps complet sont ceux qui déclarent le moins de dégradations de la santé, sauf en ce qui concerne le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses dans le travail ou les activités habituelles.

Les deux sous-groupes de temps partiel se différencient au regard de plusieurs modalités.

On note que les 39 salariés qui travaillent à *temps partiel et qui ne souhaitent pas travailler davantage* se caractérisent par une santé plus dégradée sur le plan du jugement global de santé actuelle (16% s'estiment en mauvaise santé), des difficultés physiques (41%\*), des problèmes de santé limitant l'accès à l'emploi (33%\*), et de la souffrance (74%\*). Ces salariés sont des femmes à 79%\*, appartenant majoritairement aux deux tranches d'âge les plus jeunes. Leur répartition selon le type d'emploi fait apparaître une bipolarisation entre, d'une part, 44%\* de personnels de service, et d'autre part, 28%\* de professions intermédiaires et supérieures. On peut supposer qu'à cette dualité des types d'emploi exercés correspond une différence de sens du « choix » du temps partiel. Malgré la faiblesse des effectifs, on voit en effet se dessiner deux profils relativement différents, résumés ci-dessous :

Personnels de service en temps partiel	Professions intermédiaires et
--	-------------------------------



« choisi » (n=17)	supérieures en temps partiel « choisi » (n=11)
<b>Sexe, âge, conditions de vie</b>	
- Femmes 82% (14) - Moins de 35 ans 76% (13) - Couple 48% (8) Pers. hébergée 29%* (5) - Enfant 60% (10) - Sit. financ. négative 47% (8)	- Femmes 64% (7) - Plus de 35 ans 63% (7) - Couple 81% (9) - Enfant 45% (5) - Sit. financ. positive 82% (9)
<b>Travail, emploi</b>	
- Contrat précaire 59% (10) - Horaires qui conviennent 82% (14) - Bonnes cond. de travail 47% (8) Mauvaises cond. de travail 35% (6) - Vie perso. satisf. 82% (14)	- CDI 73% (8) - Horaires qui conviennent : 100% - Bonnes cond. de travail 91%* (10) Mauvaises cond. de travail : 0 - Vie perso. satisf. 100%
<b>Santé</b>	
- Santé actuelle mauvaise 24%* (4) - Diff. physiques 47%* (8) - Diff. psycho. 65% (11) - Fatigue 47% (8) - Ne pas « récupérer » 53% (9) - Pbs accès emplois 47%* (8) - Danger 35% (6) - Souffrir de qqchse 82% (14)	- Santé actuelle très bonne 40%* (4) - Pas de diff. physiques 82% (9) - Pas de diff. psycho. 82% (9) - Pas de fatigue 73% (8) - Pas de « ne pas récupérer » 80% (9) - Pas de pbs accès emplois 73% (8) - Pas de danger 89% (10) - Souffrir de qqchse 64% (7)

On peut supposer, au vu de ces deux ensembles de caractéristiques, que le temps partiel choisi (ou du moins vécu positivement) relève de deux logiques différentes :

- dans le groupe des *personnels de service* – plus jeune, plus féminin, plus souvent avec enfant tout en vivant moins souvent en couple, et connaissant plus fréquemment une situation financière difficile –, le rapport au travail et à l'emploi est moins positif : davantage d'emploi précaire et de mauvaises conditions de travail, et moindre satisfaction des horaires et de la vie personnelle (même si la proportion de salariés satisfaits reste importante). La santé y est nettement moins bonne que dans le groupe des professions intermédiaires et supérieures : on remarque les associations significatives avec la mauvaise santé actuelle, les difficultés physiques et les problèmes de santé empêchant l'accès à certains emplois. On peut faire l'hypothèse que pour ce groupe de salariés, le temps partiel correspond à une relative mise à l'abri des sollicitations liées à l'activité professionnelle pour des salariés dont la santé est altérée, ce qui explique qu'ils ne souhaitent pas travailler davantage<sup>1</sup> ;

<sup>1</sup> Parmi les personnes rencontrées en entretien, Mme Faya et Mme Chafi correspondent à cette configuration.

- pour le petit groupe des *professions intermédiaires et supérieures*, où le rapport au travail et à l'emploi est satisfaisant, et où la santé est bonne dans l'ensemble, le temps partiel se comprend probablement davantage comme un choix d'organisation de l'existence quotidienne, dans un contexte où la situation financière n'est pas problématique<sup>1</sup>.

Quant aux 32 salariés qui exercent à *temps partiel et souhaiteraient travailler davantage*, ils se caractérisent par des déclarations plus fréquentes des modalités de la fatigue (45%), du sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » (47%\*), de la perte de sommeil (43%\*), et des maladies au cours des 2 dernières années (55%). Ces associations sont peut-être à rapporter à des formes d'usure liée au travail, puisque ces salariés sont 34% à connaître des conditions de travail moyennes et 28% de mauvaises (tandis que 62%\* du groupe du temps partiel choisi travaille dans de bonnes conditions). De plus, le temps partiel subi concerne très majoritairement les emplois de personnels de service (59%\*). Enfin, ce groupe est très proche de celui du temps partiel choisi au regard de la souffrance (74%\*)<sup>2</sup>.

Enfin, on pourrait faire l'hypothèse que les 8 salariés qui ne sont pas satisfaits de travailler à temps complet sont eux aussi en plus mauvaise santé. Compte-tenu de l'effectif, il n'est pas question d'infirmier ou de confirmer cette hypothèse. Mais à titre indicatif, la répartition de ces 8 salariés au regard des variables de santé indique au contraire une absence générale de problèmes de santé. Le souhait de travailler moins serait peut-être plutôt lié à l'enjeu de l'équilibre entre travail et vie familiale, car sur ces 8 salariés, 6 vivent en couple (dont 3 avec enfant), 7\* estiment que leurs horaires de travail ne leur conviennent pas, et 5\* ont répondu que leur travail ne leur permet pas d'avoir une vie familiale satisfaisante<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Un quart des personnels de service en temps partiel « choisi » assument seuls les revenus du ménage, tandis que parmi les professions intermédiaires et supérieures en temps partiel choisi, 9 répondants sur 10 ne sont pas seuls à apporter un revenu au ménage.

<sup>2</sup> Si l'on examine les réponses libres à la question de la souffrance, il apparaît que les salariés exerçant à temps partiel choisi sont près de la moitié à déclarer souffrir de douleurs dorsales ou articulaires. Les salariés en temps partiel contraint ne sont qu'un tiers dans ce cas, et mentionnent par ailleurs une fois sur cinq des problèmes d'ordre moral (mal-être, dépression). Ces deux groupes se différencient également dans les réponses concernant la dernière maladie déclarée : les répondants en temps partiel choisi sont 35%\* à avoir mentionné une maladie de type chronique dont on comprend le lien avec le souhait d'un emploi à temps partiel (diabète, sclérose en plaques, maladie cardiovasculaire, asthme), et ceux qui exercent à temps partiel contraint sont associés à des troubles plus ponctuels (28%\*) (pathologies ORL et pulmonaires essentiellement).

<sup>3</sup> M. Bois, rencontré en entretien, fait partie de ce petit groupe de salariés.

Les résultats concernant la *reconnaissance du travail par l'entourage familial* sont très similaires à ceux observés pour la reconnaissance professionnelle. On retrouve la prépondérance des modalités de santé dégradée chez les salariés dont le travail n'est pas reconnu, avec la même exception : le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses est là encore plus souvent exprimé par les répondants bénéficiant d'une reconnaissance.

Enfin, les réponses concernant la possibilité laissée par le travail d'avoir une *vie personnelle satisfaisante* vont dans le même sens, celui d'un cumul entre insatisfaction dans le rapport au travail et mauvaise santé<sup>1</sup>. Les écarts sont même ici encore plus marqués que pour les deux formes de reconnaissance et pour la satisfaction liée au temps de travail : la dégradation de la santé est massivement observée parmi ceux à qui le travail ne permet pas d'avoir une vie personnelle satisfaisante. On relève notamment les proportions très importantes et significatives de salariés qui estiment être en mauvaise santé (28%\*) et qui déclarent « souffrir de quelque chose » (73%\*). Sur ce dernier point, peut-on inférer que l'origine de la souffrance se situe précisément dans cet antagonisme entre travail et vie personnelle ? Pour certains répondants, c'est explicitement le cas : ainsi cet homme exerçant comme manutentionnaire (CDI) qui souffre d'une « *incompatibilité entre ses horaires de travail et sa vie hors travail* », ou cet équipier d'une chaîne de restauration rapide qui déclare souffrir de « *fatigue* ».

### *c) Des liens désignés par les salariés*

Les analyses effectuées jusqu'ici ont consisté à croiser des variables relevant des expériences du travail et de l'emploi et des variables qualifiant les expériences de la santé. J'en viens maintenant à une approche plus directe des liens entre ces deux registres d'expérience, centrée sur des questions qui interrogent spécifiquement les salariés sur la présence et la nature de ces liens. Seront explorées ici des variables qui se situent à la croisée des deux ordres de réalité : les accidents de travail, la perception d'« effets négatifs » du travail sur la santé, l'attribution des troubles perçus à l'activité professionnelle, la présence d'événements de vie fragilisants et

---

<sup>1</sup> Ce résultat vaut également pour le croisement avec la question portant sur la vie familiale.

l'expression de la souffrance en tant qu'elles sont liées à des caractéristiques du rapport au travail et à l'emploi, le souhait de congé en cas de fatigue intense, et enfin la présence de problèmes de santé qui empêchent l'accès à certains emplois. Plus encore que dans les pages précédentes, l'approche vise ici à utiliser les résultats quantitatifs pour guider et nourrir une analyse qualitative des sens émiques attribués aux événements et aux expériences.

### Les accidents de travail

Il a été demandé aux répondants s'ils ont eu un *accident de travail au cours des deux dernières années* (la question ne précisait pas s'il s'agissait d'un accident déclaré et reconnu ou non). 37 salariés ont répondu affirmativement.

Deux questions complémentaires permettent de savoir que ces accidents ont entraîné un *arrêt de travail* 7 fois sur 10, et ont laissé des *séquelles* dans un tiers des cas<sup>1</sup>.

Les accidents de travail au cours des deux dernières années  
selon le sexe, l'âge et l'emploi (%)<sup>2</sup>

	Sexe	Age	Emploi
Accidentés	Hommes 68*	- 25 ans 22 25-34 ans 43	OQ 24* Int. & sup. 19
Ensemble	Hommes 50 Femmes 50	- 25 ans 17 25-34 ans 39 35-44 ans 17 45 ans et + 27	P. service 30 ONQ 21 OQ 13 Employés 21 Int. & sup. 15

Les accidents du travail dans les deux dernières années concernent très majoritairement les hommes (68%\* des accidentés), les salariés les plus jeunes (22% de moins de 25 ans, 43% de 25-34 ans), et les ouvriers qualifiés (24%\*) ainsi que les professions intermédiaires et supérieures (19%).

Dans quelles configurations d'histoire professionnelle, d'emploi et d'expérience de la santé se situent les salariés accidentés ?

<sup>1</sup> On peut signaler qu'étonnamment, 2 des 13 accidents avec séquelles n'ont pas entraîné d'arrêt de travail.

<sup>2</sup> Lecture : les hommes représentent 68%\* des salariés qui ont eu un accident de travail, alors qu'ils ne composent que 50% de l'ensemble de l'échantillon.

*Accidents de travail et expériences du travail et de l'emploi*Les salariés accidentés et le rapport au travail et à l'emploi  
(%)<sup>1</sup>

	Salariés accidentés (n=37)	Salariés non accidentés (n=163)
<b>Classe d'expérience du travail et de l'emploi</b>	<i>Incertaine 38</i> <i>Mixte 30</i>	Incertaine 35 Laborieuse 24 Assurée 25
<b>Situation actuelle</b>		
- Statut de l'emploi :		
- CDI	51	49
- Précaire	52	48
- Pouvoir perdre son emploi (oui)	47*	31
- Conditions de travail :		
- Bonnes	22	47*
- Moyennes	38	25
- Mauvaises	41	28
- Meilleur emploi (non)	39	26
- Reconnaissance professionnelle (non)	35	23
- Reconnaissance familiale (non)	40*	19
<b>Parcours professionnel</b>		
- Chômage difficile passé (oui)	51	47
- Intérim passé (oui)	46*	31
- CDI passé (non)	54	47
- Contrats 2 dern. années (2 et plus)	46	38
<b>Rapport projectif à l'emploi</b>		
Retrouver un emploi (oui)	95	89
Hypothèse du licenciement		
- Échec personnel	22	32
- Fatalité	16	17
- Occasion de changer	57	41

Le questionnaire ne permettant pas de connaître la situation professionnelle des répondants au moment de la survenue de l'accident, celui-ci ne peut pas être mis en relation directe avec les caractéristiques de l'emploi (même si, pour certains, l'accident a pu avoir lieu dans le cadre de l'emploi décrit dans le questionnaire). Il s'agit plutôt de caractériser globalement les parcours et les situations des salariés accidentés, afin de voir s'il existe une affinité d'ensemble entre l'expérience d'un accident et celle de la précarisation du travail.

Et l'on constate que c'est le cas : les salariés accidentés sont ou ont été confrontés plus que les autres à des formes de précarisation du travail et de l'emploi. Cela

<sup>1</sup> Lecture : 38% des salariés accidentés font partie de la classe de l'intégration incertaine, et 30% de l'intégration mixte. 51% exercent actuellement en CDI.

s'observe d'abord à travers leur présence plus importante dans les deux classes marquées par l'emploi précaire : 38% des salariés accidentés sont proches de l'intégration incertaine, et 30% se rattachent à l'intégration mixte.

Si les salariés accidentés ne sont pas plus nombreux à exercer actuellement en contrat précaire, tous types de contrat confondus, le croisement avec le type d'emploi détaillé montre qu'ils sont plus souvent intérimaires. Ils l'ont aussi été plus souvent dans le passé, et cela de façon significative. En référence aux données connues sur la sur-accidentabilité des intérimaires rappelée au chapitre précédent, on peut faire l'hypothèse qu'une partie des accidents de travail ont eu lieu au cours de ces épisodes d'intérim<sup>1</sup>. La précarisation du rapport à l'emploi est également marquée, pour les salariés accidentés, par des proportions plus grandes de répondants qui n'ont jamais travaillé en CDI, qui ont eu au moins deux contrats de travail dans les deux dernières années, et qui ont traversé au moins une période de chômage difficile. Enfin, ces salariés ont significativement plus fréquemment le sentiment de pouvoir perdre leur emploi actuel.

Sur le versant des satisfactions liées au travail, on retrouve la position moins favorable des salariés accidentés : plus nombreux à connaître des conditions de travail moyennes ou mauvaises<sup>2</sup>, ils sont également plus nombreux à ne pas éprouver de reconnaissance de leur travail dans leur entourage professionnel (+12% par rapport aux non-accidentés) et familial (+21%\*). Les salariés accidentés estiment plus souvent que leurs compétences ne leur permettent pas de prétendre à un meilleur emploi (+13%). L'ambivalence de cette notion de « meilleur emploi » a été analysée plus haut : on peut ici faire l'hypothèse que la relative faiblesse du niveau de qualification de ces salariés<sup>3</sup> explique qu'ils estiment avoir déjà le « meilleur emploi possible<sup>4</sup> ».

Même si l'on ne peut établir de connexion directe, on constate donc que les parcours comportant un accident de travail sont marqués par une plus grande précarité et par un rapport au travail plus dégradé.

---

<sup>1</sup> On peut préciser, sous réserves compte tenu des faibles effectifs, que parmi les salariés qui ont déjà travaillé en intérim, ceux qui ont par ailleurs été accidentés sont plus nombreux à estimer que cette forme d'emploi ne leur a pas convenu.

<sup>2</sup> On remarque notamment l'association significative avec la perception des conditions de travail actuelles comme plus dures qu'auparavant : 38%\* parmi les salariés accidentés, pour 22% parmi les non-accidentés.

<sup>3</sup> 64%\* d'entre eux ont un diplôme de niveau inférieur au Bac.

<sup>4</sup> Les deux autres variables de satisfaction du travail : « temps de travail et convenance » et « sentiment que le travail permet d'avoir une vie personnelle satisfaisante » ne différencient pas les salariés accidentés des non-accidentés.

Le rapport projectif à l'emploi, en revanche, est plus optimiste chez les salariés accidentés, qui plus que les non-accidentés pensent qu'ils retrouveraient un emploi (quel que soit son niveau) s'ils perdaient l'actuel, et envisagent dans plus de la moitié des cas un éventuel licenciement comme une occasion de changer.

### *Accidents de travail et expériences de la santé*

#### Les salariés accidentés et les expériences de la santé( %)<sup>1</sup>

	Salariés accidentés (n=37)	Salariés non accidentés (n=163)
Classes d'expérience de la santé	<i>En diff. 30*</i> Mvse 30 TB 24	<i>Souff. 45*</i>
<b>Période actuelle/récente</b>		
- Santé actuelle :		
- Très bonne	17	22
- Bonne	69	69
- Mauvaise	14	9
- Difficultés physiques	47*	25
- Difficultés psychologiques	49	42
- Fatigue permanente	41	30
- Ne pas pouvoir « récupérer »	46*	30
- Perdre le sommeil	35	23
- Sentiment de danger	46*	26
- Sentiment d'être exposé	41*	25
- Pbs de santé empêchant emplois	30	17
<b>Histoire de santé</b>		
- Maladie 2 dernières années	62*	42
- Grave problème vie	43*	27
- Événement fragilisant	41	34
<b>Souffrir de quelque chose</b>	54	59

Il apparaît clairement que l'événement « accident du travail » s'inscrit dans des expériences de la santé très nettement dégradées.

Ce n'est pourtant pas la classe de la mauvaise santé qui attire significativement les salariés accidentés, mais celle de la santé en difficultés, définie essentiellement par la perception de difficultés sur le plan psychologique (cette modalité est sur-représentée de 7% parmi les salariés accidentés par rapport aux non-accidentés) et par la fréquence des épisodes morbides dans les deux dernières années (+20%\*). A ces aspects s'ajoutent, pour ne citer que les corrélations significatives, une présence

<sup>1</sup> Lecture : 30%\* des salariés accidentés appartiennent à la classe de la santé en difficultés, 30% à celle de la mauvaise santé et 24% à celle de la très bonne santé. 17% sont en très bonne santé.

plus forte parmi les salariés accidentés des difficultés physiques au cours des derniers mois (+22%\*), du sentiment de ne pas pouvoir « récupérer », du sentiment d'être exposé à des choses dangereuses et de la présence d'un grave problème de santé au cours de la vie (+16%\* pour chacune de ces modalités), et enfin de la perception d'un danger pour la santé (+10%\*). Seule la dimension de la souffrance est moins présente chez les accidentés que chez les non-accidentés.

De la même façon qu'avec les caractéristiques liées au travail et à l'emploi, il est difficile d'interpréter cette association globale entre les accidents de travail et la mauvaise santé. On peut supposer que le sentiment d'être exposé à des « choses dangereuses » au cours du travail et des activités habituelles s'enracine dans l'expérience vécue d'un accident du travail ; on peut également rapporter les altérations de la santé aux conditions de travail actuelles qui, on l'a vu, sont nettement moins bonnes chez les salariés accidentés. Les accidents de travail apparaissent finalement comme un indicateur assez pertinent, du point de vue des liens avec la santé, du type de rapport au travail et à l'emploi.

Dans quelle mesure l'accident de travail recoupe-t-il les questions portant sur les événements fragilisants, les maladies dans les deux dernières années ou les graves problèmes de santé au cours de la vie ? En d'autres termes, l'événement « accident du travail » apparaît-il comme marquant dans l'histoire de la santé ?

L'accident n'est cité que trois fois au titre des maladies dans les deux dernières années : un homme de 39 ans signale une fracture du scaphoïde à la suite d'une chute d'un semi-remorque, et un homme de 31 ans fait état d'un accident du travail avec « contusions traumatiques ». Dans ce dernier cas, l'accident est également mentionné comme événement fragilisant sur le plan de la santé et comme grave problème de santé au cours de la vie. Enfin, le troisième cas est celui de Mme Brax, rencontrée en entretien. Son accident de travail a eu lieu il y a une douzaine d'années, mais les séquelles la gênent encore aujourd'hui et l'on comprend qu'elle l'ait mentionné comme grave problème de santé au cours de sa vie. On observe donc que dans la majorité des cas, les accidents (même avec séquelles) ne sont pas considérés comme des « maladies » dans les deux dernières années, ni comme des « graves problèmes de santé » ou des « événements fragilisants » à l'échelle de la



vie<sup>1</sup>. Lorsque les salariés accidentés font état de ces trois types d'épisodes morbides, ce n'est pas l'accident du travail qui est cité (ainsi, l'homme qui s'est fracturé le scaphoïde cite comme grave problème de santé une méningite survenue lorsqu'il avait 8 ans, et comme événement fragilisant l'adoption de 4 enfants qui « ne se sont pas bien intégrés »).

Deux types de décalage peuvent peut-être expliquer cette faible présence des accidents de travail dans les réponses concernant l'histoire de santé : d'une part, le questionnaire ne permettant pas de savoir ce que recouvrent les « séquelles », peut-être faut-il comprendre qu'elles ne se traduisent pas nécessairement en problèmes de santé manifestes ; d'autre part, la notion d' « accident » (de travail) peut relever d'un registre relativement extérieur à la santé personnelle (l'accident est exogène), tandis que les notions de « maladie » ou de « problème de santé » suggèrent plutôt un trouble endogène, lié à la santé entendue comme dimension constitutive de l'identité personnelle.

### **L'étiologie selon les salariés : les empreintes du travail sur la santé**

#### *Les « effets négatifs » du travail sur la santé*

Un quart des répondants (n=47) estiment que leur travail a des effets négatifs sur leur santé. Le sexe et l'âge ne sont pas discriminants ici, mais le croisement avec le type d'emploi montre que les personnels de service ainsi que les ouvriers qualifiés sont plus nombreux parmi les salariés qui ressentent ces effets (respectivement 38% et 17%, pour 30% et 13% de l'ensemble). Les employés sont au contraire significativement plus présents parmi ceux qui ne les ressentent pas (26%\*, pour 21% de l'ensemble).

L'analyse des 69 réponses libres (« si oui, lesquels ? ») permet de mieux comprendre ce que recouvrent ces « effets négatifs », qui sont très divers.

---

<sup>1</sup> Lorsque l'accident n'a pas laissé de séquelles, il n'apparaît jamais dans les réponses concernant l'histoire de santé. Cela explique notamment que les répondants accidentés dans les deux dernières années ne soient pas plus nombreux à attribuer leur dernière maladie à leur activité professionnelle (cette « dernière maladie » n'étant que très exceptionnellement l'accident lui-même).

- On distingue d'abord des *atteintes physiques avérées* (30 réponses), comme les dorsalgies (12 cas, dont 2 impliquant l'interdiction de porter du poids<sup>1</sup>), la fatigue et l'usure générale<sup>2</sup> (15 cas), ou les problèmes articulaires (3 cas).

- Viennent ensuite des effets dans le registre du mal-être, de la nervosité et de formes de souffrance (15 cas)<sup>3</sup>.

- 9 salariés mentionnent des effets potentiels sous forme de risques<sup>4</sup> (de surdité, d'infection<sup>5</sup>, de pathologies liées à des toxiques).

- Sont ensuite mentionnés des effets indirects, dans le sens où les salariés estiment que leur activité professionnelle les empêche de s'occuper de leur santé comme ils le souhaiteraient (pas de sport, horaires difficilement compatibles avec certains soins ou traitements comme l'insulinothérapie...) (8 cas).

- Enfin, 7 salariés mentionnent des gênes et inconforts dans le travail (froid, bruit, confinement).

Il est intéressant de remarquer que certaines réponses désignent un effet catalyseur du travail sur des problèmes de santé (physique ou morale) préexistants (aggravation d'une dépression ou de problèmes ostéo-articulaires par exemple).

Quels recoupements peut-on observer entre le sentiment que le travail affecte la santé et les conditions de travail et le rapport au travail d'une part, les jugements en matière de santé d'autre part ?

### *Rapport au travail et perception d'effets négatifs sur la santé*

---

<sup>1</sup> L'entretien avec Mme Anam illustre ce type d'effets : cette femme de 49 ans s'est abîmé le dos dans des emplois à fortes sollicitations physiques (ménage, plonge), jusqu'à un arrêt de travail prolongé suivi d'une reconnaissance comme travailleuse handicapée. Au moment de l'entretien elle est en formation comme agent de service dans une maison de retraite. Elle estime que ce travail, qui reste très intensif physiquement, entretient ses douleurs dorsales et articulaires.

<sup>2</sup> « *surmenage* », « *rester toujours debout* », « *fatigue physique* », « *insomnie à cause des horaires décalés* », « *usure prématurée due aux intempéries et aux petits accidents répétitifs* »... L'entretien avec Mme Faya, bien qu'ayant eu lieu sans passation du questionnaire, peut être cité pour illustrer ce type d'effets : Mme Faya estime en effet que son travail d'agent de service dans une maison de retraite est à l'origine de la fatigue très intense qu'elle ressent et qu'elle considère comme son problème de santé le plus important.

<sup>3</sup> « *stress* », « *nervosité* » et même « *solitude* »... Mme Enzo a cité le « *stress* » comme effet négatif de son travail sur sa santé : l'entretien permet d'apprendre qu'au moment où elle a renseigné le questionnaire, l'« *ambiance* » était « *déplorable* » dans l'institution où elle travaille comme assistante sociale (en lien notamment avec le passage aux 35 heures), et que cette période était pour elle « *vraiment abominable au niveau nerveux* ».

<sup>4</sup> Ces réponses sont celles qui portent le plus manifestement l'empreinte du médecin du travail.

<sup>5</sup> Mme Artur, qui au moment où elle a rempli le questionnaire travaillait dans une maison de retraite, a cité les « *maladies contagieuses* » au titre des effets négatifs du travail sur sa santé.

**Sentiment que le travail a des effets négatifs sur la santé  
et rapport au travail et à l'emploi (%)<sup>1</sup>**

	Effets négatifs perçus (n=47)	Pas d'effets négatifs perçus (n=148)
<b>Classe d'expérience du travail et de l'emploi</b>	<i>Laborieuse 53*</i>	<i>Assurée 29* Mixte 20*</i>
<b>Situation actuelle</b>		
- Statut de l'emploi :		
- CDI	53	53
- Précaire	47	47
- Pouvoir perdre son emploi (oui)	<b>44</b>	31
- Conditions de travail :		
- Bonnes	15	<b>51*</b>
- Moyennes	15	<b>32*</b>
- Mauvaises	<b>70*</b>	18
- Meilleur emploi (oui)	<b>74</b>	70
- Reconnaissance professionnelle (non)	<b>43*</b>	19
- Reconnaissance familiale (non)	<b>27</b>	22
- Vie personnelle satisfaisante (non)	<b>37*</b>	10
<b>Rapport projectif à l'emploi</b>		
Retrouver un emploi (non)	<b>22*</b>	7
Hypothèse du licenciement		
- Échec personnel	26	<b>31</b>
- Fatalité	17	17
- Occasion de changer	<b>50</b>	41

On voit que si le statut de l'emploi n'est pas discriminant<sup>2</sup>, le type d'intégration professionnelle marque des différences, ainsi que le sentiment de précarité.

Les salariés qui perçoivent des effets négatifs du travail sont également nettement plus nombreux à connaître des conditions de travail dégradées (70%\*), tandis que les conditions de travail bonnes et moyennes sont plus présentes chez les salariés qui n'estiment pas que leur travail affecte leur santé. Ceci indique que lorsque les répondants jugent négativement leurs conditions de travail, ils considèrent également que leur travail est pathogène. Il existe donc un lien très fort entre les deux ordres de réalité - peut-être même peut-on supposer que les conditions de travail sont d'autant plus dépréciées que des effets du travail sur la santé se sont déjà fait ressentir.

Si l'on revient au détail des conditions de travail, on voit apparaître à nouveau les deux variables dont on a vu qu'elles sont particulièrement associées à une santé

<sup>1</sup> Lecture : 53%\* des salariés qui pensent que leur travail affecte leur santé font partie de la classe de l'intégration laborieuse. 53% exercent en CDI.

<sup>2</sup> Ainsi, les salariés en CDI sont plus présents parmi ceux qui perçoivent des effets négatifs lorsqu'ils sont proches de l'intégration laborieuse (53%\*), et parmi ceux qui n'en perçoivent pas lorsqu'ils se rattachent à l'intégration assurée (29%\*).

dégradée : les gênes importantes dans l'environnement de travail (66%\* des salariés « affectés » y sont confrontés, pour 22% dans l'autre groupe) et le sentiment que les conditions de travail actuelles sont plus difficiles qu'auparavant (55%\* dans le premier groupe, 16% dans le second). Deux autres aspects des conditions de travail sont fortement corrélés à la perception d'effets négatifs : les relations jugées « difficiles » avec les collègues et avec les supérieurs, qui concernent respectivement 16%\* et 17%\* des salariés « affectés », soit environ 5 fois plus que dans l'autre groupe.

La subordination de la santé au travail est également plus marquée dans le groupe des salariés « affectés » : en cas de problème de santé, 31% d'entre eux ne peuvent compter sur un soutien de leurs collègues (pour 26% dans l'autre groupe), 62% doivent tenir « coûte que coûte » (pour 48%), 81%\* estiment devoir renoncer à des arrêts maladie (pour 55%), et 31%\* ne peuvent pas s'absenter pour raisons de santé (pour 13%).

Outre cet environnement de travail fortement contraint, les salariés qui estiment que leur travail affecte leur santé ont un rapport au travail plus dégradé, notamment à travers l'absence de reconnaissance professionnelle et familiale et le sentiment que le travail ne permet pas d'avoir une vie personnelle satisfaisante<sup>1</sup>.

Le croisement avec le temps de travail et sa convenance permet de préciser que les salariés qui estiment que leur travail affecte leur santé exercent plus souvent à temps complet (74%, pour 63% parmi ceux qui ne perçoivent pas d'effets négatifs), et l'on observe en particulier une association significative dans le petit groupe de répondants qui souhaiteraient travailler moins (9%\*).

Enfin, les deux questions évaluant le rapport projectif à l'emploi font apparaître que les salariés « affectés » sont plus pessimistes quant à la possibilité qu'ils auraient de retrouver un emploi (22%\* répondent négativement), et qu'ils sont plus nombreux à percevoir un licenciement éventuel comme une « occasion de changer ». On a vu précédemment que, des trois propositions, c'est la modalité « échec personnel » qui s'associe en général avec un rapport positif au travail et à l'emploi, et l'on constate qu'elle est plus présente parmi les salariés qui ne perçoivent pas d'effets négatifs de leur travail sur leur santé.

---

<sup>1</sup> Les proportions sont similaires pour la question portant sur le versant de la vie familiale.

*Santé et perception d'effets négatifs du travail***Sentiment que le travail a des effets négatifs sur la santé et santé (%)<sup>1</sup>**

	Effets négatifs perçus (n=47)	Pas d'effets négatifs perçus (n=148)
Classes d'expérience de la santé	<i>Mvse 43*</i> <i>En diff. 26</i>	<i>Souff. 43*</i> <i>TB 26*</i>
<b>Période actuelle/récente</b>		
- Santé actuelle :		
- Très bonne	5	26*
- Bonne	67	68
- Mauvaise	28*	6
- Difficultés physiques	48*	23
- Difficultés psychologiques	70	35
- Fatigue permanente	55*	25
- Ne pas pouvoir « récupérer »	57*	26
- Perdre le sommeil	43*	20
- Sentiment de danger	49*	22
- Sentiment d'être exposé	57*	20
- Pbs de santé empêchant emplois	26	17
<b>Souffrir de quelque chose</b>	<b>72*</b>	<b>53</b>

On constate sans surprise et en cohérence avec les résultats précédents que la perception d'effets négatifs du travail sur la santé va de pair avec une santé fortement dégradée : les différences entre les deux groupes sont ici très importantes et souvent significatives. Le tableau ne présente que les dimensions de la santé actuelle, mais on peut ajouter que les trois modalités négatives d'histoire de santé (maladie dans les deux dernières années, grave problème au cours de la vie et événement fragilisant) sont également beaucoup plus présentes, et de façon significative, dans le groupe des salariés qui estiment que leur travail affecte leur santé.

Précisons également que les accidents de travail au cours des deux dernières années, type d'événements au croisement des expériences de santé et de travail, sont plus fréquents dans le groupe des salariés qui perçoivent leur travail comme pathogène (26% d'entre eux ont été accidentés, pour 16% dans l'autre groupe).

<sup>1</sup> Lecture : 43%\* des salariés qui pensent que leur travail affecte leur santé appartiennent à la classe de la mauvaise santé, et 26% à celle de la santé en difficultés. 5% sont en très bonne santé.

## *Être exposé à des « choses dangereuses »*

Il peut être intéressant d'examiner de plus près un aspect du rapport à la santé qui apparaît très lié avec la perception d'effets négatifs du travail. Il s'agit du sentiment d'être exposé à des choses dangereuses dans le travail et la vie habituelle, très nettement sur-représenté parmi les salariés « affectés » : 57%\*.

J'ai annoncé précédemment que le sentiment d'être exposé semble avoir été compris par les répondants surtout en lien avec le travail, même si la question se référait à l'ensemble des activités et était placée dans la partie du questionnaire concernant la santé. Cette hypothèse se fonde d'abord sur certaines caractéristiques générales des salariés qui estiment être exposés : 29% d'entre eux occupent des emplois de personnels de service, et 43% des emplois d'ouvriers (surtout non qualifiés), c'est-à-dire les emplois qui sont le plus immédiatement dangereux pour la santé et la sécurité des salariés<sup>1</sup>. D'autre part, on a vu que les travailleurs en contrat précaire (intérimaires notamment) ainsi que ceux qui ont eu plusieurs contrats de travail dans les deux dernières années sont plus enclins à se sentir exposés.

Les commentaires des salariés<sup>2</sup> transcrits par les médecins permettent d'aller plus loin. Si, comme je l'ai précisé plus haut, quelques répondants ont mentionné « la ville » et la conduite automobile au titre de ces « choses dangereuses », la plupart des annotations se rapportent en effet à l'environnement de travail. Certaines mentionnent avec précision des substances toxiques : « le fréon » (un monteur-câbleur), « les rayons UV, le bruit, les fumées » (un soudeur), « les radiations ionisantes » (une aide-soignante). D'autres citent des « risques de contamination infectieuse » (une employée de restauration collective, un agent de service hospitalier). Une personne manifeste une inquiétude généralisée, dont on ne peut savoir si elle concerne spécifiquement l'environnement de travail : « oui, il y a toujours des risques quelque part... » (un mécanicien-tôlier-peintre). Enfin, un manœuvre intérimaire du bâtiment formule très exactement la combinaison « classique » chez ces travailleurs temporaires entre des tâches dangereuses et une forte pression dans le travail :

---

<sup>1</sup> Cela se traduit notamment dans le score de conditions de travail : 41%\* des salariés exposés travaillent dans de mauvaises conditions (pour 26% de ceux qui ne sentent pas exposés). De plus, 52%\* d'entre eux signalent la présence de gênes importantes dans leur environnement de travail, pour 24% des salariés non exposés.

<sup>2</sup> Aucune question ouverte ne faisait suite à celle portant sur les « choses dangereuses », mais une quinzaine de salariés (et leurs médecins) ont désigné explicitement la nature de ce danger.

« *travail en hauteur + il faut aller vite* ». Cette même personne a également répondu positivement à la question portant sur le sentiment que la santé est en danger, et le questionnaire fait apparaître l'annotation suivante : « *oui : travaux physiques donc répercussions potentielles* ». Quant aux effets négatifs du travail sur la santé, ils se traduisent pour cette personne (et pour son médecin du travail) par une « *usure de l'appareil locomoteur* » et par de la « *fatigue* ».

Finalement, cette question qui invitait directement les répondants à se prononcer sur l'existence de liens entre leur travail et leur santé permet de constater que le jugement des salariés sur les effets pathogènes de leur activité professionnelle est étroitement corrélé avec leurs réponses concernant la santé, le travail et l'emploi. En résumé, lorsque les conditions de travail et le rapport au travail sont dégradés, l'activité professionnelle est jugée pathogène, et lorsque cette dynamique pathogène est désignée, la santé est nettement altérée.

Il ne s'agit pas pour autant de postuler que tous les troubles ou dysfonctionnements déclarés sont le résultat des seuls effets du travail. Mais compte tenu des associations massives et systématiques, il est fort probable qu'une partie d'entre eux sont effectivement attribuables à l'activité professionnelle. L'interprétation ne peut guère aller plus loin, notamment dans la mesure où nous ne savons pas à quelle échelle de temps les salariés se sont référés : la question se situait à un niveau de généralité qui ne permet pas de savoir s'ils ont répondu pour leur emploi actuel, ou pour l'ensemble de leur vie professionnelle (dans le deuxième cas, on pourrait imaginer que les effets négatifs du travail expliquent aussi certaines altérations de santé passée, ce que suggèrent d'ailleurs les résultats concernant les événements de vie fragilisants sur le plan de la santé).

Quant à l'association observée avec une expérience du travail largement négative (qu'il s'agisse des conditions de travail ou du rapport au travail), elle est peut-être à comprendre non seulement comme un indice « objectif » des effets pathogènes du travail (les pénibilités et difficultés dans le travail sont à l'origine d'« effets négatifs » sur la santé), mais aussi comme l'expression symptomatique d'un rapport malheureux au travail : sans doute les répondants ont-ils été d'autant plus enclins à percevoir des effets pathogènes de leur travail que celui-ci leur semble peu intéressant, peu valorisant et peu reconnu, au-delà même des seules atteintes effectives à la santé. Cette interprétation sera reprise et approfondie dans le chapitre VIII à partir des données qualitatives.

### ***Attribuer sa dernière maladie à son activité professionnelle***

Je reviendrai ici sur les 32 répondants qui, ayant été malades au cours des deux dernières années, ont désigné leur activité professionnelle comme cause de ce problème de santé.

18 d'entre eux sont des femmes, 14\* sont âgées de 45 ans ou davantage. Dans 14 cas (et 16 maladies citées compte tenu des réponses multiples), l'activité professionnelle est la seule cause désignée par les répondants. Il s'agit de 8 cas de dorsalgies et de troubles articulaires (lombalgies, hernies discales, périarthrite...), 3 cas de pathologies respiratoires (broncho-pneumonie, pneumothorax...), 4 cas de stress, déprime ou fatigue, et d'un accident de travail. Lorsque l'activité professionnelle est combinée à d'autres causes (18 répondants et 20 maladies), on retrouve les mêmes types de problèmes, auxquels s'ajoutent des troubles plus bénins et passagers (angines, gripes, gastro-entérites). Le questionnaire ne permettant pas de connaître la nature et les caractéristiques de l'emploi occupé au moment de la dernière maladie, on ne peut faire aucun rapprochement direct avec l'activité professionnelle des répondants. Cependant, on note que 31% des répondants qui mettent en cause leur activité professionnelle occupent actuellement des emplois de personnels de service, qu'ils exercent un peu plus fréquemment en CDI, et que 41% appartiennent à la classe de l'intégration laborieuse.

Les salariés qui ont estimé que leur dernière maladie était attribuable, pour tout ou partie, à leur activité professionnelle sont-ils particulièrement sensibles aux processus de mise en jeu de leur santé dans le travail, ont-ils un niveau de conscience plus élevé ou une perception plus nette de liens avérés ou éventuels entre santé et travail ? Les effectifs sont trop faibles pour obtenir des résultats véritablement éclairants, mais on peut signaler que l'attribution de la dernière maladie à l'activité professionnelle est significativement associée au sentiment d'être exposé à des choses dangereuses, à la présence de gênes importantes dans l'environnement de travail, à un score global indiquant des mauvaises conditions de travail, et au sentiment que le travail a des effets pathogènes. Il semble donc que la perception de liens entre activité professionnelle et santé se retrouve de façon transversale et cohérente dans l'ensemble des variables permettant aux répondants de faire état de ces liens.



Les entretiens apportent des informations complémentaires intéressantes. Je citerai par exemple le cas de Mme Pinson. Cette femme de 49 ans est animatrice pour jeunes enfants dans le centre de loisirs de sa municipalité. Au cours d'un accompagnement de séjour à la montagne, elle a contracté une pneumopathie aiguë qui a nécessité une hospitalisation de 4 jours. Elle précise qu'elle était à ce moment-là plus fragile car, outre un terrain asthmatique, elle est « *partie avec un rhume, mais rien de méchant, j'avais un traitement, bon, rien d'exceptionnel* ». Elle a ensuite « *chopé une bactérie là-haut* ». Un médecin est venu et a conseillé de passer une radio, mais compte tenu du contexte (ses collègues étaient « *hyper débordés* » et « *n'ont pas pris le temps de m'amener à l'hôpital pour passer la radio ou quoi que ce soit* »), Mme Pinson n'a pas été soignée suffisamment tôt et son état a empiré jusqu'à son hospitalisation. C'est donc ici un concours de circonstances à la fois personnelles et professionnelles qui a été à l'origine de l'épisode morbide (cependant Mme Pinson n'a choisi que la réponse concernant l'activité professionnelle). Le caractère très ponctuel et conjoncturel de cet événement explique que par ailleurs Mme Pinson n'estime pas que son travail a des effets négatifs sur sa santé.

Le cas de Mme Anam est différent : ses problèmes de dos sont à la fois issus de son activité professionnelle et entretenus par celle-ci, c'est pourquoi elle répond positivement aux deux questions.

Enfin, Mme Damo a déclaré avoir eu des « problèmes nerveux » au titre de maladies dans les deux dernières années. Elle a désigné quatre causes parmi les cinq qui étaient proposées : l'activité professionnelle, des problèmes d'ordre personnel, l'environnement et une cause de type fragilité personnelle. Le lien avec l'activité professionnelle apparaît dans l'entretien lorsque Mme Damo évoque le « *harcèlement moral* » qu'elle subissait de la part de son employeur : « *je me suis accrochée avec lui, grave aussi... C'était physique et moral, parce que j'ai fait une dépression nerveuse quand même* ». La relation de causalité est donc ici nettement plus affirmée et même personnifiée dans la figure de l'employeur.

## *Des événements fragilisants sur le plan de la santé*

Parmi les 69 personnes qui ont déclaré avoir vécu au cours de leur vie un événement fragilisant sur le plan de la santé, 17 ont mentionné un événement lié à leur vie professionnelle.

Dans 9 cas, l'événement est récent et ses répercussions se font sentir actuellement. On peut citer d'abord un groupe de 5 ouvriers qualifiés de la même entreprise, tous âgés d'au moins 45 ans, qui évoquent un « projet d'externalisation de l'usine » qui interviendra quelques mois après la date du questionnaire. Ces salariés exercent tous en CDI et ont tous le sentiment de pouvoir perdre leur emploi à court ou moyen terme. Trois d'entre eux ont répondu affirmativement à la question concernant les effets négatifs du travail sur la santé, et leurs réponses font état d'« hypertension artérielle et insomnie dues à la situation stressante », de « risque de surdité, problèmes d'irritation des yeux et des poumons, station debout prolongée » (cet homme est soudeur), et de « bruit, ambiance psychologique néfaste, pression ». On peut ajouter que l'un des deux salariés qui n'ont pas cité d'effets négatifs mentionne comme gêne importante dans l'environnement de travail une « mauvaise ambiance psychologique ». Par ailleurs, 3 de ces 5 salariés s'estiment en mauvaise santé actuelle, et 2 en bonne santé.

Ces 5 exemples sont représentatifs d'un cas de figure classique dans lequel des restructurations d'entreprise font peser sur les salariés, en particulier les ouvriers vieillissants, une inquiétude forte et un sentiment de disqualification qui se traduisent de multiples façons dans le registre de la santé, s'ajoutant aux aspects traditionnellement délétères du travail ouvrier<sup>1</sup>.

4 autres répondants situent également dans le présent l'événement qu'ils estiment fragilisant :

- une serveuse (19 ans) cite « le travail en restauration » comme événement fragilisant, et des « problèmes de dos » comme effets négatifs de ce travail. Cette personne estime être en mauvaise santé, et déclare également ressentir une fatigue permanente, ne pas pouvoir « récupérer », éprouver des difficultés physiques et psychologiques, et souffrir de quelque chose (« lombalgies »)<sup>2</sup> ;

---

<sup>1</sup> L'un des répondants précise qu'il a le « sentiment d'être vendu ».

<sup>2</sup> Le médecin du travail se montre peu optimiste quant à l'avenir de santé de cette personne : « constitution physique fragile qui ne lui permet pas de tenir le coup dans les emplois auxquels elle peut prétendre sans qualification ».

- une déléguée médicale itinérante (« 2000 km par semaine », précise-t-elle) estime que « les horaires et le stress » fragilisent sa santé et cite « stress, eczéma et asthénie » au titre des effets pathogènes du travail (et également comme causes de souffrance) ;

- une ouvrière non qualifiée (« emballeuse ») de 43 ans fait état d'une hernie discale l'obligeant à se « recycler dans une autre branche (en attente de reconnaissance COTOREP) ». Elle cite le port de charges lourdes et le travail en chambre froide au titre d'effets négatifs du travail sur sa santé (il s'agit d'ailleurs des causes plus que des effets) ;

- enfin, la quatrième personne n'est autre que Mme Enzo, dont nous avons vu qu'elle perçoit comme « stressant » son travail d'assistante sociale dans un établissement où l'organisation du travail s'apparente plutôt à une désorganisation. Pour les 8 autres répondants, l'événement fragilisant se situe dans le passé professionnel. 5 cas mentionnent une période de chômage ou le dépôt de bilan d'une entreprise personnelle<sup>1</sup>. On peut citer ici l'exemple de Mme Fonviel, rencontrée en entretien, qui a géré pendant quelque temps un magasin de vidéos avec son compagnon de l'époque. Pour des raisons complexes<sup>2</sup>, le magasin a fait faillite, et Mme Fonviel a connu d'importantes difficultés financières à la suite de cette « banqueroute » : « j'ai tout perdu, 3 appartements, plus 150 briques de dettes, et encore ça continue, j'ai failli faire de la prison et tutti quanti... ». Les conséquences sur le plan de la santé ont été à ses yeux très directes : « j'ai eu de suite des problèmes au niveau des seins, et... j'ai eu un... un truc au niveau de l'utérus là, un fibrome ». L'autre cas de perte d'entreprise personnelle concernait un cabinet d'architecture.

Une femme de 52 ans situe en 1968 l'événement fragilisant sur le plan de sa santé : il s'agit d'une période de « surmenage (travail en usine et travaux agricoles) précédant son mariage ».

Une aide-soignante de 36 ans estime que sa formation professionnelle « stressante » a constitué un événement fragilisant pour sa santé.

---

<sup>1</sup> Même si la période de chômage est révolue, les échos de cet événement peuvent être toujours perceptibles. C'est le cas pour un homme de 48 ans, exerçant actuellement comme agent d'entretien d'un immeuble, en CDI à mi-temps. Le commentaire du médecin du travail permet d'apprendre que cette personne a auparavant exercé pendant 17 ans comme chef d'atelier dans un garage, puis a connu une période de 2 ans de chômage avant de trouver son emploi actuel. Le médecin du travail se dit « réservé » quant à son avenir de santé : « ce monsieur est content de retravailler même à mi-temps, mais il n'apporte pas assez à son ménage (se sent dévalorisé). Il occulte toute sa santé au point de négliger un minimum de prévention (bilans et vaccination). Si ce monsieur travaillait à temps plein, il en serait transformé ».

<sup>2</sup> Se reporter à la présentation de l'entretien avec Mme Fonviel en Annexe 6.

Enfin, le dernier exemple d'événement fragilisant est celui de l'accident de travail mentionné précédemment (« *accident de travail avec contusions traumatiques entraînant des séquelles importantes* » chez un homme de 31 ans<sup>1</sup>).

L'ensemble de ces réponses fait apparaître la diversité des interrelations entre histoire de santé et histoire de travail, et montre que des événements de la vie de travail peuvent avoir des échos très variés et durables dans le registre de la santé perçue.

### « *Souffrir de quelque chose* » : quels liens avec la vie professionnelle ?

115 salariés ont répondu affirmativement à la question : « *vous arrive-t-il de souffrir de quelque chose ?* », avec une sur-représentation significative des femmes et des salariés en emploi de personnel de service.

Nous avons vu que l'analyse des réponses concernant la cause ou l'objet de cette souffrance fait ressortir une grande variété de motifs, qui peuvent être regroupées en deux grands types (non mutuellement exclusifs) : d'une part se déploie le registre des douleurs ou gênes physiques d'intensité et de fréquence très variables ; et d'autre part se décline une souffrance « morale » multiforme, qualifiée tour à tour de « *mal-être* », de « *solitude* », de « *souffrance psychologique* », de « *dépression* », de « *anxiété* », de « *problèmes nerveux* », ou renvoyant à des « *problèmes* » d'ordre divers liés à l'existence quotidienne.

9 répondants ont explicitement mentionné l'origine professionnelle de cette souffrance. Pour 4 d'entre eux, c'est la précarité de l'emploi qui fait problème :

- soit parce que le contrat est précaire : c'est le cas d'une dessinatrice en architecture (« *quand le contrat est fini il faut retrouver du travail* »), d'une aide puéricultrice, et d'une employée de restauration collective<sup>2</sup>, toutes trois employées en CDD ;

- soit parce que l'emploi n'est pas exercé à temps complet, comme pour cette téléprospectrice employée en CDD à temps partiel, qui souffre de « *ne pas avoir un travail à temps complet en CDI - Peur de ne pas m'en sortir, surtout pour les enfants* ».

---

<sup>1</sup> La grande différence entre la qualification de ce salarié (titulaire d'un CAP de conduite d'engins de BTP) et l'emploi qu'il exerce actuellement (équipier de vente dans une grande surface) laisse penser que l'accident de travail (dont on connaît la fréquence dans le BTP) est à l'origine de cette bifurcation professionnelle.

<sup>2</sup> Cette salariée estime que la « *nervosité* » et le « *stress* » induits par son travail nuisent à sa santé.

Les 5 autres répondants déclarent souffrir d'une absence de satisfaction dans le travail, qui peut s'exprimer dans le registre des conditions de travail (horaires qui ne conviennent pas et travail perçu comme monotone pour un manutentionnaire<sup>1</sup>), du stress (un agent de médiation métro-bus en emploi jeune), ou de diverses insatisfactions dans la vie de travail : une comptable intérimaire de 46 ans souffre « *d'être un peu exclue dans certaines entreprises* », un soudeur-chaudronnier de 48 ans souffre « *de ne pas avoir une évolution de carrière satisfaisante*<sup>2</sup> », et une ouvrière de 51 ans souffre « *du comportement de certains collègues (harcelée lors des dernières grèves)* ».

Au-delà de ces motifs de souffrance explicitement désignés par les salariés comme liés à leur vie professionnelle, on peut s'interroger sur l'existence de liens éventuels entre certaines réponses à cette question de la souffrance et les caractéristiques de l'emploi actuel. En d'autres termes, ne peut-on pas, en fonction des autres réponses au questionnaire et des annotations des médecins du travail, estimer que certains motifs de souffrance formulés de façon imprécise sont très probablement liés à l'activité professionnelle ?

On peut tout d'abord affirmer l'existence de tels liens par recoupement avec la question sur les effets négatifs du travail sur la santé. 17 répondants ont en effet donné la même réponse aux deux questions. Par exemple, une aide-puéricultrice et une employée de restauration collective citent le mal de dos à la fois comme motif de souffrance et comme effets négatifs de leur travail sur leur santé. Ce type de correspondance s'observe surtout pour des problèmes de dos et d'articulations, déclarés par des personnes occupant des emplois à forte charge physique.

Mais que penser des 24 répondants dont les motifs de souffrance (essentiellement des douleurs dorsales, articulaires et musculaires) ne sont pas identifiés comme des effets négatifs du travail sur la santé ? Que penser par exemple de ce chauffeur-livreur de 41 ans, dont les conditions de travail sont mauvaises, qui souffre de « *douleurs lombaires* », et ne déclare pas que son travail affecte sa santé ? On peut pourtant raisonnablement penser que ses problèmes lombaires sont au moins partiellement liés à son activité professionnelle, et cela d'autant plus que le médecin

---

<sup>1</sup> Ce répondant, qui travaille de nuit, déclare par ailleurs que son travail a des effets pathogènes : « *perte de sommeil - perte de poids - pas de sport - douleurs dorsales - repas décalés* ». Son médecin du travail estime qu'il « *ne peut continuer bien longtemps dans cet emploi car les répercussions sur sa santé sont trop importantes* ».

<sup>2</sup> Cette personne est l'un des 5 répondants menacés par une restructuration à venir dans leur entreprise.

du travail souligne que ce salarié a « beaucoup de charges à soulever, pour un état général moyen et une colonne lombaire fragilisée ». Je citerai également l'exemple d'une femme de 50 ans employée d'une société de nettoyage : elle souffre de « varices, périarthrite et douleurs cervicales », et ne mentionne que de la fatigue au titre d'effets négatifs de son travail sur sa santé. Là encore, compte tenu des mauvaises conditions de travail et du commentaire médical (« toutes les conditions accumulées dans le cadre du travail ont un impact négatif sur sa santé : horaires éclatés, fatigue physique, troubles musculo-squelettiques liés aux gestes répétitifs ») on peut confirmer l'origine professionnelle (au moins partiellement) de la souffrance.

Si l'on accepte ce type de raisonnement par recoupements directs et indirects avec les autres informations fournies par les questionnaires et les avis médicaux, ce sont au total 46 des 129 réponses à la question de la souffrance (soit plus du tiers) que l'on peut rattacher de façon certaine ou probable aux caractéristiques de l'activité professionnelle. Cela ne signifie pas que les troubles mentionnés soient exclusivement attribuables au travail, ni que les 83 réponses restantes n'aient aucun lien avec ces activités<sup>1</sup>.

Si l'on aborde la question sous l'angle des classes d'expérience du travail et de l'emploi, on observe que la dimension de la souffrance ne se répartit pas de façon équitable parmi les 4 groupes. La classe de l'intégration laborieuse est de loin la plus concernée, avec 71%\* de répondants qui ont déclaré souffrir de quelque chose. L'intégration assurée et l'intégration incertaine sont proches, avec respectivement 55% et 58%. Enfin, c'est l'absence de souffrance qui caractérise la classe de l'intégration mixte : 58%\* de ses membres ont répondu négativement.

A ce niveau agrégé d'observation, on constate donc que la dimension de la souffrance est nettement plus présente dans la classe où l'expérience du travail est la plus dégradée en termes de conditions de travail, de reconnaissance du travail, et d'insatisfaction dans la vie personnelle. On peut ajouter que dans cette classe, la souffrance est plus souvent de nature psychologique ou morale, et plus souvent associée à des troubles corporels chroniques (diabète, HTA, asthme...)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> On ne peut pas, par exemple, trancher avec certitude sur l'origine professionnelle des « problèmes nerveux » d'un ouvrier intérimaire qui déclare par ailleurs que son travail affecte sa santé par le biais du « stress » ; ou sur l'influence des activités de travail sur les « rhumatismes » dont souffre un agent d'entretien...

<sup>2</sup> Tandis que les TMS et les problèmes de dos sont plus présents dans les classes de l'intégration assurée et incertaine.

## **Souhaiter prendre du congé en cas de fatigue trop intense : un indicateur du rapport au travail ?**

Il a été demandé aux salariés si, en cas de fatigue trop intense, il leur arrivait de souhaiter prendre du congé pour récupérer. 51% d'entre eux ont répondu affirmativement - ce qui signifie a contrario que près de la moitié des répondants n'éprouvent pas le besoin de prendre du congé lorsque la fatigue se fait importante. Les deux sous-groupes ne se différencient pas au regard du sexe. Ceux qui souhaitent prendre du congé sont plus souvent âgés de 45 ans ou davantage (30%, pour 24% dans l'autre groupe), tandis que ceux qui répondent négativement sur-représentent de façon significative les plus jeunes salariés (24%\* de moins de 25 ans). Le croisement avec le statut de l'emploi montre que les salariés à qui il arrive de souhaiter prendre du congé sont plus souvent en CDI (56%, pour 49% dans l'autre groupe), et qu'ils sont légèrement moins nombreux à estimer qu'ils peuvent perdre leur emploi (31%, pour 36% dans l'autre groupe).

La proportion de répondants qui déclarent souhaiter prendre du congé en cas de fatigue importante paraît relativement faible. Comment comprendre que la moitié seulement des salariés évoquent ce souhait, qui pourtant n'engage à rien ?

On pourrait penser dans un premier temps que le fait de ne pas souhaiter prendre de congé pour « récupérer » est l'indice d'une grande satisfaction dans le travail, qui amènerait les salariés concernés à faire le choix de travailler malgré la fatigue. Mais cette hypothèse ne semble pas pertinente, ne serait-ce qu'au regard du croisement avec le type d'emploi qui dessine la tendance suivante : dans les deux catégories les moins qualifiées - donc celles où, en règle générale, la satisfaction dans le travail est la plus faible, la réponse négative est majoritaire (54% des personnels de service et 60% des ouvriers non qualifiés ne souhaitent pas prendre de congé), tandis qu'à l'inverse les catégories plus qualifiées souhaitent prendre du congé en cas de fatigue importante (58% des ouvriers qualifiés, 62% des employés et 57% des professions intermédiaires et supérieures). D'autre part, les modalités indiquant une satisfaction dans et par le travail ne sont pas systématiquement plus présentes dans le groupe des salariés qui ne souhaitent pas de congé, comme le montre le tableau suivant :

**Souhaiter prendre du congé en cas de fatigue trop intense**  
**(%)<sup>1</sup>**

	Souhait de congé : oui (n=101)	Souhait de congé : non (n=96)
Classe d'exp. du travail et de l'emploi	<i>Laborieuse</i> 29	<i>Incertaine</i> 38
<i>Satisfaction dans le travail</i>		
Reconnaissance professionnelle (oui)	72	78
Bonnes conditions de travail	42	42
- Initiative suffisante	81	73
- Travail non répétitif et monotone	62	57
- Cond. de travail pas plus dures	72	77
- Temps de travail suffisant	70	76
- Pas de rythme imposé	53	59
- Pas de gênes importantes	63	72
- Pas de surveillance	49	51
- Pas de consignes superflues	70	79
En cas de problème de santé :		
- Ne pas devoir « tenir »	52	45
- Ne pas renoncer à des arrêts	41	36
- Pouvoir s'absenter	83	83
- Avoir un soutien des collègues	82*	63
<i>Satisfaction par le travail</i>		
Reconnaissance familiale (oui)	79	74
Vie personnelle satisfaisante	85	81
Convenance du temps de travail	84	77
Horaires de travail qui conviennent	87	84
Pouvoir discuter les horaires	57	45

Ces résultats sont ambivalents :

- sur le plan des conditions de travail, on note d'abord que la variable agrégée n'est pas discriminante, c'est pourquoi j'ai fait apparaître les résultats détaillés. Ceux-ci indiquent que les modes et les contextes de réalisation du travail sont plus favorables aux salariés qui ne souhaitent pas prendre de congé (à l'exception de l'initiative et de la perception du travail comme répétitif et monotone), ce qui irait dans le sens de mon hypothèse initiale, mais la tendance s'inverse pour les quatre questions évoquant l'apparition d'un problème de santé dans le travail : les salariés qui souhaitent parfois prendre du congé sont ici moins astreints ;

- la tendance est plus nette en ce qui concerne les formes de satisfaction par le travail, qui sont toujours légèrement plus fréquentes parmi les salariés qui évoquent la possibilité de prendre du congé pour se reposer.

<sup>1</sup> Lecture : 29% des salariés qui souhaitent prendre du congé en cas de fatigue trop intense font partie de la classe de l'intégration laborieuse. 72% estiment que leur travail est reconnu dans leur entourage professionnel.



En résumé, les résultats ne permettent pas de confirmer l'hypothèse selon laquelle l'absence de souhait de congé serait le signe d'un rapport au travail plus positif et d'une « motivation » au travail plus grande.

Dès lors se repose la question : qu'est-ce qui peut expliquer que certains salariés souhaitent ou non prendre du congé lorsque la fatigue est intense, compte tenu du fait que, je le rappelle, on pouvait s'attendre à un taux plus important de réponses positives ?

L'explication passe peut-être par la présence effective ou non de la fatigue elle-même. On observe que les salariés qui souhaitent prendre du congé sont en effet plus fatigués que ceux qui n'évoquent pas cette possibilité : 38%\* d'entre eux ressentent une fatigue permanente, et 41%\* ont le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » (pour respectivement 26% et 27% dans l'autre groupe<sup>1</sup>). On peut donc supposer qu'une partie des réponses négatives vient du fait que n'étant pas particulièrement fatigués ou épuisés, les salariés ont répondu « non » car ils n'ont pas été en situation d'émettre ce souhait.

Cependant, cette explication est insuffisante car à « fatigue égale », le souhait de congé n'est pas évoqué dans les mêmes proportions. Il s'agit ici d'interroger la possibilité même de prendre un congé récupérateur, qui n'est bien sûr pas indifférente à la position du salarié dans le monde du travail. Dans cette optique, la réponse négative au souhait de congé indiquerait non pas une absence de fatigue ou une plus grande satisfaction au travail, mais plus prosaïquement la probabilité subjectivement évaluée d'obtenir ou non une telle opportunité. En témoignent le fait que le souhait de congé soit plus fréquemment émis par des salariés en emplois qualifiés et en CDI (y compris au sein des salariés fatigués ou de ceux qui ne peuvent pas « récupérer<sup>2</sup> »), ainsi que la plus grande subordination de la santé au travail chez les salariés qui ne souhaitent pas prendre de congé<sup>3</sup>. La réponse négative au souhait de congé signifierait alors que, pour certains salariés, la question ne se pose même pas car ils savent que cette possibilité ne leur serait pas

---

<sup>1</sup> On note également que les salariés qui ne souhaitent pas prendre de congé sont significativement associés à la classe de la très bonne santé : 27%\* d'entre eux y sont rattachés.

<sup>2</sup> Lorsqu'on éprouve une fatigue permanente et que l'on exerce comme personnel de service, le souhait de congé est évoqué près d'une fois sur deux. Lorsqu'on exerce comme profession intermédiaire ou supérieure, c'est le cas 7 fois sur 10. Autre exemple : les salariés en CDI qui ont le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » sont 72%\* à souhaiter prendre du congé, tandis que ceux qui exercent en emploi précaire sont, dans la même situation, 52%\* à ne pas souhaiter un congé.

<sup>3</sup> Ici également la distinction vaut à niveau de fatigue égale : au sein des salariés qui n'arrivent pas à « récupérer », ceux qui doivent tenir « coûte que coûte » en cas de problème de santé sont 57% à souhaiter prendre du congé, tandis que ceux qui ne doivent pas « tenir » sont 74%.

laissée. C'est peut-être ce qu'indique une femme de 54 ans, sans qualification, qui occupe un emploi d'aide puéricultrice en CDD (elle souhaiterait travailler en CDI), dont les conditions de travail sont mauvaises, et qui malgré une santé jugée mauvaise estime qu'elle doit tenir « coûte que coûte » au travail et renoncer à des arrêts maladie : « *il ne faut pas y penser* », ajoute-t-elle en complément à sa réponse négative sur le souhait de congé. Cette interprétation explique par ailleurs que les personnels de service, catégorie marquée à la fois par la fatigue, le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » et la précarité de l'emploi, sont également (avec les ouvriers non qualifiés) ceux qui évoquent le moins souvent le souhait de congé.

### **Quand la santé restreint l'accès à l'emploi**

Un dernier aspect des liens désignés par les répondants entre travail et santé reste à aborder. Il s'agit d'une interrogation inverse à la question des effets négatifs du travail sur la santé : les problèmes de santé sont ici abordés sous l'angle de leurs conséquences dans la vie professionnelle, et plus précisément sur l'accès aux différents types d'emplois.

Je rappelle que 20% des répondants (n=39) ont déclaré avoir des problèmes de santé leur interdisant l'accès à certains emplois. Ce groupe de salariés (à 54% masculin) sur-représente à la fois les moins de 25 ans (26%) et les 45 ans et plus (36%), ainsi que les deux catégories d'emplois les moins qualifiés (38% de personnels de service, 26% d'ouvriers non qualifiés).

La perception de problèmes de santé limitant l'accès à l'emploi va-t-elle de pair avec une santé globalement dégradée ? C'est effectivement le cas, puisque les salariés qui déclarent avoir ce type de problème sont 56%\* à appartenir à la classe de la mauvaise santé. Ils sont notamment significativement plus nombreux à être en mauvaise santé actuelle (34%\*), à ressentir une fatigue permanente et à avoir le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » (58%\* et 57%\*), à perdre le sommeil (42%\*), à avoir éprouvé au cours des derniers mois de fortes difficultés physiques (68%\*) et psychologiques (71%\*), et enfin à souffrir de quelque chose (82%\*). Sur ce dernier point, les réponses libres permettent de constater que pour 16 de ces 39 salariés, la souffrance est liée à des pathologies musculo-squelettiques et des dorsalgies, dont on peut supposer qu'elles limitent, par exemple, l'accès à des postes impliquant des efforts physiques importants ou répétitifs.

La mauvaise santé de ces salariés explique probablement que 50%\* d'entre eux exercent à temps partiel, et qu'ils en sont satisfaits dans les deux-tiers\* des cas (tandis que les salariés qui ne déclarent pas de problèmes de santé gênants pour l'accès à l'emploi ne sont que la moitié à être satisfaits lorsqu'ils travaillent à temps partiel).

Peut-on déceler, dans ce que nous savons du rapport à l'emploi de ces salariés, des traces de cette limitation de l'accès à l'emploi pour raisons de santé ?

En ce qui concerne la situation actuelle, on note que ce groupe de salariés exerce plus souvent en CDI (64%, pour 49% parmi ceux qui n'ont pas ce type de problèmes de santé). Le sentiment de pouvoir perdre son emploi y est pourtant plus présent (43%, pour 32% dans l'autre groupe). Dans l'ensemble, les informations disponibles concernant le parcours professionnel suggèrent que ces salariés ont plus souvent été confrontés à des formes de précarisation du rapport à l'emploi, et qu'ils se perçoivent comme plus vulnérables à cet égard :

**Problèmes de santé limitant l'accès à certains emplois  
et rapport à l'emploi (%)<sup>1</sup>**

	Problèmes d'accès à l'emploi (n=39)	Pas de pbs d'accès à l'emploi (n=160)
Classe d'expérience du travail et de l'emploi	<i>Laborieuse 36*</i>	Incertaine 34 Assurée 26 Laborieuse 22
<b>Parcours professionnel</b>		
Au moins 2 contrats 2 dern. années	24	42*
Expérience de l'intérim	44	31
Avoir déjà eu un CDI	42	54
Expérience du chômage	54	46
<b>Rapport projectif à l'emploi</b>		
Retrouver un emploi		
- Oui, niveau inférieur	25*	11
- Non	17	9
Hypothèse du licenciement		
- Échec personnel	21	32
- Fatalité	26	15
- Occasion de changer	44	44

<sup>1</sup> Lecture : 36%\* des salariés qui déclarent avoir des problèmes de santé limitant l'accès à certains emplois font partie de la classe de l'intégration laborieuse. 24% ont eu au moins 2 contrats de travail différents (hors intérim) au cours des 2 dernières années.

Si au cours des deux dernières années les salariés déclarant des problèmes de santé pénalisants pour l'emploi sont moins nombreux à avoir eu 2 contrats de travail ou davantage, ils ont en revanche plus que les autres fait l'expérience du travail intérimaire<sup>1</sup> et du chômage<sup>2</sup>. Ils sont également plus nombreux à n'avoir jamais travaillé en CDI.

Il n'est bien sûr pas possible d'affirmer l'existence d'un lien causal entre les problèmes de santé qui sont actuellement considérés comme limitatifs à l'égard de l'emploi et la présence de formes de précarité dans les parcours. Mais l'hypothèse semble plausible, d'autant plus qu'elle est cohérente avec les réponses des salariés quant au rapport projectif à l'emploi : leur pessimisme (qui est d'une façon plus générale celui des salariés en mauvaise santé) s'observe à la fois pour la probabilité perçue de retrouver un emploi et pour la perception d'un éventuel licenciement.

Il est difficile d'aller plus loin dans l'analyse, dans la mesure où l'on ne dispose pas d'informations sur ce que sont ces problèmes de santé qui, du point de vue des salariés, restreignent leurs possibilités d'emploi. Seuls les entretiens apportent quelques exemples. 6 personnes ayant déclaré avoir ce type de problèmes ont été vues en entretien. Pour 4 d'entre elles (Mme Anam, Mme Chafi, Mme Brax et M. Sernin), il s'agit de problèmes de santé physique (dorsalgies, diabète handicapant, séquelle d'accident du travail au bras). Pour une autre (Mme Fonviel), il s'agit de problèmes de santé mentale (mal-être et prise importante de psychotropes dont elle signale qu'ils lui ont déjà fait perdre un emploi). Enfin, Mlle Portet a répondu affirmativement car sa taille (inférieure à 1,60 m) lui interdit d'entrer dans la gendarmerie.

\*

\* \*

---

<sup>1</sup> Qui leur a convenu 6 fois sur 10, mais qui ne leur conviendrait pas aujourd'hui dans 75%\* des cas.

<sup>2</sup> Cette période de chômage difficile a eu des répercussions sur la santé dans 57% des cas (pour seulement 45% dans l'autre groupe).

## *Synthèse des principaux résultats*

Au terme de cette exploration approfondie des articulations entre expériences de la santé et expériences du travail et de l'emploi, je vais tenter de mettre en lumière quelques éléments de synthèse.

Un premier constat global consiste à souligner que les résultats sont souvent mitigés, et qu'il est parfois difficile de dégager des tendances très marquées. La faiblesse numérique de l'effectif interrogé explique sans doute en partie cet aspect hétérogène, mais on peut également considérer celui-ci comme une caractéristique propre des objets étudiés : la diversité des expériences et de leurs modes d'articulation traduit la grande variabilité sociale des réalités analysées.

Malgré cette relative dispersion des résultats, il est possible de mettre en relief un ensemble d'observations et d'hypothèses interprétatives que cette enquête a permis de faire émerger.

Je rappelle que l'objectif de connaissance n'était pas de nature épidémiologique : il ne s'agissait pas de mesurer des « états de santé » et de les rapporter causalement aux caractéristiques de l'intégration professionnelle, mais de comprendre comment les salariés perçoivent et évaluent conjointement leurs conditions de vie, leur expérience du travail et de l'emploi, et leur santé. Au regard de cette perspective, en quoi l'enquête permet-elle d'éclairer ces diverses composantes des expériences sociales, et de préciser leurs interrelations ?

*Les expériences du travail et de l'emploi* ont été appréhendées à travers quatre grandes composantes : la précarité de l'emploi, doublement saisie par le type de contrat de travail et par le « sentiment de précarité » ; les conditions de travail ; la satisfaction dans et par le travail ; et le rapport projectif à l'emploi. Certains résultats saillants peuvent être soulignés pour chacun de ces quatre registres.

- La *précarité professionnelle actuelle* évaluée à travers le statut de l'emploi (CDD, intérim et contrats aidés) concerne majoritairement les femmes (qui exercent également plus souvent en sous-emploi) et les salariés les plus jeunes (moins de 35 ans). Cette précarité contractuelle est également plus souvent le fait des personnels

de service et des professions intermédiaires et supérieures<sup>1</sup>, tandis que le « sentiment de précarité » – qui, rappelons-le, n'est pas éprouvé exclusivement par les répondants en emploi précaire – est plus présent parmi les ouvriers non qualifiés.

La précarité actuelle s'associe bien souvent avec des formes de précarité dans le parcours : les salariés employés en CDD, en intérim ou en contrat aidé sont significativement plus nombreux à avoir connu au moins une période de chômage difficile, à avoir déjà travaillé en intérim, et à avoir eu au moins deux contrats de travail dans les deux dernières années. Mais symétriquement, il est important de relever qu'une grande part des salariés en emploi précaire ont déjà fait l'expérience d'un CDI : ce résultat confirme que le statut contractuel de l'emploi n'est pas (n'est plus) un indicateur fiable de la stabilité professionnelle.

- La variable synthétique élaborée à partir de 12 indicateurs de *conditions de travail* permet d'observer que celles-ci sont particulièrement plus dégradées chez les hommes, chez les salariés les plus âgés, et chez ceux qui exercent en contrat précaire (les intérimaires en particulier). Par ailleurs, l'examen des conditions de travail détaillées en fonction du sexe, de l'âge, de l'emploi et du statut de l'emploi fait apparaître certaines spécificités au sein de ces différents sous-groupes.

- Concernant la *satisfaction dans et par le travail*, les résultats sont souvent disparates. Tout d'abord, la *reconnaissance du travail par l'entourage professionnel* fait particulièrement défaut aux hommes, aux salariés les plus jeunes et à ceux qui exercent en CDI. Le sentiment que les compétences permettraient de prétendre à un *meilleur emploi* ainsi que le sentiment d'être *suffisamment compétent* pour l'emploi actuel sont très largement éprouvés dans l'échantillon, et notamment par les répondants en emploi précaire, ce qui s'explique par les fréquentes situations de surqualification. Quant à la possibilité laissée par le travail d'avoir une *vie personnelle et familiale satisfaisante*, les jugements les plus négatifs sont exprimés par les hommes, les 25-34 ans, et les salariés exerçant en contrat précaire dans les emplois les moins qualifiés.

- Interrogés sur l'éventualité d'un *licenciement* et sur leur possibilité de *retrouver un emploi*, les salariés les plus pessimistes sont très nettement les plus âgés et les moins qualifiés. Concernant la possibilité perçue de retrouver un emploi, on

---

<sup>1</sup> Je renvoie aux remarques qui ont été faites sur la construction et le sens de la variable « catégorie d'emploi ».

remarque que les salariés en emploi précaire sont beaucoup plus nombreux à donner une réponse optimiste, ce qui dénote probablement une certaine familiarisation à la précarité-mobilité professionnelle.

La classification transversale effectuée à partir des principales composantes de l'expérience du travail et de l'emploi a permis de distinguer *quatre groupes de salariés* correspondant partiellement à la typologie des formes d'intégration professionnelle élaborée par S. Paugam<sup>1</sup> :

- dans le groupe proche de *l'intégration assurée* (24%), emploi stable et bonnes conditions de travail s'allient à une forte satisfaction dans et par le travail, et à une quasi-absence de précarité dans le parcours. Cette expérience globalement heureuse dans le registre professionnel se décline également dans le hors-travail : la situation financière du ménage est majoritairement considérée comme positive, et différentes formes de soutien social peuvent être trouvées auprès de l'entourage. Dans cette classe, les hommes sont légèrement plus présents, ainsi que les ouvriers qualifiés et les employés et, de façon significative, les salariés âgés de 45 ans et plus ;

- mais la stabilité contractuelle de l'emploi et l'appartenance à la tranche d'âge la plus élevée caractérisent également un deuxième groupe de salariés dont l'expérience du travail est nettement moins positive : dans la classe proche de *l'intégration laborieuse* (24,5%), outre la présence d'une proportion non négligeable de salariés qui pensent pouvoir perdre leur emploi et qui ont une expérience marquante du chômage, les conditions de travail sont mauvaises, le travail n'est pas reconnu (dans l'entourage professionnel comme par les proches), et il ne permet pas d'avoir une vie personnelle et familiale satisfaisante. De plus, la situation financière est souvent jugée difficile, et le soutien social fait défaut. Les personnels de service et les employés sont plus présents ici ;

- un troisième groupe de répondants se rapproche de *l'intégration incertaine* (34,5%) : tout en exerçant en contrat précaire et en éprouvant un « sentiment de précarité », ces salariés travaillent dans de bonnes conditions, leur travail est reconnu, et il leur permet d'avoir une vie hors travail satisfaisante. Très marqué néanmoins par l'expérience du chômage et du sous-emploi, ce groupe est aussi celui où la situation matérielle du ménage est la plus difficile. Significativement plus féminine et associée aux 25-34 ans, cette classe révèle une dualité interne : les

---

<sup>1</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, op. cit.

personnels de service et les professions intermédiaires et supérieures qui sont tous deux plus nombreux ici représentent deux pôles opposés de l'intégration incertaine : la première catégorie en fait l'expérience sur un mode essentiellement négatif, et la deuxième en connaît une version plus positive ;

- enfin, une classe qualifiée de « mixte » (17%) rassemble des jeunes hommes occupant des emplois d'ouvriers qualifiés ou non (emplois qui bien souvent ne correspondent pas à leur formation). Bien qu'ils exercent en emploi précaire, ces salariés n'ont le plus souvent pas le sentiment de pouvoir perdre leur emploi. Débutant leur vie professionnelle, ils n'ont en général pas connu le chômage de façon marquante, et habitent encore chez leurs parents. Leurs conditions de travail sont seulement « moyennes », mais leur travail est reconnu et leur laisse la possibilité d'avoir une vie personnelle satisfaisante.

Ainsi, un résultat important suggéré par de nombreux travaux et confirmé ici est le constat d'un *double éclatement des statuts d'emploi* : les salariés en CDI comme les salariés en emploi précaire se répartissent en deux sous-groupes largement opposés quant à l'appréciation qu'ils portent sur leur expérience du travail et de l'emploi aussi bien que sur leur vie hors travail.

Plus largement, l'enquête montre qu'entre deux configurations extrêmes, deux « noyaux durs » - l'un où l'expérience est entièrement positive, l'autre où elle est entièrement négative (et qui sont finalement peu nombreux, du moins dans cet échantillon) -, une variété de situations et de parcours intermédiaires apparaissent, mettant en relief la complexité et la diversité des expériences du travail et de l'emploi<sup>1</sup>. Ainsi, on peut travailler en emploi précaire sans percevoir son emploi comme menacé ; on peut également faire l'expérience de conditions de travail partiellement dégradées tout en éprouvant des formes de satisfaction dans et par le travail ; et si les variables classiques que sont le sexe, l'âge et la nature de l'emploi occupé marquent de nettes différences au regard de certains aspects (l'âge et le niveau de qualification notamment semblent essentiels), elles révèlent souvent une grande hétérogénéité interne.

Sur le plan des *expériences de la santé*, quatre registres ont été distingués : la santé actuelle et les troubles perçus dans une période récente ; l'histoire de santé à

---

<sup>1</sup> Encore cette enquête n'en explore-t-elle que quelques aspects...



l'échelle de la vie entière ; le rapport à la santé ; et la dimension transversale de la souffrance.

- Percevoir sa *santé actuelle* comme mauvaise est davantage le fait des hommes, et cette perception est plus fréquente à mesure que l'âge augmente. Les *troubles de santé* éprouvés dans les mois précédant la passation du questionnaire sont là aussi plus souvent déclarés par les hommes, mais les répondants les plus jeunes rejoignent ici les plus âgés. Seules les difficultés sur le plan psychologique sont plus fréquemment mises en avant par les femmes, et par les 35-44 ans. On peut souligner d'autre part que le jugement global sur la santé actuelle n'est pas systématiquement convergent avec la présence de troubles déclarés : se dire en « très bonne », « bonne » ou « mauvaise » santé est une évaluation qui met en jeu d'autres dimensions que la présence ou l'absence d'altérations de la santé dans la période actuelle (du moins de celles qui ont été interrogées ici).

- Les femmes et les salariés les plus jeunes sont plus nombreux à avoir été *malades au cours des deux dernières années*, mais lorsque l'histoire de santé est abordée à l'échelle du parcours de vie dans son ensemble, les répondants les plus âgés déclarent davantage d'*événements marquants* (en particulier, pour les hommes, la survenue d'un grave problème de santé au cours de la vie). L'analyse des réponses libres des salariés fait apparaître la diversité de ces événements, qui relèvent du registre de la santé physique mais aussi, très souvent, de la santé morale, de la vie affective et de la vie professionnelle.

- L'analyse du *rapport à la santé* montre que l'attention portée à sa santé ainsi que la perception d'un danger à court ou long terme sont davantage exprimés par les femmes et surtout par les salariés les plus âgés, tandis que le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses dans le travail ou la vie habituelle concerne significativement les hommes et s'observe surtout dans les tranches d'âge médianes. La perception d'un danger pour la santé est très étroitement corrélée à une santé actuelle perçue comme mauvaise et à une histoire de santé marquée par des épisodes morbides. En revanche, le fait de « faire attention » à sa santé apparaît relativement indépendant de la santé perçue.

- Une large majorité de salariés ont déclaré qu'il leur arrive de *souffrir de quelque chose*, avec une plus forte présence des femmes parmi ces répondants. On retrouve ici une part non négligeable de souffrance affective et morale liée à la vie personnelle ou professionnelle : la souffrance ressentie est loin d'être réductible à

des douleurs ou des gênes physiques, ou à des troubles de santé au seul sens biomédical.

Quatre types d'expérience de la santé ont été identifiés à l'issue de la procédure de classification :

- la classe de la *très bonne santé* (21%) se caractérise par une absence quasi totale de troubles actuels ou passés. Cette expérience très largement positive de la santé concerne significativement les hommes et les salariés les plus jeunes, et s'associe à une satisfaction générale dans le hors-travail (situation financière majoritairement bonne, et présence forte de formes de soutien social) ;

- dans la classe de la *santé en difficultés* (18%), la bonne santé générale est nuancée par la présence de difficultés psychologiques fortes dans la période récente, et d'épisodes morbides dans les deux dernières années. Sur le plan des conditions de vie, la situation matérielle du ménage est considérée comme « juste » ou difficile. Les femmes et les salariés des classes d'âge médianes sont plus présents ici ;

- la *souffrance* émerge comme une caractéristique spécifique et presque exclusive de la troisième classe (39,5%) dans laquelle, en dehors de cet aspect, l'expérience de la santé est un peu moins massivement positive que dans la première classe, mais présente les mêmes traits constitutifs (à l'exception de l'attention portée à sa santé, qui est ici majoritaire). Les femmes et les salariés les plus âgés sont sur-représentés dans ce groupe où, par ailleurs, la situation financière est jugée « juste » ou plutôt positive ;

- enfin, toutes les modalités négatives de l'expérience de la santé, actuelle et passée, sont cumulées dans la classe de la *mauvaise santé* (21,5%). On retrouve ici la double sur-représentation des répondants de moins de 25 ans et de ceux de 45 ans et plus, associée à une légère sur-représentation des hommes. Cette expérience d'une santé dégradée va de pair avec des difficultés financières importantes, et avec des ressources de soutien social très largement absentes.

L'ensemble de ces analyses met en relief la pluridimensionnalité de la santé telle qu'elle est conçue et décrite par les répondants. Sensations physiques et état « moral », perceptions actuelles et événements passés, processus biologiques « internes » et expression de rapports sociaux se combinent pour faire de la santé une expérience transversale qui se décline dans l'ensemble des registres existentiels.

Pour présenter une synthèse de l'analyse des liens entre santé et (précarisation du) travail, je procéderai dans un premier temps de la façon suivante : plutôt que de résumer de façon linéaire les différents résultats obtenus, je propose de partir de l'hypothèse d'une association systématique entre tous les aspects négatifs et/ou précarisés des expériences du travail et de l'emploi, et tous les aspects négatifs des expériences de santé (et symétriquement pour les aspects positifs). Cette hypothèse du cumul - que l'on sait déjà partiellement fausse - ne vise qu'à fournir un fil conducteur pour guider l'exposé.

Considérons donc, comme point de départ, que lorsque l'expérience du travail et de l'emploi est problématique, la santé l'est également, et voyons où et comment les résultats confirment ou infirment cet énoncé.

Le croisement entre les deux classifications décrites précédemment indique déjà que l'hypothèse ne se vérifie qu'à moitié : certes, la classe de l'intégration assurée et celle de la très bonne santé sont en affinité, mais la seconde est surtout (et significativement) associée à la classe de l'intégration mixte. D'autre part, c'est la classe de l'intégration laborieuse qui est corrélée à celle de la mauvaise santé.

L'hypothèse de base peut être décomposée en une série de sous-questions que j'aborderai successivement.

1. *La hiérarchie selon le type d'emploi occupé recoupe-t-elle une hiérarchie selon la santé perçue ?* (sous-hypothèse : plus l'emploi occupé est qualifié, meilleure est la santé).

Les résultats ne permettent pas de soutenir une telle affirmation. S'il est vrai qu'entre les deux extrêmes que sont les personnels de service d'un côté et les professions intermédiaires et supérieures de l'autre, les proportions de salariés faisant état d'altérations de la santé sont presque toujours moindres dans la deuxième catégorie<sup>1</sup>, la progression est loin d'être linéaire pour la plupart des variables. De fait, seules les difficultés psychologiques fortes au cours des derniers mois, significativement associées aux *personnels de service*, diminuent à mesure que le niveau de l'emploi augmente. Pour les autres variables, on observe des spécificités de chaque catégorie d'emploi. Les *ouvriers non qualifiés* déclarent plus fréquemment avoir éprouvé des difficultés fortes sur le plan physique dans une période récente et, comme les personnels de service, ils sont un quart à mentionner

---

<sup>1</sup> Encore les écarts sont-ils parfois faibles. De plus l'ordre s'inverse pour le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses et pour la présence d'un grave problème de santé au cours de la vie, plus fréquents chez les professions intermédiaires et supérieures que chez les personnels de service.

des problèmes de santé limitant l'accès à certains emplois. Les *ouvriers qualifiés* se distinguent par une forte proportion de salariés qui estiment être en très bonne santé, mais également par un taux important de répondants qui ont le sentiment de perdre le sommeil. Enfin, les *employés* déclarent autant que les personnels de service avoir été malades au cours des deux dernières années, et se situent en deuxième position (avec les professions intermédiaires et supérieures) quant à la dimension de la souffrance.

Ce découplage assez prononcé des réponses en matière de santé et des catégories d'emploi peut être au moins partiellement expliqué par les caractéristiques des salariés interrogés : une large majorité d'entre eux étant confrontés à des formes de précarisation dans le registre professionnel, l'emploi occupé au moment du questionnaire est susceptible d'être seulement temporaire et/ou non adéquat avec les qualifications, et ne peut donc pas être considéré comme un critère fiable d'appartenance sociale (au sens par exemple des PCS).

*2. La précarité contractuelle de l'emploi actuel (élément considéré par hypothèse comme indicateur d'un rapport négatif à l'emploi) s'associe-t-elle à une santé dégradée ?*

La réponse est ici tout à fait nette et négative : au contraire, la mauvaise santé se situe très clairement du côté des salariés en CDI, et ceci de façon significative pour les difficultés physiques, la fatigue permanente, la perte de sommeil et la présence d'un grave problème de santé au cours de la vie. Seul le sentiment d'être exposé à des choses dangereuses dans le travail ou la vie habituelle est plus présent parmi les salariés en emploi précaire. Nous avons vu qu'un effet d'âge est à l'œuvre ici (les salariés en CDI étant plus âgés), au moins en ce qui concerne 5 modalités qui sont spécifiquement associées aux salariés de 45 ans et plus : la mauvaise santé actuelle, les difficultés physiques, le sentiment que la santé est en danger, la présence d'un grave problème de santé et celle d'un événement fragilisant au cours de la vie. Il faut bien sûr garder à l'esprit que la variable « âge » condense à la fois le vieillissement biologique « naturel » et les différentes formes d'usure liée aux activités professionnelles et non professionnelles. En revanche, on ne peut pas conclure à un effet d'âge (du moins pas au sens d'un effet du vieillissement) pour les autres dimensions de la santé qui apparaissent plus dégradées pour les salariés en CDI, soit parce que ces modalités sont sur-déclarées à la fois par les salariés les

plus jeunes et les plus âgés<sup>1</sup>, soit parce qu'elles sont le seul fait des répondants les plus jeunes<sup>2</sup>.

En dehors de cette explication par l'âge, on ne peut pas exclure le biais déclaratif selon lequel la meilleure santé des salariés en emploi précaire résulterait d'une occultation volontaire de problèmes de santé face au médecin du travail et, le plus souvent, dans un contexte de visite d'embauche.

3. Troisième déclinaison de l'hypothèse de référence : *la précarité dans le parcours professionnel va-t-elle de pair avec des altérations de la santé ?*

Pour mettre à l'épreuve cette proposition, 4 sous-groupes de salariés ont été distingués en fonction de leur statut d'emploi actuel et de l'expérience antérieure d'un emploi en CDI. Il apparaît que la santé la plus dégradée est celle des salariés qui exercent actuellement en CDI tout en ayant déjà travaillé en CDI auparavant (et qui sont préférentiellement les hommes et les salariés les plus âgés). L'association CDI-mauvaise santé est donc éclairée par ce résultat complémentaire : au sein des salariés en emploi stable, la dégradation de la santé concerne en particulier ceux qui ont déjà travaillé en CDI (et qui ont donc perdu ou quitté au moins une fois un emploi de ce type). Les caractéristiques du parcours professionnel antérieur (que le questionnaire ne fait qu'entrevoir) semblent donc pertinentes pour comprendre comment le rapport à l'emploi s'articule avec l'histoire de santé.

Par ailleurs, le fait d'avoir connu au moins une période de chômage difficile tend à s'associer avec une santé problématique, de même que l'expérience de l'intérim quand elle n'a pas été jugée satisfaisante. A l'opposé, la multiplicité des contrats de travail au cours des deux dernières années est liée à la très bonne santé, en cohérence avec la jeunesse des salariés concernés par cette forte mobilité professionnelle.

4. Si l'on aborde la précarité non plus sous l'angle du contrat de travail, mais à l'aune du sentiment de pouvoir perdre son emploi à court ou moyen terme, *constate-t-on que cette insécurité perçue (ou « sentiment de précarité ») va de pair avec une santé altérée ?*

Là encore, les résultats sont très nets : à l'exception de la souffrance, toutes les modalités de santé dégradée sont largement plus présentes chez les salariés qui éprouvent ce « sentiment de précarité ». Des analyses complémentaires ont permis

---

<sup>1</sup> Fatigue permanente, perte de sommeil et problèmes de santé limitant l'accès à certains emplois.

<sup>2</sup> Sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » et maladie(s) au cours des deux dernières années.

de montrer que ceci se vérifie quelque soit le statut de l'emploi : que l'on soit en CDI ou en emploi précaire, la santé est toujours moins bonne lorsque l'emploi est perçu comme menacé. Finalement, les altérations de santé les plus importantes sont observées chez les salariés en CDI et en insécurité d'emploi, tandis qu'à l'opposé, les salariés en contrat précaire qui n'éprouvent pas le sentiment de pouvoir perdre leur emploi sont en très bonne santé. On a vu que l'explication la plus plausible de ce résultat consiste à considérer que le sentiment de pouvoir perdre son emploi est lui-même la conséquence d'une santé perçue comme dégradée. C'est donc le sentiment de ne plus pouvoir « tenir » dans son emploi, d'avoir atteint ses limites en termes de santé, qui serait au moins en partie à l'origine de l'insécurité perçue de l'emploi. Simultanément, le sentiment de précarité peut aussi être par lui-même pathogène, notamment sur le plan des difficultés psychologiques et de la perte de sommeil liées à l'inquiétude sur l'avenir professionnel.

6. Si les caractéristiques négatives des expériences du travail s'associaient systématiquement avec des altérations de la santé, *on devrait observer que les mauvaises conditions de travail vont de pair avec une santé dégradée. Est-ce le cas ?*

C'est effectivement ce que l'enquête met en lumière. Les écarts sont ici très importants et souvent significatifs : plus les salariés font état de contraintes et de pénibilités dans leur travail, plus les troubles de santé sont fréquents. L'analyse approfondie effectuée à partir des conditions de travail dans leur détail (et non plus sous la forme synthétique du score global) montre que 4 d'entre elles sont particulièrement associées à la mauvaise santé : le fait de percevoir ses conditions de travail actuelles comme « plus dures » qu'auparavant, la présence de gênes importantes dans l'environnement de travail, les relations considérées comme « difficiles » avec les collègues, et la perception du travail comme répétitif et monotone.

7. Au sein des conditions de travail, un aspect particulier a été étudié : *les marges de manœuvre dont disposent les salariés en cas de problèmes de santé*. Il apparaît clairement que les personnels de service et les ouvriers, les salariés en contrat précaire, et ceux qui accomplissent leur travail dans de mauvaises conditions déclarent plus souvent devoir « tenir » coûte que coûte, devoir renoncer à des arrêts maladie, ne pas pouvoir s'absenter ponctuellement pour des raisons de santé, et ne pas bénéficier d'un soutien de la part des collègues (pour ce dernier aspect, la nature du contrat de travail n'est pas discriminante). De plus, ces quatre indicateurs de subordination de la santé au travail s'associent nettement à une santé dégradée.

L'hypothèse du cumul est donc particulièrement vraie ici : mauvaises conditions de travail, santé altérée et impossibilité de préserver sa santé dans le cours des activités de travail sont des aspects qui s'associent fréquemment.

8. Qu'en est-il de l'hypothèse de départ au regard de la *satisfaction dans et par le travail* ?

L'absence de *reconnaissance du travail par l'entourage professionnel* est très fortement associée aux modalités indiquant une santé dégradée. Les résultats sont similaires en ce qui concerne la *reconnaissance du travail par l'entourage familial*. Le sentiment que les compétences permettraient de prétendre à un *meilleur emploi* fait apparaître des résultats plus mitigés (mais on a vu que cette variable est elle-même ambivalente et que l'interprétation des réponses des salariés sur ce point est délicate). Lorsque le travail ne permet pas d'avoir une *vie personnelle ou familiale satisfaisante*, la santé est là encore franchement altérée au regard de presque tous les indicateurs. Quant au critère de la *convenance du temps de travail*, bien que les tendances soient moins massives, l'insatisfaction s'associe là aussi avec une santé altérée, en particulier pour les salariés exerçant en temps partiel contraint.

Au regard de cette synthèse d'ensemble (nécessairement lacunaire et réductrice), on peut finalement apporter une réponse en deux temps à la question formulée plus haut :

- si la précarisation professionnelle est évaluée à travers la perception d'une menace sur l'emploi actuel, à travers la dégradation des conditions de travail ou à travers l'insatisfaction dans et par le travail, alors l'hypothèse du cumul est largement confirmée : avec des nuances et des pistes d'interprétation variées que je ne peux pas résumer ici, on observe globalement que ces formes de précarisation du rapport au travail et à l'emploi s'associent nettement avec des altérations de la santé ;

- si l'on s'attache au critère du statut de l'emploi pour définir la précarité professionnelle, alors on aboutit au constat inverse : la mauvaise santé caractérise très massivement les salariés exerçant en emploi stable, et cela n'est pas réductible à un effet du vieillissement.

Cette enquête confirme donc, à partir d'un échantillon relativement faible, ce que des travaux menés à plus grande échelle mettent en relief : du point de vue des interactions avec la santé des salariés, le statut de l'emploi n'est pas un indicateur fiable ni suffisant des processus de précarisation dans le monde du travail.

En complément à cette analyse des associations entre expériences du travail et expériences de la santé, un ensemble de variables interrogeant directement les salariés sur leur perception des liens santé-travail a été examiné.

- Les *accidents de travail*, que l'on peut considérer comme une forme particulièrement manifeste d'interférence entre vie de travail et histoire de santé, concernent 37 répondants (l'enquête portait sur les deux dernières années). Les deux-tiers des salariés accidentés sont des hommes de moins de 35 ans. L'analyse permet de montrer que ces répondants sont particulièrement concernés par des formes de précarisation du travail et de l'emploi, notamment par le « sentiment de précarité », par l'expérience passée du travail intérimaire, et par l'absence de reconnaissance du travail dans l'entourage professionnel. Le statut de l'emploi n'est en revanche pas discriminant. Sur le plan de la santé, la tendance est encore plus prononcée : accident de travail dans les deux dernières années et santé dégradée sont largement corrélés.

- Les salariés ont été interrogés sur leur perception d'*effets négatifs du travail sur la santé*. 47 répondants mentionnent ces effets, qui relèvent soit d'atteintes avérées (en particulier dorsalgies et douleurs articulaires), soit de risques liés à l'exposition à des pénibilités ou à des toxiques, soit d'effets indirects (les conditions d'emploi nuisent à l'entretien de la santé), soit enfin de gênes et d'inconforts dans l'accomplissement du travail. Si le statut de l'emploi ne fait apparaître aucune différence, les mauvaises conditions de travail, le défaut de reconnaissance du travail et le sentiment de pouvoir perdre son emploi sont en revanche très liés au sentiment que le travail affecte la santé. D'autre part, les salariés qui font état de tels effets sont significativement plus nombreux à déclarer des troubles de santé, à estimer que leur santé est en danger, et à se sentir exposé à des choses dangereuses dans le travail ou la vie habituelle<sup>1</sup>. On constate donc que lorsque les conditions de travail et le rapport au travail sont dégradés, l'activité professionnelle est jugée pathogène, et simultanément la santé est nettement altérée.

- Les réponses libres données par les salariés aux questions portant sur la *souffrance* et sur la présence d'*événements de vie fragilisants sur le plan de la santé* font

---

<sup>1</sup> Cette dernière variable, bien que placée dans le questionnaire au sein de la partie thématique « santé », semble avoir été comprise par les salariés essentiellement en lien avec le travail. Elle est donc à considérer comme un indicateur du rapport au travail au moins autant que du rapport à la santé.



apparaître la diversité des retentissements de la vie de travail sur la santé et le bien-être existentiel, que ces résonances prennent la forme d'inquiétudes quant à l'emploi ou d'insatisfactions et de rapports sociaux difficiles dans le travail. Des analyses approfondies ont en outre permis de montrer qu'une part non négligeable de la souffrance (qui, je le rappelle, est massivement exprimée par les répondants) peut être attribuée à des caractéristiques de la situation et du parcours professionnels.

- Le fait de *souhaiter prendre du congé en cas de fatigue intense* n'est pas corrélé de façon très nette à l'expérience du travail, mais plutôt à la présence ou à l'absence de la fatigue elle-même. Cependant, il semble que même à « fatigue égale », les salariés en CDI soient plus enclins à formuler ce souhait, ce qui indique peut-être, en creux, la plus grande subordination de la santé au travail pour les répondants en emploi précaire.

- Enfin, les salariés qui font état de *problèmes de santé limitant l'accès à certains emplois* déclarent par ailleurs une santé globalement dégradée, et il semblerait (mais cela resterait à vérifier) que leur parcours professionnel porte en effet la trace de cet accès à l'emploi plus difficile (notamment à travers la plus forte fréquence de l'épreuve du chômage).

Cette enquête quantitative menée auprès de salariés recrutés à l'occasion d'une visite en médecine du travail a donc permis de mettre au jour un certain nombre de résultats, certains très « solides » sur le plan statistique, d'autres moins assurés (le faible nombre de répondants a souvent limité les traitements réalisables), et surtout de proposer quelques pistes d'interprétation des jugements portés par les salariés sur les relations santé-travail, en lien avec d'autres dimensions de l'expérience sociale. L'une des difficultés tient à l'approche transversale qui, même avec des questions rétrospectives, ne permet pas toujours d'identifier clairement la succession des événements dans le registre du travail et dans celui de la santé, ce qui restreint les possibilités d'interprétation et de compréhension du sens des expériences pour les individus. On verra que l'analyse qualitative développée dans la troisième partie apportera des éclairages complémentaires et approfondis sur cette question.

Mais auparavant, je propose dans le chapitre V d'explorer une autre intelligibilité des articulations santé-travail-précarisation, à partir d'un autre point de vue : celui des médecins du travail.

## Chapitre V

### La médecine du travail : une expertise au croisement du médical et du social

L'un des choix au principe de cette recherche était d'avoir accès à une population de *salariés en emploi*, afin de pouvoir étudier les dynamiques de la précarisation « ordinaire », au sein même des diverses configurations d'intégration professionnelle. La médecine du travail, par sa position d'interface entre les milieux de travail et le registre de la santé, est apparue comme une entrée pertinente pour répondre à cet objectif de recherche. Mais les médecins ne sauraient être considérés seulement comme de simples intermédiaires « neutres » : dans la mesure où ils ont eux-mêmes sélectionné les salariés enquêtés, il était nécessaire d'interroger leurs propres conceptions et représentations de la précarité et de la précarisation, et de leurs liens avec la santé des salariés.

Ce « détour » par une enquête *sur* les médecins du travail (et non pas seulement par leur biais) se justifie également au regard de la problématique générale de cette recherche, qui vise à multiplier les points d'entrée et les modes d'intelligibilité des relations santé-travail-précarisation. Dans cette démarche constructiviste, la médecine du travail est considérée comme l'un des lieux de construction sociale de ces relations, les médecins ayant la particularité d'être au premier rang des experts reconnus comme compétents sur les questions de santé au travail<sup>1</sup> – et cela d'autant plus que certains d'entre eux ont attiré l'attention de l'opinion publique avec un ouvrage collectif qui manifeste leur volonté de mettre en œuvre une « éthique du témoignage<sup>2</sup> ». En d'autres termes, les acteurs de cette profession (une partie

---

<sup>1</sup> Je rappelle que plusieurs études de référence sur ce thème ont sollicité leur participation : ESTEV, VISAT, PREST...

<sup>2</sup> HUEZ D. (coord.), *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, *op. cit.* Cf. également : HUEZ D., « De l'atteinte à la santé à l'action collective », in ABÉCASSIS F., ROCHE P., *Précarisation du travail et lien social*, *op. cit.*, pp. 101-111.

d'entre eux au moins) ont fait savoir qu'ils avaient des « choses à dire » sur les enjeux de santé en lien avec les transformations contemporaines du monde du travail, mais aussi sur les évolutions de leurs propres pratiques et rôles.

Le champ des rapports entre santé et travail sera donc décrit dans ce chapitre du point de vue de ces acteurs professionnels, en puisant à trois sources de données :

- les *réunions du comité de pilotage* de la recherche financée par l'INSERM, qui ont permis de recueillir des informations de cadrage général sur la profession (statuts, fonctionnement, pratiques habituelles...) et de défricher le terrain pour préparer à la fois les entretiens avec les médecins du travail et l'enquête par questionnaire auprès des salariés ;

- les *entretiens téléphoniques* avec 50 médecins de la région Midi-Pyrénées ;

- les *réponses des médecins* aux deux questions qui leur étaient adressées à la fin du questionnaire soumis aux salariés.

Il m'a semblé utile de revenir dans un premier temps sur *l'histoire de la médecine du travail* (§1), car elle permet de comprendre comment les visions plurielles et parfois opposées qui l'ont jalonnée structurent encore aujourd'hui les discours et les pratiques des médecins. Puis j'en viendrai à l'analyse des *entretiens* réalisés auprès des médecins du travail (§2), qui montrera la diversité de leurs représentations des phénomènes de précarisation au travail et de leurs liens avec la santé. Enfin (§3), les « diagnostics de précarité » et les pronostics de santé élaborés par les médecins pour chaque salarié interrogé seront *mis en perspective* avec les réponses des salariés eux-mêmes.

## 1. Soigner le travail ?

---

### *a) La médecine du travail et ses dissensions : construction d'une profession*

La médecine du travail telle qu'elle existe aujourd'hui est le résultat d'une histoire mouvementée, faite d'avancées et de retours en arrière, de luttes d'influence et de compromis entre plusieurs courants idéologiques et différentes instances politiques

et sociales. Avec en toile de fond les développements de l'industrialisation, les transformations du capitalisme et de ses régulations, et la construction de la société salariale et de l'État social, l'histoire de la médecine du travail est révélatrice des enjeux de santé au travail portés depuis plus de deux siècles par les sociétés occidentales. L'observation de cette construction historique dont la médecine du travail actuelle est l'héritière permet d'éclairer les enjeux et les tensions qui traversent aujourd'hui encore cette profession<sup>1</sup>.

On peut faire remonter à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle l'émergence d'un intérêt pour l'étude des liens entre la nature du travail et la santé de ceux qui l'effectuent. Le précurseur en la matière est Bernardino Ramazzini, médecin italien, qui publie en 1700 un *Traité des maladies des ouvriers* (complété en 1713), dans lequel il décrit avec précision les affections dont souffrent les travailleurs de plus de 50 professions (plâtrier, doreur, chaudronnier, confiseur...) et propose des moyens de prévenir ces pathologies. Auparavant, le travail dans la mine avait été le premier secteur à faire l'objet d'une surveillance publique : dans ce « lieu immémorial du risque, (...) dès 1471, un "visiteur" était notamment chargé de rechercher les possibilités d'amélioration du sort des mineurs. (...) En 1606, un édit royal promulguait qu'un trentième du produit de la mine devait être utilisé pour payer les prêtres et les médecins<sup>2</sup> ».

Mais c'est surtout avec l'avènement de la grande industrie que la question des effets du travail sur la santé prend une visibilité publique dépassant les traditions que chaque corporation avait élaborées pour tenter de se prémunir des risques d'accident et de maladie. L'introduction de machines dans la production, les journées de travail de 13 heures ou davantage, le bas niveau d'hygiène et de sécurité des fabriques, les cadences intensives entraînent des dégâts humains (accidents, maladies, épuisement) à grande échelle. Face à cette réalité, divers penseurs, hommes politiques et médecins de tous horizons philosophiques et

---

<sup>1</sup> Les sources bibliographiques sur l'histoire de la médecine du travail sont relativement peu nombreuses. J'ai utilisé ici les textes suivants : BUZZI S., DEVINCK J.-C., ROSENTAL P.-A., « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », Conférence inaugurale du 27<sup>e</sup> Congrès national de médecine et santé au travail, Grenoble, 2002 ; CUVIER G., MONOD H., article « Médecine du travail », *Encyclopædia Universalis* ; DUCLOS D., *La santé et le travail*, *op. cit.* ; RADENAC V., « Les origines de la médecine du travail en France : approche sociologique et historique », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, XXV<sup>e</sup> année, n° 3, 1985, pp. 259-277.

<sup>2</sup> DUCLOS D., *La santé et le travail*, *op. cit.*, p. 11.

religieux vont s'intéresser aux conditions d'hygiène et de sécurité dans le travail et se préoccuper de la santé des travailleurs.

A la fin du XVIII<sup>e</sup> et au début du XIX<sup>e</sup> siècle, des mouvements d'étude et d'action sociale apparaissent en Europe, et les publications relatives aux conditions de travail se multiplient : en 1803, le docteur Latour de la faculté de médecine de Paris étudie l'origine professionnelle des rhumatismes ; le docteur Gassicourt publie en 1817 la première étude générale des risques professionnels ; en 1822 le docteur Patisserie prolonge les observations de Ramazzini avec une étude des maladies des artisans. Dans cet ensemble de travaux, l'œuvre de Louis Villermé occupe une place centrale, tant par la nature de ses questionnements mettant en perspective conditions de vie, conditions de travail et santé, que par l'utilisation qu'il fait de la statistique, préfigurant l'épidémiologie moderne. Il est l'artisan principal de la fondation, en 1829, des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. A la demande de l'Académie des sciences morales et politiques, il enquête pendant 3 ans sur les conditions de travail des ouvriers du textile en France et en Suisse, visitant des centaines d'usines. La publication, en 1840, de son *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* provoque un mouvement d'opinion aboutissant au vote de la loi du 22 mars 1841, qui interdit l'emploi des enfants de moins de 8 ans dans les fabriques de plus de 20 ouvriers, et le travail de nuit pour ceux de moins de 12 ans. Mais, à l'exception d'applications partielles dans certains départements, cette première loi reste peu opérationnelle.

Villermé n'a pas limité son action à l'observation scientifique du travail industriel. Il est également un idéologue, et s'efforce de démontrer que seule l'adoption par tous de principes moraux (ceux du christianisme social de F. Guizot) pourrait résoudre le problème de la misère constatée dans la classe ouvrière. L'œuvre de Villermé introduit d'autre part une rupture importante avec la problématique de l'« insalubrité », dominante dans le courant hygiéniste, en recourant au concept de *condition ouvrière* définie comme un ensemble de causalités pathogènes, parmi lesquelles les conditions et les rythmes de travail et la faiblesse des salaires ne sont pas les moindres<sup>1</sup>. « Toute sa démonstration à propos de l'industrie du coton se développe contre les thèmes de la médecine hygiéniste de l'époque, pour établir que le problème n'est pas l'insalubrité, mais "le travail forcé, le manque de repos, le

---

<sup>1</sup> DUCLOS D., *La santé et le travail, op. cit.*, p. 14.

défaut de soins, l'insuffisance de la nourriture et sa mauvaise qualité, les habitudes d'imprévoyance, d'ivrognerie, de débauche, et, pour tout dire, en un mot, les salaires au-dessous des besoins réels" ». C'est le début d'un processus de dénaturalisation des conditions de travail : « l'idée que les risques alors imposés aux travailleurs par l'industrialisation ne sont pas de l'ordre du "normal" fera son chemin<sup>1</sup> ».

La Société industrielle de Mulhouse, fondée en 1826 et regroupant industriels, savants et philanthropes, a œuvré pour l'amélioration des conditions de travail dans ses manufactures, et constaté du même coup que celles-ci étaient plus prospères car les ouvriers y étaient plus stables. Dès lors, que ce soit pour des raisons morales (philanthropiques) ou par réalisme capitaliste, l'idée qu'il serait préférable de mieux traiter les ouvriers prend une assise de plus en plus large. Cependant, cette préoccupation est encore laissée au bon vouloir des employeurs : « ce qui est longtemps inconcevable est l'idée d'une *obligation*, qui serait imposée aux patrons, de veiller à la santé de leur personnel. Une conception stricte de la propriété privée et de la responsabilité individuelle s'y oppose. C'est seulement à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle que ce principe est remis en cause. Le cheval de Troie, si l'on peut dire, est la question des accidents du travail<sup>2</sup> ».

Nous avons vu précédemment<sup>3</sup> combien la loi de 1898 sur les accidents du travail est révélatrice du choix socio-politique majeur consistant à reconnaître l'existence inéluctable de « risques », et à mettre en œuvre un système de réparation. Du point de vue de l'histoire de la médecine du travail, cette loi est importante car elle va conduire les compagnies d'assurance à faire appel à des médecins, qui ne sont pas encore des « médecins du travail » mais qui deviennent de plus en plus centraux dans les expertises concernant les accidents sur les lieux de travail et, un peu plus tard, dans la longue marche de la reconnaissance des maladies professionnelles. Les examens médicaux d'aptitude et de reprise après interruption de travail sont de plus en plus mis en avant dans les multiples textes qui réglementent peu à peu l'hygiène industrielle et la sécurité relative à la production et à l'utilisation de substances dangereuses<sup>4</sup>. Les médecins sont alors désignés et rémunérés par les

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> BUZZI S., DEVINCK J.-C., ROSENAL P.-A., « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *op. cit.*, p. 6.

<sup>3</sup> Cf. : Chapitre III, §1a.

<sup>4</sup> A titre d'exemple on peut citer le décret de 1913 qui impose une visite médicale d'embauche pour les ouvriers du plomb.

employeurs, dans le cadre de services de « médecine d'usine », orientés vers les soins d'urgence, les contrôles d'aptitude à l'embauche et le contrôle de l'absentéisme.

En ce début de XX<sup>e</sup> siècle, la première guerre mondiale va jouer un rôle catalyseur : la mise au travail, dans les usines d'armement de plus en plus taylorisées, d'une main-d'œuvre inexpérimentée ainsi que des femmes, pose des problèmes nouveaux. Le ministre socialiste de l'Armement (et ancien secrétaire de Jaurès) Albert Thomas encourage, sur le modèle anglais, le développement des « surintendantes » qui vont devenir les assistantes des médecins d'usine. Il instaure également en 1916 l'Inspection médicale des usines d'armement, qui allie examen clinique du personnel et étude des conditions de travail. C'est un événement important car, pour la première fois, l'État s'immisce dans l'organisation des entreprises. Mais – et c'est là un des problèmes que la médecine du travail affrontera pendant plusieurs décennies – le mouvement ouvrier se montre méfiant et redoute que cette innovation ne serve surtout de prétexte à augmenter les cadences.

Au lendemain de la guerre, il n'existe pas une médecine du travail mais « des projets concurrents de médecine en milieu professionnel<sup>1</sup> » : à côté des branches spécialisées comme la toxicologie ou l'étude des pathologies professionnelles, deux grands courants peuvent être repérés. Il s'agit d'une part de l'*hygiène industrielle*, affiliée au cadre plus large de l'hygiénisme, à visée préventive et privilégiant l'étude de l'environnement de travail. Elle est représentée depuis 1900 par la Commission d'hygiène industrielle rattachée au Ministère du travail, et enseignée depuis 1905 au CNAM. D'autre part, la *physiologie du travail* entend dépasser, grâce à « la science », les conflits entre patronat et ouvriers, en démontrant que leurs intérêts sont convergents<sup>2</sup>. L'affaiblissement démographique et les pertes humaines dues à la guerre constituent l'arrière-fond dans lequel les tenants de la physiologie du travail (notamment les docteurs Leclercq et Mazel) font valoir la nécessité de sélectionner et d'orienter « rationnellement » la main-d'œuvre, c'est-à-dire en

---

<sup>1</sup> BUZZI S., DEVINCK J.-C., ROSENTAL P.-A., « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *op. cit.*, p. 8.

<sup>2</sup> « Si la fatigue physique est prise en compte, sous la forme du surmenage, c'est donc autant au nom de la production et de la productivité que de la santé. La science de la fatigue doit être la clé de voûte d'un nouveau compromis social », in LORIOU M., *Le temps de la fatigue*, *op. cit.*, p. 71.

fonction de ses aptitudes physiques, par le biais d'une visite médicale d'embauche et d'une fiche physiologique détaillant les capacités de chaque travailleur.

Ainsi apparaissent dans les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle des tendances de fond qui marqueront longtemps la construction de la médecine du travail : hostilité de la médecine libérale qui entend conserver ses prérogatives, méfiance du milieu ouvrier, tentatives d'instrumentalisation par le patronat, intervention de l'État au sein de la relation employeur-salarié, et imprégnation par les idéologies dominantes de l'époque (natalisme, sélection de la main-d'œuvre...).

L'entre-deux-guerres voit se développer progressivement la « médecine du travail », qui est désormais nommée ainsi<sup>1</sup> et enseignée comme spécialité à part entière dans les facultés de médecine de Lyon (1930), Paris (1933), puis Lille (1934). Les premiers diplômés de l'Institut de médecine du travail de Paris fondent la Société médicale des hygiénistes du travail et de l'industrie, dont le vice-président est Henri Desoille. Parallèlement se multiplient des réunions savantes comme le Congrès de Lyon sur les maladies professionnelles, organisé en 1929 sous l'impulsion de la Commission internationale permanente pour l'étude des maladies professionnelles, ou le premier Congrès de langue française de médecine du travail qui se tient à Liège en 1930. Le Bureau International du Travail (BIT), dirigé par Albert Thomas, joue également un rôle important dans cette dynamique dont l'un des moments majeurs est la reconnaissance officielle du principe du tripartisme employeurs-ouvriers-médecins. En 1937 est officialisée la fonction de médecin-conseil de l'Inspection du travail.

Dans cette période de l'immédiat avant-guerre, l'identité sociale de la profession n'est pas encore stabilisée. Trois options rivales coexistent :

- une conception de la médecine du travail comme auxiliaire du patronat : bien que les employeurs se montrent extrêmement réfractaires au principe d'une médecine du travail et en particulier à la notion de maladie professionnelle, ils sont sensibles à l'idée d'une sélection des salariés et voient leur intérêt à stabiliser la main-d'œuvre. De plus, on a constaté que les entreprises qui s'étaient dotées d'un service médical ont connu des grèves moins sévères en 1936. La diminution des accidents du travail et des maladies professionnelles est donc conçue comme un

---

<sup>1</sup> Depuis la création à Lyon en 1929 de la *Revue de Médecine du travail*, premier périodique français spécialisé. La revue *Le travail humain* est fondée en 1933, *Le médecin d'usine* en 1938.



outil d'amélioration de la productivité. Enfin, en acceptant d'instaurer dans leurs établissements des services médicaux, les employeurs cherchent à anticiper (plutôt que subir) des mesures étatiques ;

- à l'opposé, un autre courant, inspiré par les travaux d'Henri Desoille, cherche à imposer une médecine du travail au service de la main-d'œuvre. Au sein du Syndicat des techniciens médicaux, Guy Hausser est la figure de proue de ce mouvement auquel il rallie la CGT. Très influent auprès des pouvoirs publics aussi bien que des milieux médicaux, il obtient des extensions de la législation, organise congrès et commissions, et participe activement à la fondation des *Archives des maladies professionnelles*. Son action sera brutalement interrompue par sa mort en déportation en 1942 ;

- une sorte de voie moyenne entre les deux conceptions précédentes est défendue par les médecins eux-mêmes, qui cherchent à concilier à la fois le souhait patronal de sélection de la main-d'œuvre et la volonté des syndicats ouvriers de réduire les maladies professionnelles. Les médecins visent également à institutionnaliser davantage leur profession, en étendant leur domaine de compétence à la gestion des arrêts de travail, mutations ou congés, ainsi qu'à une fonction de conseil technique en matière d'hygiène industrielle et de suivi statistique. En réalité, leur activité est le plus souvent réduite à la seule visite d'embauche et aux soins sur place aux accidentés. Mais, en nombre croissant, les médecins du travail commencent à pouvoir contrebalancer l'hostilité des syndicats médicaux, très attachés à la défense de la médecine libérale. Comme l'ont fait les employeurs, ces derniers optent pour un compromis et tentent d'être présents comme régulateurs dans la définition des statuts professionnels de la médecine du travail.

Comme la première guerre, le conflit de 1939-45 marque un tournant. Accidents du travail et absentéisme lié aux maladies reprennent leur essor dans les usines d'armement, et à nouveau le constat est fait de la meilleure résistance des salariés dans les établissements où existent des services médicaux. En 1940, un Comité d'hygiène industrielle est créé, à l'initiative du patronat. On y retrouve les professeurs Leclercq et Mazel, ainsi que le professeur Duvoir. Ils rédigent un projet ambitieux pour une médecine du travail au vaste champ d'action et dont les missions s'orientent largement vers la prévention. La même année, une recommandation (qui aurait été une loi sans la mobilisation du patronat) du

Ministère du travail charge les médecins d'usine, outre de l'examen d'aptitude à l'embauche et des examens périodiques, de la surveillance des conditions de travail. Les médecins du travail devront collaborer avec les ingénieurs, constructeurs, services d'organisation du travail pour les informer des dangers sanitaires liés aux installations ou aux travaux effectués. Ils seront également chargés de produire des statistiques sur les accidents du travail, et d'« éduquer » les travailleurs à la sécurité et à l'hygiène. Ils contrôleront les services sociaux des entreprises (crèches, réfectoires, cours de culture physique, etc.). Enfin, les médecins sont appelés à collaborer davantage avec les services de l'Inspection du travail et avec les centres hospitaliers. Mais ce projet de grande ampleur, qui aurait pu donner à la médecine du travail un rôle social majeur de connaissance et d'amélioration de la santé au travail et hors travail, est rendu public quelques jours avant l'avènement du régime de Vichy. Celui-ci va appuyer la reconnaissance officielle de la médecine du travail, mais en la ramenant vers une fonction d'orientation et de sélection de la main-d'œuvre. La connotation eugéniste de cette conception est bien sûr en affinité avec l'idéologie de Vichy, dans laquelle la sélection sociale par les aptitudes au travail représente une alternative satisfaisante à la sélection scolaire critiquée comme trop intellectuelle et abstraite. De plus, le régime de Vichy utilise très directement la médecine du travail pour sélectionner les travailleurs destinés au STO. Six catégories de travailleurs sont définies : les Forts, les Moyens, les Faibles, les Inaptes temporaires, les Déficiants (difficilement récupérables), et les Inaptes définitifs. Une loi de 1942 transforme en obligation la recommandation de 1940 et marque la véritable officialisation de la médecine du travail en France. Par ailleurs, le corps des médecins-inspecteurs du travail est créé en 1941, et de multiples commissions ministérielles chargées d'étudier les liens entre pathologies et conditions de travail et d'élaborer la doctrine professionnelle de la médecine du travail sont initiées par le gouvernement de Vichy. Les docteurs Gros et Barthe sont, entre autres, les têtes pensantes de ce mouvement institutionnel. Le premier est très lié à l'Association nationale de médecine du travail, elle-même appuyée à la Fondation française pour l'étude des problèmes humains, dite Fondation Alexis Carrel. Créée en 1941 avec l'appui personnel du maréchal Pétain, cette structure promeut l'alliance entre biologie et sciences sociales et conçoit la médecine du travail comme un outil d'« amélioration de la race » et de lutte contre la décadence.

Ainsi, « la Fondation Carrel résume à elle seule le rôle qu'a joué Vichy dans l'histoire de la profession. Le régime n'invente pas : il sélectionne, au sein des projets des années 30, ceux qui penchent le plus du côté biologique, eugéniste, et nataliste<sup>1</sup> ». La Fondation privilégie également l'intérêt du patronat qui réside dans « un rendement maximum pour une usure minimum ». Par la suite, cet épisode historique pèsera lourdement et longuement sur l'attitude ouvrière à l'égard de la profession.

C'est à la sortie de la guerre que la médecine du travail prend peu à peu son identité contemporaine. Jusqu'en 1946, son rôle est encore incertain et multiple : entre médecine préventive générale, suivi des effets pathogènes du travail, amélioration des conditions de travail et sélection de la main-d'œuvre, des projets concurrents se maintiennent.

La loi finalement adoptée en octobre 1946 élargit à d'autres secteurs celle de 1942. Les services médicaux d'entreprise ou interentreprises sont donc obligatoires, ils sont à la charge des employeurs, et ils sont « assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ». Mais cette loi considérée aujourd'hui comme fondatrice n'énonce que des principes de base, que des décrets successifs viendront préciser par la suite. Celui de novembre 1946 prévoit ainsi qu'une visite d'embauche doit déterminer l'aptitude médicale du salarié au travail envisagé - et l'on retrouve ici le pôle de la sélection. Mais au-delà de la seule visite médicale, la profession a encore beaucoup de mal à s'imposer concrètement. Ainsi, le patronat s'emploie à faire obstacle aux services interentreprises qui, selon la loi de 1946, doivent être gérés par des représentants des salariés. Les infractions à la législation sont nombreuses, et les instances officielles de la médecine du travail n'ont que peu de moyens d'action. Henri Desoille, devenu en 1945 l'unique médecin-inspecteur général du travail, tente en vain (avant de démissionner) de défendre une médecine du travail réellement préventive, intégrée en amont dans l'organisation du travail. En réalité, l'activité des médecins se résume le plus souvent à la visite d'aptitude.

---

<sup>1</sup> BUZZI S., DEVINCK J.-C., ROSENAL P.-A., « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *op. cit.*, p. 25.

Un décret de novembre 1952 vient finalement entériner cet état de fait et, sous la double pression du patronat et du Conseil de l'ordre des médecins, réinterprète à la baisse les dispositions de 1946. Le nombre d'heures attribuées au médecin du travail en fonction du nombre de salariés est réduit, les associations patronales sont légalisées et supplantent les comités d'entreprises, le rôle du médecin du travail est cantonné à la visite d'aptitude et au contrôle de l'absentéisme. La médecine du travail ne peut pas non plus compter sur le soutien des syndicats ouvriers, qui sont toujours méfiants (et plus encore depuis Vichy). La médecine du travail est donc dans une position très largement défavorable : « on peut recourir à l'image d'une profession "coincée" pour désigner la façon dont ses puissants voisins ont limité sa marge d'évolution, et joué sur ses faiblesses internes<sup>1</sup> ». Les années 1950 voient ainsi la médecine du travail « grignotée » de tous côtés, à la fois par les actions patronales et par celles des instances de la médecine libérale. Le paradoxe est qu'en même temps, « moins la profession parvient à s'imposer, plus ses élites sont prêtes, au moins pour une partie d'entre elles, à lier leur sort au patronat ou à la profession médicale<sup>2</sup> ».

Face à ces difficultés, la réponse viendra de l'alliance entre le Syndicat national des médecins du travail (défendu par Henri Desoille et par la CGT) et le Syndicat chrétien de la médecine du travail, qui s'accordent sur le principe d'une médecine du travail donnant la priorité à la santé des salariés plutôt qu'aux rendements. Ce rapprochement étonnant réunit des médecins du travail communistes et d'anciens vichyssois (les docteurs Gros et Barthe), qui vont travailler ensemble à l'indexation des rémunérations des médecins, au développement des examens sur les lieux de travail, à l'obligation de diplôme spécialisé pour les médecins (instituée en 1957), et à l'élaboration d'un protocole d'accord avec le patronat, qui sera signé en 1958 et débouche sur un modèle de contrat de travail.

La tendance s'inverse donc dans les années 1960 : peu à peu des médecins du travail diplômés et employés à temps complet remplacent les médecins vacataires à temps partiel, et les services interentreprises sont plus souvent administrés par des médecins du travail. Cette professionnalisation de la médecine du travail est favorisée plus largement par un regain d'intérêt pour les notions d'environnement

---

<sup>1</sup> BUZZI S., DEVINCK J.-C., ROSENAL P.-A., « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *op. cit.*, p. 33.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 37.

et de conditions de travail. En 1965, une circulaire institue le tiers-temps : un tiers de l'activité des médecins doit être réservé à l'étude des locaux et des postes de travail. Un décret de 1979 précise le rôle des médecins du travail en matière de prévention, et « couronne un long processus d'élaboration technique et réglementaire par le Ministère du travail, qui ne fait que tendre à en revenir aux objectifs initiaux de la législation de 1946. De ce point de vue, on peut dire qu'une bonne partie des efforts de la profession dans les années 60 et 70 ont été consacrés à effacer l'effet des rapports de force défavorables de l'immédiat après-guerre<sup>1</sup> ».

On voit à travers ce bref historique que la médecine du travail ne s'est pas construite de façon linéaire et homogène. Son assise institutionnelle, difficilement conquise, n'a pas mis fin aux débats quant à ses missions et ses moyens. La tension constitutive entre un courant tourné vers la sélection et l'orientation des salariés, cristallisé dans la notion d'aptitude, et un pôle privilégiant en amont la prévention et l'action sur les conditions de travail (ce qui consisterait à « soigner le travail ») reste pertinente pour éclairer les discussions actuelles portant sur l'avenir de la profession<sup>2</sup>. Cette tension aptitude/prévention est également très présente, comme nous le verrons, dans les entretiens réalisés auprès de médecins du travail de la région toulousaine, qui font bien apparaître la « difficulté à tenir une véritable position médicale dans le cadre des textes qui régissent la médecine du travail<sup>3</sup> ».

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, pp. 39-40.

<sup>2</sup> Ces débats ont été récemment ravivés par une réforme de la médecine du travail, cf. : « Projet de décret relatif à la réforme de la médecine du travail et portant modification du titre IV du livre II du Code du travail », Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

<sup>3</sup> DAVEZIES P., « Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale », *Médecine et travail*, n° 183, 2000, pp. 38-41.

## ***b) Une pratique hybride***

*« Voici des médecins qui ne soignent pas, qui n'ont pas le droit de prescrire, mais qui rendent des avis dans des entreprises. Voici des médecins qui n'expertisent pas seulement les individus mais également des "conditions de travail", et à travers elles les objets, les techniques, les produits, les groupes et les règles qui peuplent les entreprises. Voici enfin des médecins qui travaillent certes dans des cabinets médicaux, mais qui arpentent également des ateliers, des comités paritaires où siègent employeurs et représentants du personnel, des réunions de cadres et des bureaux de direction ».*

Nicolas Dodier<sup>1</sup>

On dénombre plus de 7000 médecins du travail en France en 2002 (dont 42% seulement exercent à temps complet), ayant à charge le suivi d'une population d'environ 15 millions de salariés du secteur privé, soit une hausse du nombre de médecins de près de 11% depuis 1997<sup>2</sup>. Cet accroissement est continu depuis 1988<sup>3</sup>. Les femmes représentent environ les deux-tiers de l'effectif des médecins du travail en France, et plus des trois-quarts dans la tranche d'âge 30-40 ans<sup>4</sup>. Un médecin sur deux a plus de 50 ans, et seulement un sur dix a moins de 40 ans.

Les salariés sont vus à 90% dans des services médicaux interentreprises interprofessionnels (non spécialisés) et professionnels (spécialisés dans un secteur d'activité, par l'exemple le bâtiment ou l'artisanat)<sup>5</sup>. Les 10% restants relèvent de services autonomes<sup>6</sup>. La répartition entre ouvriers, employés et surveillances

---

<sup>1</sup> In *L'expertise médicale, op. cit.*, pp. 14-15.

<sup>2</sup> Cf. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Direction des relations du travail, *Conditions de travail. Bilan 2002*. Les données sont issues des rapports annuels administratifs et financiers que les services de médecine du travail transmettent aux médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre (MIRMO).

<sup>3</sup> Au-delà des seuls médecins, le personnel des services médicaux du travail a augmenté de plus de 11% entre 1998 et 2001. L'ensemble de ces services représente 28 465 personnes en 2002 (secrétaires médicales, infirmier(e)s, techniciens ou « intervenants en santé au travail », personnels administratifs ou d'entretien).

<sup>4</sup> Mais elles ne représentent que la moitié des médecins travaillant à temps plein.

<sup>5</sup> Les services médicaux interentreprises sont des associations Loi 1901, dirigées par des représentants patronaux ou (plus rarement) par un conseil d'administration paritaire salariés/employeurs. Les médecins sont salariés par l'association, grâce aux cotisations versées annuellement par les entreprises adhérentes (la cotisation annuelle est d'environ 60 euros par salarié). L'adhésion des entreprises à un service de santé au travail est réglé par une répartition sectorielle.

<sup>6</sup> Les services autonomes sont obligatoires dans les entreprises dès lors que le nombre de salariés nécessite l'emploi d'un médecin à plein temps. Le calcul du temps de travail nécessaire se fait sur la base d'une heure par mois pour 20 employés ou pour 15 ouvriers ou pour 10 salariés soumis à une surveillance médicale particulière (salariés de moins de 18 ans, handicapés, migrants, femmes enceintes, mères d'un enfant de moins de 2 ans), ou pour 10 salariés relevant d'une « surveillance médicale spéciale » (SMS) (5 dans l'industrie nucléaire), c'est-à-dire exposés à des risques particuliers et à des travaux dangereux. Un médecin du travail en service autonome est salarié de l'entreprise, généralement un peu mieux payé qu'en service interentreprises.

médicales spéciales (SMS) varie fortement selon le type de service : les surveillances spéciales occupent près des deux-tiers des services autonomes, pour seulement 22% dans les services interentreprises. Dans ces derniers, un médecin a en charge une moyenne de 2700 à 2900 salariés<sup>1</sup>. En service autonome ce chiffre est d'environ 1700.

Si l'effectif salarié suivi en médecine du travail augmente, le nombre de services, en revanche, tend à diminuer. On compte en 2001 363 services interentreprises et 765 services autonomes.

Les consultations ou « visites » en médecine du travail sont de quatre types : la visite d'embauche, obligatoire pour chaque contrat de travail ; la visite annuelle obligatoire (devenue bisannuelle depuis la réforme de juillet 2004) (pour les salariés soumis à une surveillance médicale spéciale, cette visite est pluriannuelle) ; la visite de reprise après un accident du travail, une maladie professionnelle ou une absence supérieure à 21 jours ; et la visite spontanée que tout salarié peut demander à son médecin du travail.

Concrètement, les médecins ont trois types de rôles.

- Ils produisent une *expertise médicale* en estimant si le salarié est médicalement apte à occuper son poste sans danger pour sa santé et celle des autres salariés.

Cette expertise prend la forme d'un certificat d'aptitude que le médecin établit à la fin de chaque consultation. Plusieurs cas de figure sont possibles : soit le salarié est apte, soit il est « apte avec restrictions » (par exemple éviter le port de charges lourdes, ou éviter la station debout prolongée), soit il est inapte au poste, et dans ce cas, soit un autre poste peut lui être proposé dans l'entreprise, soit il n'y a aucun autre poste disponible, et il peut être licencié.

L'employeur est destinataire de ce certificat d'aptitude (appelé aussi fiche de visite), c'est pourquoi les raisons médicales de l'avis n'y figurent pas.

Le médecin du travail peut donc jouer un rôle très important dans le devenir professionnel d'un salarié. Une décision d'inaptitude peut entraîner plusieurs issues pour ce dernier : soit, avec le médecin du travail, il parvient à faire aménager son poste de travail de façon à y être apte à nouveau (ce qui suppose tout un ensemble de négociations parfois difficiles avec l'employeur), soit il entame une

---

<sup>1</sup> Un décret publié au Journal Officiel le 30 juillet 2004 fait passer ce chiffre à environ 3300 salariés par médecin.

procédure de reconversion ou de requalification afin de retrouver un emploi dans l'entreprise, soit il est orienté vers une préretraite. Quand aucune de ces solutions n'est possible, le licenciement est inévitable.

- Les médecins du travail ont également une mission de *surveillance de l'état de santé des salariés*, de dépistage d'éventuelles pathologies, et, le cas échéant, d'orientation du salarié vers un médecin traitant. Un médecin du travail ne peut pas prescrire d'arrêt de travail ni d'ordonnance, ni administrer de soins (sauf en cas d'urgence à l'infirmerie du lieu de travail). Il peut en revanche prescrire des examens complémentaires, comme une radiographie pulmonaire ou une prise de sang, pour mieux évaluer d'éventuels risques ou effets du travail sur la santé du salarié.

- Enfin, la loi de 1946 stipule que le médecin du travail a également une *mission d'action préventive sur le milieu de travail* : amélioration des conditions de travail, adaptation des postes aux salariés, protection des salariés contre les nuisances. Le médecin peut donc visiter les lieux de travail, effectuer des études de postes, faire des prélèvements, mettre en œuvre des enquêtes épidémiologiques, etc. Cette mission d'action sur les lieux de travail s'élève en théorie à un tiers de son temps de travail. En réalité, peu de médecins l'effectuent. Dans le cadre de cette mission, les médecins doivent annuellement élaborer une « fiche d'entreprise », dans laquelle ils décrivent les risques, les dangers, les nuisances pour la santé qui caractérisent les établissements qu'ils suivent<sup>1</sup>.

Les médecins du travail participent par ailleurs à titre consultatif aux réunions trimestrielles des CHSCT.

Les médecins du travail occupent donc un rôle hybride, produisant des expertises à la fois administratives, cliniques et techniques sur deux ordres de réalité : d'une part l'aptitude médicale des salariés à leur poste, et d'autre part les nuisances et les risques encourus par les salariés dans leur travail.

Dans son enquête auprès de médecins du travail, N. Dodier distingue trois formes de *cadrage des individus* (ou de « définition de la personne ») mis en œuvre par les médecins.

---

<sup>1</sup> « Dans chaque entreprise ou établissement qu'il a en charge, le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle sont consignés notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés », *Code du Travail*, article R241-41-3.



- Dans le modèle de l'expertise *administrative*, l'individu est dé-singularisé : « dès qu'un individu appartient à une population, on estime qu'on en sait suffisamment sur son cas. Peu importe ses autres particularités, on va le traiter comme tous les autres membres de cette population<sup>1</sup> ». Dans ce régime d'action, tous les individus qui, par exemple, travaillent sur écran sont soumis à un examen de la vue.

- Le dispositif *clinique* prend au contraire en compte la *singularité* de l'individu : le médecin adapte ses examens et ses tableaux cliniques à chaque personne, en reconnaissant à l'organisme individuel la capacité de créer ses propres normes. Les règles sont individualisées, pondérées, et les caractéristiques de la personne sont mises en relations entre elles et avec son environnement de travail avant d'établir un jugement (d'aptitude par exemple).

- Enfin, il existe un troisième pôle dans lequel l'individu est considéré comme un *sujet autonome* à qui le médecin laisse l'initiative de l'action à entreprendre. Le médecin se place ici dans un rôle d'expert-conseil : dans un souci de transparence, il fournit au salarié les informations et les repères qui lui permettront de faire son choix, et lui délègue la capacité de juger et de décider des suites à donner. Comme dans le pôle clinique, la singularité de l'individu est donc reconnue, mais il ne s'agit plus ici d'une singularité passive : le sujet est invité à choisir activement, c'est-à-dire à engager sa volonté et sa liberté. N. Dodier donne l'exemple de cas où, confronté à une pathologie alcoolique, le médecin instaure un *contrat* avec le salarié, qui doit s'engager à modifier sa conduite (alors que dans la même situation, le jugement médico-administratif classique aurait amené le médecin à prononcer une inaptitude, au nom des règles de sécurité).

Les trois modes de jugement médical (qui peuvent coexister chez un même médecin et au sein d'une même consultation) se déploient donc entre deux pôles opposés : le monde de l'expertise médico-administrative et sa logique de santé publique d'un côté, le registre de l'approche clinique et des cas singuliers de l'autre. Nous verrons que les propos recueillis portent bien souvent la trace de la tension entre ces deux régimes d'action.

---

<sup>1</sup> DODIER N., *L'expertise médicale, op. cit.*, p. 96.

## 2. Les médecins du travail et les relations santé-travail-précarité

---

En Midi-Pyrénées on dénombre en 2002 48 services de médecine du travail (hors fonction publique territoriale et d'État et secteur agricole) : 20 services interentreprises interprofessionnels, 7 services interentreprises professionnels du bâtiment, et 21 services autonomes (dont 3 pour le secteur hospitalier).

Les services interentreprises emploient 247 médecins (167 en équivalent temps plein), les services autonomes en emploient 28 (17 en ETP). Au total, près de 500 000 salariés sont suivis par ces différents services.

Sur le plan de ses caractéristiques économiques, la région Midi-Pyrénées est globalement moins industrielle et plus agricole que la moyenne nationale. Les entreprises de plus de 100 salariés, nettement plus présentes en Haute-Garonne, sont relativement peu nombreuses mais concentrent 29% de l'emploi salarié total<sup>1</sup>. Par ailleurs, les secteurs non marchands (éducation, santé, administration) occupent un nombre d'actifs légèrement plus élevé que dans les autres régions (hors Ile-de-France). Les 8 départements de la région peuvent être répartis en deux groupes contrastés : le premier est constitué des départements situés au nord et à l'ouest (Aveyron, Gers, Tarn-et-Garonne et Lot), caractérisés par une forte activité agricole et relativement peu de services marchands ; le second regroupe les départements plus industriels (Hautes-Pyrénées, Ariège et Tarn). Enfin, la Haute-Garonne présente une palette d'activités assez atypique par rapport aux autres départements de la région, fondée sur les industries aéronautique et électronique et les services aux entreprises.

Nous<sup>2</sup> avons interrogé par téléphone (avec enregistrement et transcription) un échantillon aléatoire de 50 médecins du travail. Ces médecins, 13 hommes et 37

---

<sup>1</sup> MULKAY B., « Midi-Pyrénées : une région diversifiée mais des départements spécialisés », 6 pages *INSEE Midi-Pyrénées*, n° 60, 2003.

<sup>2</sup> Ce « nous » désigne les auteurs du rapport de recherche réalisé dans le cadre du projet INSERM « Santé et situation sociale ». Les sections 2 et 3 de ce chapitre sont une réécriture d'une partie de ce rapport, cf. : DRULHE M., CLÉMENT S., HÉLARDOT V., MANTOVANI J., MEMBRADO M., *Précarisation au travail et santé : l'expérience sociale des salariés et de leur famille confrontée au jugement des médecins du travail*, op. cit. ; DRULHE M., CLÉMENT S., HÉLARDOT V., MANTOVANI J., MEMBRADO M., SERRATE V., « Quand les médecins du travail parlent de la précarisation au travail... », *Médecine et travail*, n° 187, 2001.

femmes, d'âge et d'ancienneté diversifiés<sup>1</sup>, donnent une représentativité quasi exhaustive des différents types de services pouvant exister dans la région : 39 relèvent de services interprofessionnels interentreprises (dont 19 situés en Haute-Garonne) ; 4 sont dans des services interentreprises spécialisés en BTP ; 6 médecins exercent en service autonome ; 1 médecin relève du secteur agricole. Tous les départements sont représentés<sup>2</sup>.

Ces entretiens avaient un double objectif :

- recueillir les informations nécessaires pour une analyse du rapport des médecins du travail aux phénomènes de précarisation et de santé au travail. Il s'agissait donc de saisir leurs représentations et leurs définitions de ces processus, en lien avec leurs conceptions de leur fonction (ou de leur mission), et avec leurs positionnements professionnels au sein des structures d'appartenance. L'entretien s'est déroulé en deux temps<sup>3</sup> : d'abord une partie concernant des questions d'ordre général sur la précarisation au travail et les liens avec la santé, puis le compte-rendu de deux cas précis et récents qui sont particulièrement significatifs, aux yeux du médecin, de ces phénomènes (environ 80 cas recueillis) ;

- « recruter » des médecins volontaires pour l'enquête par questionnaire auprès des salariés.

Avant d'aborder les questions de précarité et de santé, signalons qu'un thème émerge de façon forte de la majorité des entretiens réalisés : celui de l'écoute et de l'importance de la *dimension relationnelle* dans l'exercice de la médecine du travail. De nombreux médecins ont insisté sur les processus de « mise en confiance » des salariés qu'ils suivent : peu à peu les personnes qui viennent en consultation s'expriment davantage et confient au médecin des informations qui relèvent de leur vie au travail mais aussi de certains aspects de leur vie hors travail. Les médecins estiment ainsi avoir une certaine légitimité à se considérer comme les porte-parole de salariés dont l'expérience n'est pas toujours connue et reconnue.

*« Les gens ont besoin de parler de leur souffrance au travail, parce que je crois que, dans certains secteurs elle est réelle. Donc ils en parlent, et ils ont besoin, même auprès du*

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe 2 : Liste des 50 médecins du travail interrogés.

<sup>2</sup> Si la représentativité géographique et organisationnelle des médecins est globalement respectée, il est probable que les médecins qui ont accepté de participer à l'enquête se caractérisent par une plus grande sensibilité à la réflexion sur leurs pratiques et leurs statuts, et par une conviction plus affirmée d'avoir « quelque chose à dire ».

<sup>3</sup> Cf. Annexe 3 : Guide d'entretien avec les médecins du travail.

médecin du travail, d'avoir **une écoute... importante, parce qu'ils ont besoin de dire. Et finalement, on est quand même bien placés nous, pour écouter ces gens-là** » (4)<sup>1</sup> ;

« Ils viennent nous dire ce qu'ils ont, qu'ils ne sont pas bien, je crois que bon, on arrive à établir des relations. (...) **Les médecins n'ont plus le temps d'écouter et les curés n'existent plus, donc il n'y a plus que les médecins du travail!** (...) **On prend le temps.** Ça fait que les gens nous parlent de leur famille, de leur maison, ils viennent pour demander un conseil très souvent » (7) ;

« Ici j'ai le temps d'écouter les gens, donc **à partir du moment où vous les écoutez, ils parlent, c'est pas compliqué...** Il n'y a plus personne qui les écoute dans la société. Il n'y a même plus les curés... » (44) ;

« Vous savez nous, **il y a la partie médicale pure, et puis il y a la partie communication,** je dirais, et on en parle... (...) **Quand on sait qu'un monsieur a une femme qui ne travaille pas et qu'il a 3 enfants, vous comprenez bien que... on se demande comment ils s'en sortent, quand même** » (48) ;

« C'est vrai qu'au début, **on discute quand même, avant de passer au traditionnel examen clinique,** qui est plus ou moins indispensable selon les cas, **on écoute...** » (15).

Ce souci de gagner la confiance des salariés est très présent, et participe pleinement aux yeux des médecins de leur compétence professionnelle<sup>2</sup>. Par cette écoute « au-delà du symptôme », la pratique des médecins du travail s'apparente à celle des médecins généralistes « de famille<sup>3</sup> », à qui d'ailleurs ils se comparent parfois : « *en fait on a plus de temps que les médecins généralistes, donc déjà on nous parle beaucoup plus je pense, et on connaît beaucoup plus de choses sur la vie des gens que certains généralistes qui ont beaucoup de travail et qui n'ont pas le temps d'écouter les gens* » (7).

Certains médecins caractérisés par une ancienneté professionnelle importante précisent que cette confiance accordée au médecin du travail n'a pas toujours été de mise. Il fut un temps où les médecins étaient fréquemment soupçonnés de « complicité » avec les employeurs :

« **La confiance s'installe plus vite maintenant** je dirais... **Quand même, l'image de la médecine du travail a changé.** Les gens parlent mieux, ils savent. Les gens ne savaient pas quand je faisais mes premières années, que c'était du secret médical, beaucoup de gens... **J'ai réalisé qu'ils se méfiaient de ce qu'ils disaient,** parce que j'allais m'adresser à l'employeur ou... » (40).

Quelques médecins indiquent que le nombre des « consultations spontanées » ou des « visites à la demande » est en augmentation. La portée de ce constat est double : d'un côté il traduit bien une tendance, dont l'intensité est très différente selon les entreprises, les secteurs d'activités et les bassins d'emploi, à l'amorce d'un

<sup>1</sup> Les numéros entre parenthèses renvoient à la liste des médecins interrogés, cf. : Annexe 2.

<sup>2</sup> Un médecin met en avant le cas des « jeunes, c'est-à-dire la marge des 18-22, 23 ans, 24 ans. Vous ne les sortez pas du bureau. Ils ont besoin, au-delà de la simple visite, d'être rassurés, ils demandent des explications sur les risques, ils sont demandeurs d'une certaine information » (39).

<sup>3</sup> MUEL-DREYFUS F., « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°54, 1984, pp. 70-71.

mouvement de recours à la médecine du travail en dehors des obligations légales ; d'un autre côté, la consultation spontanée peut être liée à un événement biographique douloureux que l'on vient confier au professionnel de santé. Lorsqu'il y a consultation spontanée, « *c'est qu'il y a une souffrance, qu'elle soit physique ou morale, une souffrance qui n'est plus tolérable pour eux, et ils nous demandent une aide, une intervention* » (43). Cette souffrance, dont les formes sont multiples, est souvent occultée dans l'environnement de travail<sup>1</sup>. Le face à face avec le médecin du travail apparaît alors comme l'un des derniers lieux possibles de son expression : « *ils osent parler* » (34). Ainsi les médecins du travail articulent à leurs compétences médicales des compétences relationnelles pour accomplir leur activité professionnelle, c'est-à-dire idéalement pour « protéger la santé des salariés du fait de leur travail », même si plus prosaïquement certains ont le sentiment de « *naviguer à vue* » (9) ou même de « *prêcher un peu dans le désert* » (17).

L'objet de nos entretiens avec les médecins du travail impliquait qu'ils mettent en œuvre, outre une expertise médicale, une forme d'expertise sociale. Nous leur avons en effet demandé de se prononcer sur les phénomènes de précarité et de précarisation tels qu'ils les perçoivent depuis leur position professionnelle, en leur laissant toute latitude pour définir ce qui, à leurs yeux, « fait précarité », qu'il s'agisse d'éléments internes au monde du travail ou relevant d'autres sphères de l'existence des salariés. Les expertises sociales que les médecins nous ont présentées s'appuient donc à la fois sur des critères relativement objectivables et dont ils ont une connaissance directe, comme les conditions de travail, et sur des éléments de la vie hors travail des salariés, auxquels les médecins ont accès à travers les récits et les confidences des personnes reçues en consultation.

Comment rendre intelligible la façon dont les médecins du travail appréhendent la précarité et la précarisation au sein des situations de travail qu'ils sont amenés à connaître du fait de leurs consultations ou de leurs visites *in situ* ? A quels titres et de quelles façons la santé est-elle inscrite dans ces configurations ? Il s'agit, en répondant à ces questions, de comprendre comment s'élaborent les points de vue

---

<sup>1</sup> DEJOURS C., *Souffrance en France, op. cit.*

des médecins sur les formes et les dynamiques de précarisation au travail, et sur les différents modes d'articulation avec la santé.

Trois angles d'analyse des propos des médecins peuvent être distingués :

- le premier porte sur leurs définitions et représentations de la précarité et de la précarisation, telles qu'ils les formulent en se situant à un degré de généralité relativement élevé. Ces points de vue suscités par les questions des enquêteurs (« *qu'évoque pour vous la formule "précarité au travail" ?* ») sont les plus éloignés de la pratique quotidienne des médecins : il leur a été demandé de s'exprimer de façon globale sur les phénomènes de précarité, d'en donner leurs définitions et même leurs explications. Les médecins sont donc ici dans une position qui dépasse largement leur rôle professionnel pour rejoindre celle de citoyens « ordinaires » s'exprimant sur des questions de société ;

- le deuxième angle d'approche les ramène davantage à leur univers familier, puisqu'il s'agit d'aborder la thématique des liens entre précarisation du travail et santé et de décrire, à un niveau qui reste encore très général, les dynamiques qui lient ces deux ordres de réalité ;

- enfin, la troisième partie de l'analyse s'attache aux « figures » de la précarité, cas exemplaires ou récurrents que les médecins ont évoqués pour illustrer leurs propos. Au plus près de leur pratique de terrain, ces « profils » mettent en scène des cas précis, des situations individuelles ou typiques tirées de leur expérience quotidienne, où santé et précarité ne sont plus des concepts à interroger ou à commenter, mais des paramètres concrets insérés dans des histoires singulières qui prennent souvent la forme de problèmes à résoudre.

La succession de ces trois registres d'analyse correspond donc à une progression allant du niveau le plus conceptuel ou théorique au niveau le plus empirique et le plus ancré dans les expériences de terrain (cette progression correspond d'ailleurs globalement au guide d'entretien).

### *a) Les schèmes de précarité élaborés par les médecins du travail*

Lorsque les médecins du travail sont sollicités pour s'exprimer sur la « précarité », à quel univers de référence font-ils appel, dans quel cadre placent-ils leur discours sur les phénomènes évoqués ? Quels modes d'explication mettent-ils en jeu pour en rendre compte ?

Il est intéressant d'abord de préciser que les médecins ont souvent été déstabilisés par notre choix de ne pas leur imposer une définition a priori. Si, en réaction au terme « précarité », certains ont tout de suite désigné telle ou telle réalité, d'autres ont exprimé leurs hésitations : « *je n'ai pas eu le temps avant votre enquête d'ouvrir le dictionnaire pour voir ce que c'était la précarité* » (27)<sup>1</sup> ; « *tout dépend de la définition de la précarité, de quoi vous voulez parler* » (44) ; « *précarité, euh... Je sais pas trop comment répondre* » (15) ; « *précarisation... je sais pas là, j'ai pas réfléchi à ça...* » (40).

La plupart des médecins se sont ainsi révélés plutôt comme demandeurs que comme producteurs de définitions de la précarité, et plus encore de la précarisation, ce qui indique leur difficulté à penser les phénomènes dans leur dimension dynamique. Les entretiens ont souvent consisté à encourager les médecins à développer, malgré leurs doutes, un discours sur la précarité, en insistant précisément sur le fait que nous souhaitions recueillir leur point de vue personnel et non une définition qui serait « la bonne » dans l'absolu.

L'analyse des entretiens permet de distinguer trois types de discours concernant la nature et les origines de la précarité, correspondant à trois points de vue que nous avons nommés *schèmes de précarité*.

Certains médecins situent l'origine de la précarité dans « le social » : la précarité observée dans le monde du travail n'est qu'une dimension de plus pour des gens qui sont déjà « précaires ». D'autres médecins cantonnent assez largement la précarité au monde du travail, qui en est le lieu de production majeur. Enfin, de façon plus ou moins explicite, on trouve chez une minorité de médecins un modèle mixte dans lequel la précarité est issue de la rencontre entre une situation sociale fragile et des conditions de travail dégradées. La production de la précarité se situe alors à l'intersection du monde du travail et de l'existence hors travail.

### **La précarité comme une production de la société**

L'un des médecins du travail résume bien la position développée dans ce schème lorsqu'il parle de personnes qui sont « *dans une situation précaire sur le plan social, qui ont eu des vies avec des difficultés, et ces gens-là quand ils arrivent sur le monde du travail, ils ont des difficultés déjà pour trouver des emplois, et ils peuvent avoir des difficultés à s'insérer dans le monde* ».

---

<sup>1</sup> Nous avons précisément organisé l'enquête de façon que les médecins préparent le moins possible leurs réponses, afin de recueillir leurs propos les plus spontanés.

du travail » (18). Dans ce discours, la précarité est première, elle est liée à l'origine et à la situation sociales, et le monde du travail ne fait que la prolonger et la renforcer. C'est dans ce schème que l'on peut repérer la plus grande fréquence de désignation de la pauvreté en général, parfois même sous une forme que l'on peut qualifier de misérabiliste, avec des termes récurrents tels que « *démunis* », « *immigrés* », « *détresse* », « *défavorisés* », « *cas sociaux* », « *financier* », « *alcool* », « *rmiste* ». Le discours insiste sur la faiblesse ou l'absence de formation initiale : « *c'est vrai que dans la grande majorité des cas, il n'y a pas grand-chose en formation* » (50), « *toute une population de gens qui n'ont pas de formation professionnelle validée* » (23).

Cette pauvreté protéiforme, caractéristique première de la situation personnelle, conduit au manque de choix dans le travail. Sont désignées ici des situations de contrainte où les salariés n'ont aucune marge d'initiative : « *ceux qui ont des problèmes affectifs, ceux qui sont dans l'obligation de faire rentrer de l'argent pour des raisons familiales* » (3) ; « *les gens acceptent n'importe quoi même si ça ne correspond pas à leurs capacités physiques, intellectuelles, et à leur formation* » (5). Dans ce contexte, l'intérim apparaît comme la forme d'emploi de dernier recours : « *à quoi pensent les gens qui sont en situation de détresse quelle qu'elle soit ? A l'intérim. Pour moi l'intérim, mis à part les quelques cas de jeunes qui aiment ça, c'est souvent un grand désarroi, je vois beaucoup de cas sociaux* » (25).

Ce point de vue qui reprend les grandes lignes de la « *topique de l'exclusion*<sup>1</sup> » n'est pas accompagné d'un argumentaire sur le fonctionnement social qui construit cette pauvreté : il y a des « *milieux défavorisés* », mais pourquoi et comment sont-ils défavorisés, on ne le sait pas. Le discours est muet sur les causes de cette détresse sociale, sauf à évoquer la malchance et une forme de malheur comme destin social : « *des gens qui n'ont pas trop de chance quand même les pauvres* » (21). Et ce ne sont pas toujours les employeurs que l'on peut accuser : « *[les salariés subissent] l'organisation de la société plutôt, pas tellement la volonté des employeurs, parce que les employeurs ne sont pas forcément déterminés à exploiter leurs salariés* » (41)<sup>2</sup>. Le peu qui est dit sur l'économique évoque la « *loi de l'offre et de la demande* » sur le marché de l'emploi (« *c'est l'offre et la demande quoi, je pense que la structure du travail est comme ça* », 41), la

---

<sup>1</sup> Cf. : Chapitre II, §1b.

<sup>2</sup> Un médecin se met d'ailleurs à la place de l'employeur : « *moi je serais chef d'entreprise je ferais pareil, on peut calculer qu'on est sûr d'avoir un certain nombre de commandes, et qui nécessitent un effectif x, donc constant. Donc le restant des commandes, alors c'est chaque entreprise qui va faire son calcul, et ils vont peut-être prendre des CDD ou des intérimaires* » (49).



« fragilité des petites boîtes qui ne tiennent pas le coup » (34), la « concurrence » et la « compétitivité ».

### **La précarité comme une production du monde du travail**

Dans ce deuxième type de discours, les médecins situent d'emblée la précarité comme une composante ou une conséquence des modes d'insertion dans le monde du travail. Les caractéristiques de l'intégration professionnelle qui « font précarité » aux yeux des médecins sont multiples et souvent décrites sur le mode du cumul. En premier lieu, la précarité contractuelle est mise en avant, avec ses conséquences sur la situation financière et l'impossibilité à maîtriser son avenir : « la précarité au travail pour moi c'est l'intérim » (25) ; « c'est de ne pas avoir le contrat qui dure et dont on n'a pas à se soucier » (22) ; « la précarité au travail c'est les gens qui ont souvent un travail en CDD, ou des intérimaires, mais en tout cas des gens qui involontairement n'ont pas un temps plein ou un travail stable. Donc avec tout ce que ça implique au niveau du contexte social, de l'équilibre familial, surtout quand le conjoint est dans le même état, alors là c'est le summum de la précarité au travail. L'absence de projet, etc., tout ce que ça entraîne » (39). Nature du contrat, mais aussi temps de travail sont mentionnés comme indicateurs marquants de la précarité : « d'abord il y a les contrats, deux types de contrat : les CDD et les intérimaires. Après il y a les horaires, les horaires de travail : ils travaillent très peu d'heures, c'est-à-dire des temps partiels, par exemple bon, 20 heures ou 10 heures par semaine, avec... au niveau financier je veux dire, c'est une précarité financière, donc il y a précarité du contrat et précarité financière » (49).

Certains médecins insistent, au-delà des types de contrats ou des temps de travail, sur l'incertitude et l'absence de structuration qui en découlent, et sur le versant plus subjectif de ces expériences : « c'est une incertitude sur l'avenir surtout. Une incertitude, une instabilité, des manques de repères. (...) Le travail c'est un repère, si on n'a pas de travail on manque de repères en fait... Il y a aussi un sentiment, il y a le sentiment d'être en situation précaire ». En l'occurrence, ce médecin cite l'exemple des « gars qui sont embauchés depuis 35 ans, et on prévoit une externalisation » (31). On bascule donc ici de la précarité contractuelle à l'insécurité de l'emploi.

Un autre type d'effet de précarité se construit dans le travail lui-même, ses conditions et son organisation. Ce que les médecins désignent ici - et même, peut-on dire, dénoncent (alors que dans le premier schème le ton général est celui de l'affliction résignée) -, ce sont des formes d'exploitation et d'aliénation auxquelles sont confrontés les salariés sous l'effet de l'intensification du travail et de la forte

pression du chômage. Les deux extraits d'entretien suivants illustrent bien ce point de vue :

« La précarité, je pense que c'est plutôt **le manque de liberté des gens de ne pas choisir un travail**. Je crois que c'est de plus en plus marqué, il y a une propension des employeurs, de dire aux gens bon de toute façon, c'est ça et pas autre chose, **si t'es pas content tu t'en vas**, il y en a 50 derrière la porte, ou plus que ça. C'était une tendance qui a toujours existé mais qui devient de plus en plus réaliste, les gens savent très bien qu'à cause du chômage ils ont une difficulté à avoir le choix de leur profession. Alors ça entraîne un **vagabondage professionnel** : dès qu'ils peuvent, ils s'en vont, souvent ils peuvent pas donc il y a une précarisation de la santé, donc, psychique, etc. Donc la précarisation, le sentiment que j'ai c'est de **ne pas pouvoir gérer sa vie professionnelle** » (40) ;

« Les gens sont beaucoup plus **dépendants de leur employeur**, et beaucoup plus à **la merci de ce qu'on peut leur demander** » (41).

C'est donc un fonctionnement à la menace qui est décrit : le salarié doit accepter les conditions imposées pour éviter de perdre son emploi, ou pour conquérir une embauche fixe : « la personne se dit : j'arrive intérimaire mais je peux peut-être être embauché, donc ce sont des gens qui vont faire des efforts, beaucoup d'efforts. Ce sont des gens qui vont faire des heures supplémentaires, qui vont travailler deux fois plus vite que les autres » (16).

Les conditions de travail dénoncées ont trait au découpage du temps, aux impératifs de rendement, au contenu des tâches, aux conditions de sécurité, aux déplacements (« on prend les gens on les jette comme on veut, ou on leur fait faire tout et n'importe quoi, à des vitesses infernales », 30). Les relations de travail décrites relèvent de l'arbitraire, du mépris, de l'absence de considération : des gens « vendus comme des cochons » (33), pris « pour des robots » (34), traités « plus bas que terre » (7), « sans considération aucune » (44), réprimandés « pour un oui ou pour un non » (9). Les mots-clefs relevés indiquent très clairement que l'on se situe dans des rapports de domination parfois violents : « ferment leur gueule », « dévalorisation », « on se tait », « inhumain », « exploité », « esclavage moderne », « subir », « harcèlement », « peur », « mépris », « fliqué », « prisonniers de leur poste », « craintifs », etc. Loin du cadre régi par l'offre et la demande, on est ici dans celui du non-choix, où l'on n'a pas droit à la parole. Un médecin juge que « c'est quand même un peu facile de mettre tout sur les capacités d'une personne quand on augmente à l'infini la charge de travail » (34). Un autre raconte le cas d'une punition : « comme il a le parler un peu leste, on l'a mis dans un endroit beaucoup plus dur » (40).

Si les médecins évoquent les conditions de travail et les rapports de domination qui les accompagnent, c'est qu'ils estiment que ces éléments sont créateurs de précarité, dans le sens où les personnes peuvent « craquer » sous ces pressions : « si la personne n'est pas adaptée au rythme de dingue qu'on lui impose, on en prend une autre, (...) et la

*précarisation s'installe à ce moment-là. Et ils ne veulent même pas licencier, ils veulent que la personne s'en aille en plus !* » (40) ; « *les employés ont l'impression d'être fliqués, alors ça se ressent sur leur travail, ils vont à la faute et là re-problème, ils se font réprimander et c'est un cercle vicieux* » (9) ; « *que ce soit un rendement physique ou un rendement intellectuel peu importe, c'est poussé tellement à l'extrême que souvent bon, ils les poussent à bout [jusqu'à ce] qu'ils craquent carrément, s'ils sont plus rentables, on se débrouille pour les éjecter, d'une façon ou d'une autre* » (34). Ajoutons que les médecins sont doublement gênés par ce durcissement des conditions de travail : indignés sur le plan moral, ils se sentent également contrariés dans leur rôle professionnel : « *tout ce qui fait le charme de ce métier, c'est d'essayer d'adapter le travail aux gens, ça n'existe plus, maintenant, c'est les gens qu'on doit adapter au travail* » (40). Les racines du problème sont donc dans le monde du travail, même si les facteurs déclencheurs peuvent être divers : la maladie, l'inexpérience, le manque de professionnalisme, les problèmes sociaux, l'absentéisme... sont autant d'éléments pouvant participer à la fragilisation professionnelle. Mais ces aspects ne sont souvent évoqués que de façon allusive : ce discours n'est pas toujours très complet sur la dynamique qui fait qu'un travailleur « normal » (qui n'est pas un « pauvre » comme dans le discours précédent) devient « précaire ». Par ailleurs, peu d'arguments sont donnés pour expliquer pourquoi existent et perdurent de telles conditions de travail dans un environnement humain si déplorable. On peut relever toutefois des références aux objectifs financiers et aux « lois du marché » (« *ils sont soumis aux lois du marché et des actionnaires. Donc c'est uniquement l'argent qui mène tout* », 34), aux modes d'encadrement et d'organisation du travail (« *une mauvaise ambiance, des ordres contradictoires, une dissolution des tâches de travail* », 27), à une certaine « gestion » institutionnelle du chômage (« *les entreprises étaient incitées à prendre des gens à temps partiel, je pense que nos dirigeants ça leur allait pas mal parce que bon ça... dans le cadre des chiffres du chômage, ça devait être bien pour eux, donc je pense que c'était un peu voulu* », 45), ou à la sous-traitance (« *déjà dans la sous-traitance, y a un moyen de développer le travail précaire et les intérim, c'est envoyer la sous-traitance chez les petits employeurs* », 16). Mais dans l'ensemble, la recherche d'explication en amont du poste de travail reste peu développée. On pourrait dire que, contrairement au schème précédent, les médecins restent ici très focalisés sur l'espace et le temps internes de l'entreprise et des lieux de travail<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Pour certains, l'entreprise à laquelle appartient le salarié est en soi un premier indicateur de précarité, celle-ci étant alors une expérience définie et partagée à l'échelle d'un collectif : « *je regarde d'abord l'entreprise pour savoir s'il y a précarité* » (29).

## La précarité dans la rencontre entre situation sociale et conditions de travail

Dans le premier type de discours, l'accent est mis sur la société produisant la pauvreté, et on ne voit pas bien quel est le rôle du milieu de travail dans le processus de précarisation. En somme, la précarité se situe en amont de lui. Le deuxième discours présente au contraire un mécanisme de précarisation par le travail, dans une société en elle-même peu productrice de formes particulières de précarité ou d'inégalités. Les individus ont peu de profondeur sociale, c'est avant tout le travail qui produit de l'exclusion.

Dans le troisième schème, un lien est établi entre structure de la société et rôle du monde du travail. En amont, il y a de la différenciation sociale, qui fait que tout le monde n'a pas les mêmes ressources face au marché de l'emploi : « *il y a tout un système social qui est en place, il y a des gens qui sont totalement démunis face à ce système et qui savent pas du tout s'en servir... Quand on est fils d'immigré, illettré, c'est forcément un facteur de précarité* » (38) ; « *en fait, le hasard ne travaille pas pour ceux qui travaillent en situation de précarité. Leur situation a commencé dans des milieux d'échec scolaire...* » (11) ; « *il y a des gens qui sont en précarité du fait de problèmes personnels, problèmes sociaux, de divorce... problèmes financiers... Donc ces gens sont plus exposés à ne pas travailler correctement donc à être licenciés, à se mettre dans des situations dans lesquelles ils ne vont pas conserver leur emploi* » (28).

Cette situation sociale préexistante rencontre une intégration professionnelle disqualifiante : « *c'est à ceux-là qu'on donne les plus sales boulots parce qu'on sait qu'ils ne vont pas le refuser. Ils sont obligés d'accepter toutes les conditions qu'on leur fait* » (17) ; « *par manque de formation de base, ce sont des gens qui ont fait pendant 30 ans le même geste répétitif, maintenant la technologie évoluant on leur demande un auto-contrôle, on leur demande de remplir des fiches, des listings, des choses comme ça, et ils ne peuvent pas le faire. Donc ils ne peuvent plus rester avec les normes... ça demande un niveau que les gens n'ont pas. Donc ça précarise encore plus l'emploi* » (23).

Un médecin décrit un exemple typique de « *croisement entre précarité sociale et précarité professionnelle* ». Il s'agit d'un homme employé dans la restauration :

« *Quand je l'ai interrogé sur sa vie antérieure, c'est malheureusement **quelqu'un qui a été élevé en foyer**, placé par la DDASS, qui a perdu ses parents jeunes, qui a un neveu qui est décédé par autolyse, qui a perdu un frère d'un cancer, il y a de l'alcoolisme dans la famille... Et là aussi, c'est un **facteur de précarité professionnelle** : il a fait un **nomadisme professionnel** extraordinaire, il a changé sans arrêt ! Il est allé en France, il*

*est allé ailleurs... Alors c'est vrai que ces gens-là ils accumulent, ils ont un problème, puis ils en ont 2, puis 3... Ils vont se mettre dans des situations, involontairement, qui sont déstabilisantes, changer tous les 2 ou 3 mois, vous imaginez, au niveau des papiers administratifs, du domicile, des déménagements... » (43).*

Les médecins qui convoquent ce troisième schème de précarité, le plus analytique, sont moins nombreux que ceux des deux cas précédents, et paraissent avoir un niveau de « sensibilité » sociologique, pourrait-on dire, plus aigu que les autres.

On constate donc que les schémas explicites ou implicites les plus généraux que les médecins mobilisent pour rendre compte de la « précarité » renvoient bien souvent à des modes de représentation qui puisent dans l'histoire ancienne du monde du travail et du monde social : sous le terme récent « précarité » se cache un univers de représentations bien proche de la « pauvreté » (premier schème), et sous les « nouvelles » conditions de travail nous trouvons aisément la thématique tout aussi ancienne de l'aliénation (deuxième schème). Dans les schémas sociaux développés par quelques médecins (troisième schème) nous pouvons lire celui de la reproduction sociale mettant en scène en amont les plus démunis par rapport au marché de l'emploi, et en aval, ceux qui sont les plus usés, ou les plus fragilisés, parce qu'ils ont fait les travaux les plus pénibles et les plus mal payés. Mais cet univers « prolétarien<sup>1</sup> » est dissocié du moteur qui l'accompagnait autrefois, et qui avait pour nom « lutte des classes ». Aucune vision du développement historique n'accompagne cette description, si ce n'est des allusions assez vagues et fatalistes au « marché » ou à « l'économie ».

Il est difficile de rapporter la mise en œuvre de chaque schème à des caractéristiques personnelles ou institutionnelles des médecins. Sans doute faudrait-il une enquête plus approfondie pour comprendre la variabilité des facteurs de recours à tel ou tel schème. En revanche, les médecins ont insisté sur le fait que leur point de vue était étroitement lié à leur contexte d'exercice (« *je ne parle que de ce que je connais hein !* », 9). Selon qu'ils ont affaire à un public de salariés en CDI ou en emplois précaires, de jeunes ou de travailleurs vieillissants, d'ouvriers du bâtiment ou d'employés des services (ou selon que, au sein d'un public diversifié, ils se réfèrent à l'une ou l'autre de ces catégories), les critères mobilisés ne sont pas les mêmes. Un médecin exerçant en secteur rural distingue par exemple « *la précarité*

---

<sup>1</sup> Le mot n'est pas employé, comme on ne trouve pas non plus "aliénation", mais l'univers sémantique utilisé par une partie des médecins du travail fait référence, selon nous, à ce cadre de pensée.

*des villes et la précarité des campagnes* » : « dans mon secteur, isolé, petites entreprises à la campagne, je pense que ça change complètement par rapport à la ville. (...) Les gens se débrouillent mieux, ils ont peut-être moins de besoins donc ils acceptent plus facilement leur situation. (...) Ici, c'est toujours la famille, la famille est par là, il y a un coin de ferme, il y a des poulaillers, il y a toujours quelque chose qui les aide, ils s'en sortent mieux je pense. Pour l'instant » (30).

Souvent gênés pour s'exprimer de façon globale sur la « précarité », les médecins se sont sentis plus compétents dès lors qu'il était question de santé. Nous allons voir maintenant comment ils la situent et l'articulent aux processus de précarisation.

### ***b) Santé et précarisation : les référentiels des médecins du travail***

L'analyse des entretiens a permis de mettre au jour quatre modèles de référence, le quatrième (et le moins fréquent) étant une synthèse des trois premiers. Ceux-ci renvoient à des dynamiques relativement classiques : l'épidémiologie sociale, la sélection sociale par la santé, et la thématique de l'accès au système de soins. Ils sont mobilisés de façon plus ou moins préférentielle par les médecins, mais apparaissent le plus souvent combinés entre eux.

### **Le modèle étiologique de l'épidémiologie sociale : la précarité au travail facteur de mauvaise santé**

Lorsque les médecins font référence à ce modèle, ils mettent en lumière les multiples atteintes à la santé attribuables à la nature et aux conditions de l'activité professionnelle. Parmi les manifestations extrêmes de cette dynamique sont cités tous les cas de mortalité ou de traumatisme sur le lieu de travail, ainsi que les cas où l'on peut établir qu'un suicide est la conséquence de ce qui s'est passé au cours du temps de travail : « ça va jusqu'au suicide, il n'y a pas d'autres mots. Des dépressions, des prises de risques dans l'emploi avec morts et accidents du travail mortels » (5). Plus fréquemment, le lien entre précarisation et santé se traduit par une morbidité accrue. Celle-ci peut être le résultat des expositions directes : les médecins qui reçoivent des salariés en intérim sont unanimes pour juger que c'est à eux que le plus « sale boulot » échoit. « Ce que je vois dans les intérimaires c'est qu'on les met dans les postes les plus à risque » (5) ; « c'est eux qui font les travaux les plus pénibles et les plus dangereux.

*C'est-à-dire en général ceux que les employés habituels ne veulent pas faire » (11) ; « les entreprises ne prennent pas le temps d'informer les intérimaires des risques, ils changent toutes les semaines, ils ont pas envie de perdre une demi-journée à expliquer » (35) ; « déjà nous on considère que la précarisation c'est un état de risque pour la santé » (16). Le secteur du BTP est également souvent évoqué pour illustrer les atteintes directes à la santé et les pathologies d'usure : « c'est là que l'on rencontre les gens avec le moins de formation et avec les métiers les plus pénibles » (33) ; « les gens du bâtiment, ils ont toujours forcé, ils ont fait des travaux de force » (47) ; « quand vous travaillez au bruit, quand vous travaillez en position agenouillée, quand vous avez certaines postures contraignantes, quand vous êtes exposé à la peinture, vous avez quand même une condition de risque augmenté » (16).*

On retrouve bien dans ce schème la combinaison délétère (décrite dans le chapitre III) entre précarité de l'emploi et intensité du travail. Les médecins y insistent d'autant plus qu'ils soulignent leur impuissance face à ces parcours de très forte mobilité professionnelle, où le suivi médical est quasiment impossible : « en termes de santé c'est [les intérimaires] qui ont besoin d'un suivi plus rapproché et nous on n'arrive jamais à savoir les risques auxquels ils sont exposés, parce qu'ils changent sans arrêt de travail. On les cerne très mal » (11). La sous-traitance également mentionnée dans ce registre :

*« La sécurité elle a besoin d'un cadre, elle a besoin de temps pour se mettre en place... Entre les salariés permanents qui adhèrent à une certaine culture de leur entreprise, et ceux qui arrivent là, missionnés pour 2 semaines, la culture est tout à fait différente, et les moyens sont différents. Là où on faisait une surveillance spéciale pour certains salariés, parce qu'ils étaient permanents, dès lors qu'on passe à la sous-traitance, ils y échappent, ils échappent au médecin du travail de l'entreprise utilisatrice, et je dirais que nous, médecins du travail des sous-traitants, on connaît pas la nocivité, ça nous échappe. On est souvent, donc, observateurs a posteriori » (43).*

Les conséquences réelles de la précarité sur la santé sont donc, selon les médecins, sous-estimées pour trois raisons au moins : le sous-effectif de la profession, qui réduit le temps des visites et donc amenuise la disponibilité nécessaire pour la quête diagnostique ; le nomadisme professionnel de ces salariés ; et – conséquence de cette fréquentation irrégulière de la médecine du travail – la difficulté à construire une relation de confiance. Ainsi ces limites reconnues de la médecine du travail concourent à renforcer les possibles effets néfastes sur la santé.

Mais au-delà des dangers physiques immédiats, les médecins font également état de processus plus généraux d'altération de la santé, par le biais de la fatigue par exemple : « souvent quand c'est plusieurs contrats qui se répètent, les gens ont pas le temps de se reposer, ils passent d'un contrat à l'autre, on leur paye leur congé, mais on peut les faire travailler pendant 10 jours, ça existe ça, c'est pas illégal. Donc, une fatigabilité plus importante » (41). Faute

de repos et de récupération suffisante, l'accumulation de fatigue et de stress finit par faire baisser la vigilance aux risques et par produire une diminution de la résistance, et finalement une dégradation de la santé physique et psychique. Lorsqu'ils se réfèrent à ce modèle, les médecins soulignent la tendance de fond à l'intensification du travail, qui s'associe aux pressions auxquelles sont soumis les salariés pour conduire à des états dépressifs et à des arrêts maladie : « *ça s'accumule et à la longue vous allez au travail à reculons, et puis un jour ça craque. (...) Les gens perdent tous leurs moyens et se retrouvent en dépression ou en arrêt de travail* » (7) ; « *le fait de ne pas savoir ce que l'on va faire le lendemain, ça use. (...) C'est des impressions de malaise, de mal-être au travail, ce qui se répercute sur la qualité du travail qu'ils fournissent et influe sur leurs rapports avec leurs supérieurs ou leurs collègues. Alors après c'est le cercle vicieux, hospitalisation, arrêt de travail et puis tentative de contrat protégé, enfin c'est très problématique* » (27).

Certains médecins peinent à appliquer aux relations entre précarité et santé le modèle étiologique le plus purement biomédical, celui qui concerne par exemple les maladies professionnelles. Un jeune médecin fait cette « découverte » sur le mode de la désillusion : les études lui avaient donné une image très attractive de la profession sous l'angle des pathologies professionnelles, et voilà que sa pratique en service interentreprises le ramène à la « banalité » de l'exercice le plus courant. « *Les maladies professionnelles, c'est pas chez les précaires qu'on va les trouver* » (41), dit en écho un médecin qui a 15 années d'exercice. Il est vrai en effet que, si l'on se fonde sur les propos des médecins, les relations de cause à effet sont souvent indirectes, médiées par la catégorie du psychosomatique : la précarité au travail a pour conséquence une fragilisation psychologique pouvant se traduire par des somatisations (syndromes d'angoisse, insomnies, troubles digestifs, problèmes dermatologiques...). « *Au niveau de la santé, l'instabilité, c'est un facteur anxiogène. (...) Après il y a toute la somatisation que ça implique derrière* » (39) ; « *alors ça donne des gens stressés, angoissés et qui sont légitimement pas bien quoi, qui ne peuvent rien construire de sûr. (...) Cela transparait aussi au point de vue de la santé, c'est-à-dire que l'on peut avoir des somatisations, avec des gens qui ne dorment pas, des gens qui mangent, des gens qui fument, des gens qui boivent, de par cette anxiété et cette angoisse de l'insécurité de l'emploi, de ce qu'ils vont devenir* » (22).

Le malaise de certains médecins à l'égard du modèle étiologique se traduit dans l'incertitude qu'ils expriment dès que le « psychique » entre en scène, autrement dit dès qu'il s'agit de trancher sur le bien-fondé des plaintes : sont-elles l'expression d'un « véritable » problème de santé, ou d'une insatisfaction dans le travail ? « *Il faut*



*arriver à faire parler les gens, dialoguer, et puis en fonction de ça on arrive à voir un peu s'ils sont motivés, s'ils ne sont pas motivés, si les plaintes physiques sont vraies ou sont plutôt psychosomatiques... » (13).*

Une autre limite du modèle étiologique réside dans la difficulté à faire la part de l'origine professionnelle ou non professionnelle des problèmes de santé :

*« Certains font le lien avec la précarité mais la plupart non. La plupart n'ont pas poussé l'analyse jusqu'à dire : j'ai des troubles du sommeil c'est parce que je ne sais pas si mon CDD va être renouvelé ou... ; ça c'est l'interprétation que peut en faire le médecin du travail. Est-ce qu'elle est juste ou fausse ça c'est... Les problèmes de troubles du sommeil ou de dépression ou de... ça peut se traduire chez d'autres personnes par des troubles digestifs tout simplement, ou même des douleurs lombaires. On trouve de tout, ce n'est pas toujours lié à la précarité » (20).*

Les médecins se montrent donc parfois peu assurés pour faire la part des choses et identifier un seul facteur causal : les troubles psychologiques, qu'ils entraînent ou non une somatisation, s'inscrivent dans un environnement social et personnel plus large que le monde du travail. Ils peuvent être provoqués ou amplifiés par des problèmes personnels et/ou relationnels qui ont peu de liens avec l'activité professionnelle. C'est pourquoi les médecins se réfèrent fréquemment à un autre modèle, qui inverse la relation en posant la mauvaise santé comme préexistante à la précarité dans le travail.

### **Le modèle de la sélection sociale par la santé : la mauvaise santé, facteur de précarité**

Dans ce deuxième référentiel, les médecins mettent en avant les processus par lesquels une dégradation de la santé peut en venir à fragiliser le rapport à l'emploi, avec au cœur de cette dynamique l'enjeu des restrictions d'aptitude ou des déclarations d'inaptitude qu'ils sont amenés à prononcer.

Une première observation peut être faite sur ce point : cette question de l'(in)aptitude émerge très nettement comme une situation extrêmement problématique pour les médecins, un véritable « dilemme » ou « cas de conscience », qui met en jeu très profondément leur éthique professionnelle. En effet, les médecins sont confrontés à un choix fondamental : protéger la santé du salarié *ou* protéger son emploi. Dès lors l'expertise médico-administrative, loin d'être une formalité consensuelle, devient un « drame », souvent vécu sur le mode de la souffrance personnelle, comme l'indiquent les extraits d'entretiens suivants (qui pourraient

être multipliés tant les propos des médecins sont fréquents et convergents sur cette question<sup>1</sup>) :

« On se trouve **coincé** (...) **Ça pose d'énormes problèmes**, parce que ou ça se termine par le licenciement avec tout ce que ça entraîne, ou ça se termine par des gros problèmes de santé parce qu'ils vont continuer à se dégrader. Moi j'ai un peu **l'impression de les regarder s'esquinter et d'être impuissante**, de ne pas pouvoir... Je ne peux pas les empêcher de travailler contre leur souhait quand même ! » (34) ;

« C'est **toujours un drame** quand on fait une inaptitude, quand on sait que derrière la personne va être licenciée. On dort mal, c'est un souci, une tracasserie, **à empêcher de dormir** hein » (42) ;

« La déclaration d'inaptitude, de toute façon c'est **un constat d'échec**. C'est une situation à laquelle on est contraint, de force » (43) ;

« J'ai choisi ce métier par goût et par amour (...), et **je suis terriblement déçue** quand je vois le système ! Et profondément malheureuse. (...) Je m'attendais à faire mon métier c'est-à-dire protéger la santé des salariés du fait de leur travail (...), et **on ne peut pas faire notre métier correctement**, voilà pourquoi je suis déçue » (5) ;

« Est-ce qu'on les laisse au travail en sachant que le travail n'est pas idéal pour eux et qu'il peut leur occasionner des problèmes de santé, ou est-ce qu'on joue la carte de force et on dit "inapte à ce poste" et **si ils sont sans boulot est-ce que cela ne sera pas pire ?** » (22).

A cette dernière question, les médecins répondent « oui » dans l'immense majorité des cas. L'un d'entre eux résume bien le point de vue adopté : « le pire pour la santé c'est encore de perdre l'emploi » (29). La pression des salariés est ici très forte :

« Il faut bien qu'ils travaillent, moi je les mets aptes ! Même s'ils ont des problèmes de santé, sinon ils ne vont plus rien toucher... - Oui, donc vous, vous les déclarez aptes... - Ah oui, bien sûr parce qu'ils **m'en supplient** ! Et il y aurait une inaptitude incontournable ils seraient inaptés seulement ce n'est pas sans conséquences » (28).

Ce n'est en effet que lorsque la déclaration d'inaptitude apparaît « incontournable » que les médecins s'y résignent, c'est-à-dire « quand il y a la sécurité en jeu, qui concerne l'intéressé ou qui concerne autrui, s'il y a danger vital, malheureusement, il vaut mieux que la personne soit au chômage plutôt qu'elle soit morte, ou qu'elle tue quelqu'un » (43). Ce médecin donne un exemple précis de critère permettant de prendre la décision d'inaptitude ou de la repousser : « si c'est un grutier qui est diabétique, qui est en complet déséquilibre vis-à-vis de sa maladie, c'est pas normal de le laisser... Si c'est un diabète équilibré, là il y a matière à réflexion, évidemment ».

Ce dilemme qui remet en question le rôle même du médecin du travail est souvent décrit comme significatif des mutations qui traversent les secteurs d'activité concernés (bâtiment, manutention, souvent des petites entreprises) et qui indiquent

---

<sup>1</sup> Un médecin mentionne qu'environ 800 inaptitudes sont prononcées annuellement dans la région Midi-Pyrénées.

une sélection accrue passant par l'éviction des salariés dès lors qu'ils apparaissent usés par leur travail. Un médecin souligne l'attitude de certains employeurs visant à instrumentaliser la médecine du travail : *« ils savent aussi que malheureusement on peut leur être utile dans le mauvais sens. Nombre de fois ils essaient de prouver par a+b que la personne est malade, alors que simplement elle est pas aussi performante que ce qu'ils souhaiteraient »* (40).

Les marges de manœuvre qui s'offrent aux médecins sont très étroites, en particulier pour les salariés de moins de 55 ans<sup>1</sup> :

*« On sait dans quelle galère on envoie les gens quand on donne un certificat d'inaptitude à 45 ans. A 55, ça le fait moins. A 55 ans, ils ont .... Il y a la prise en charge au niveau de l'ASSEDIC, donc jusqu'à 60 ans, ils ont leur.... Donc, il n'y a pas de grosses coupures. Ça fait comme une préretraite : ce n'est pas une préretraite, mais ça fait comme... Ils le ressentent beaucoup moins durement. Mais à 45 ans, c'est le trou noir »* (46) ;

*« Les gens que l'on met inapte à 45 ans c'est pas gagné pour eux. Ils ne sont pas toujours aptes à faire un travail, à se recycler, à refaire une formation professionnelle, là c'est assez dramatique »* (50).

Les ressources pour un reclassement dans une activité physiquement moins exposée apparaissent en effet souvent limitées (*« dans le meilleur des cas, il y a des systèmes de préretraite... mais ça ne marche pas à tous les coups »*, 8), même si des cas de réussites exceptionnelles sont parfois longuement évoqués, qui dépendent en grande partie de la bonne volonté de l'employeur (avec qui, bien souvent, c'est *« la foire d'empoigne »*, 9).

Certains médecins ont recours aux inaptitudes temporaires, qui permettent au moins au salarié de se mettre à l'abri quelque temps, ou aux demandes d'aménagements de poste, mais ces procédures présentent l'inconvénient de stigmatiser le salarié et de le faire « repérer » aux yeux de l'employeur : *« si on demande un aménagement de poste, c'est le fragiliser quelque part »* (22) ; *« s'intéresser de trop près à un salarié dans une petite entreprise, ça risque de le stigmatiser, donc on essaie toujours de collectiviser au maximum »* (29).

Lorsque l'inaptitude est inévitable, les médecins sont amenés à jouer un rôle de médiateurs en mobilisant différents acteurs (services sociaux, Sécurité sociale, médecin traitant, COTOREP...) pour créer un réseau autour du salarié et tenter d'instaurer un suivi médico-social : *« on les aiguille, on les laisse pas tomber »* (47). Un

---

<sup>1</sup> L'étude a été faite avant les différentes réformes de 2002 et 2003 sur les dispositifs de préretraite et sur la durée des allocations de chômage. Aujourd'hui les difficultés sont encore plus grandes et les « portes de sortie » encore moins nombreuses avant 57 ans, cf. : BARDOT F., « Les évolutions du travail et de la santé après 55 ans : quels constats et quelles actions pour le médecin du travail ? », in *Conditions de travail, santé et aspirations à la retraite*, Actes du séminaire « Vieillesse et travail », CREAPT-EPHE, 2003, pp. 157-174.

médecin fait état d'une stratégie particulière qui permet de limiter les effets financiers de la perte d'emploi après inaptitude :

*« Quand on met une inaptitude, cela se fait en deux temps, à 15 jours d'intervalle, c'est obligatoire. Alors cela veut dire que le premier jour on met quelqu'un inapte à son poste, donc c'est une rupture de contrat de travail, donc l'employeur le licencie pour inaptitude, et le chômage ne débutera que 15 jours après, à la deuxième fiche d'inaptitude ; l'intervalle étant fait pour voir si on peut le reclasser dans l'entreprise. Mais on sait très bien que c'est purement théorique, puisqu'on ne pourra pas le reclasser. Donc ce que l'on fait dans ces cas-là, c'est moyennement légal, mais enfin bref, je l'ai encore fait hier : je vois la personne en arrêt, je mets : "une inaptitude est à prévoir", donc je considère que c'est ma première inaptitude, et en général, la personne en question, son arrêt de travail va se terminer à la fin du mois donc à peu près les deux semaines, et je fais ma deuxième fiche d'inaptitude à ce moment-là, donc il pourra aller immédiatement s'inscrire au chômage. Sinon il est pendant 15 jours sans salaire » (8).*

La décision d'inaptitude est parfois l'occasion, pour les médecins, d'approfondir leur relation avec le salarié, et de mettre en œuvre un cadrage de la personne qui correspond à ce que N. Dodier décrit sous les termes « sujet autonome » :

*« En dernier lieu c'est au salarié de décider » (9) ;  
« Il faut quand même qu'ils sachent ce qui les attend, pour qu'on puisse s'organiser. Une fois qu'ils ont les éléments en main, eux peuvent aussi participer à la décision parce que c'est quand même eux qui sont les premiers concernés et qu'ils sont quand même libres de choisir leur destin si je puis dire » (8).*

Les médecins sont souvent amenés à négocier avec le salarié, dans le but de lui faire accepter une décision qui ne lui apparaissait pas comme favorable initialement. Ainsi ce médecin rapporte le cas d'un salarié de 55 ans qui, après discussion, a manifesté « à la fois un grand soulagement et une tristesse parce qu'il voulait vraiment travailler » (12).

La problématique de l'inaptitude, que le contexte de précarisation pose de façon encore plus aiguë, se révèle donc être un point de cristallisation majeur des enjeux professionnels auxquels sont confrontés les médecins du travail. La plupart des médecins disent refuser autant que possible de participer à cette sélection sociale par la santé sur laquelle plane encore l'ombre de l'eugénisme vichyssois, et qui aboutit paradoxalement à les faire apparaître comme des acteurs de la précarisation, dès lors qu'ils entendent accomplir correctement leur mission de prévention.

Selon P. Davezies, le certificat d'aptitude est la matérialisation de la tradition antérieure de « médecine d'entreprise », qui « mouille le médecin dans la gestion de

la main-d'œuvre » et l'oblige à « dire que tout va bien là où la définition de la mission consisterait justement à s'occuper de ce qui ne va pas<sup>1</sup> ». Parce qu'elle place le médecin face à des injonctions contradictoires (entre déontologie médicale et dispositif juridique, entre rôle de clinicien et rôle d'expert), la décision d'(in)aptitude correspond à un cas typique de conflit entre deux « définitions de la personne » : l'une comme individu désingularisé dans une posture de santé publique (qui exigerait de déclarer une inaptitude dès lors qu'un risque pour la santé est identifié), l'autre comme personne singulière à qui l'on reconnaît une « expérience privée<sup>2</sup> » faite de « zones d'intimité personnelle » non réductibles à l'objectivation médicale. Dans ce cas, l'impératif de protection de la santé en lien avec le poste actuel n'est qu'un aspect d'une situation pluridimensionnelle, et les répercussions sociales d'une décision d'inaptitude prennent le pas sur les risques médicaux immédiats.

### **Le modèle d'une détérioration progressive de la santé faute de soins et de prévention**

Dans ce troisième référentiel sont mis en lumière tous les éléments qui peuvent entraver le recours ou l'accès au système de soins, que ce soit pour un traitement suivi ou pour des démarches de contrôle préventif. On se situe ici largement en dehors du cadre professionnel : c'est la précarité générale des conditions de vie qui, aux yeux des médecins, se traduit par une dégradation de la santé, par le biais d'un accès insuffisant au système de soins :

*« C'est vrai que souvent ce sont des gens qui négligent leur santé par faute de moyens et par le fait qu'ils sont tellement noyés dans les autres problèmes qu'ils n'ont pas le temps de s'occuper d'eux-mêmes » (17).*

Il arrive par exemple qu'au cours de leur exercice professionnel, les médecins diagnostiquent des troubles de la vision ou des problèmes dentaires. Dès qu'ils incitent les personnes concernées à consulter les spécialistes, elles leur signifient la difficulté financière à recourir à ce type de soins, en particulier faute de pouvoir se payer une assurance complémentaire.

---

<sup>1</sup> DAVEZIES P., « Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale », *op. cit.* L'auteur considère d'ailleurs que la suppression pure et simple du certificat d'aptitude serait « le premier acte de la réorientation de la médecine du travail vers la prévention primaire ».

<sup>2</sup> DODIER N., « Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail », *Sciences sociales et santé*, vol. 9, n° 2, 1991, pp. 79-121.

*« Ce sont des gens qui ne peuvent pas se faire soigner les dents, qui ne peuvent pas s'acheter des verres correcteurs, donc tous ces problèmes qui retentissent, ce sont des gens qui ne peuvent pas avoir de mutuelle, donc qui ne peuvent pas faire l'avance des consultations, donc ils sont mal soignés donc ça draine toute une détérioration d'état de santé » (25) ;*

*« Quand on leur parle, par exemple, d'aller chez le spécialiste, d'aller voir leur médecin traitant, d'aller par exemple faire mettre des lunettes, aller chez le dentiste pour faire une réévaluation au niveau dentaire ou éventuellement faire remplacer des dents absentes ou quelque chose comme ça, les gens nous disent : "je ne peux pas dans l'immédiat". C'est un élément très concret. (...) Le fait de se priver de nourriture, ou un problème par exemple de surendettement, ils ne nous en parlent que si on les a vus plusieurs fois » (24).*

Dans ce référentiel, la précarité perturbe la prise en charge de la santé en faisant obstacle à un suivi médical régulier. Les médecins insistent sur les conséquences de cette absence de suivi : *« ces personnes sont mal soignées et leur santé se détériore. Je pense qu'à partir du moment où vous avez une précarité dans votre vie, vous avez des risques parce qu'au niveau du suivi médical, il peut être précaire aussi » (18).*

Ces situations ont également d'autres effets qui ne sont pas sans conséquence pour la santé : la malnutrition se combine souvent avec diverses formes de compensation par une consommation excessive d'alcool et/ou par le tabagisme.

Trois référentiels principaux ont donc été identifiés dans les propos des médecins lorsqu'ils s'expriment sur les liens entre la santé et les phénomènes de précarisation. Le premier fait partir la dynamique de la sphère du travail précarisé et intensifié, et en souligne les effets délétères sur la santé. Le deuxième, inversement, part d'un problème de santé (dont l'origine peut se situer dans le travail, mais le modèle, tel qu'il est convoqué par les médecins, ne permet pas d'aller plus loin dans cette analyse) et se focalise sur les conséquences potentielles de ce problème en termes de précarisation professionnelle, avec la question de l'(in)aptitude comme médiateur central. Enfin, le troisième modèle ne se réfère au travail qu'indirectement, à travers les conditions d'existence que la précarité professionnelle entraîne. Ce modèle se fonde sur une définition de la précarité proche du registre de la pauvreté, et met en avant les effets pathogènes des mauvaises conditions de vie.

Un quatrième type de discours a pu être identifié dans les entretiens avec les médecins. Sa caractéristique est de tenter d'articuler les trois modèles précédemment décrits.

## L'enchaînement et le cumul de processus qui détériorent une santé déjà fragile : le modèle du « cercle vicieux »

Une petite partie des médecins associe de façon originale les trois modèles précédents. L'originalité de la combinaison tient à l'articulation des différents mécanismes (plutôt qu'à leur juxtaposition implicite). Les médecins partent ici d'une configuration première : en diverses situations ils observent que des salariés ayant une santé fragile sont inscrits dans des situations précaires de travail (sur le plan du contrat et/ou des conditions de travail). La précarité du travail favorise alors une dégradation de la santé, et celle-ci a pour effet à son tour d'accroître la précarité de ces personnes :

*« C'est toujours les mêmes à pas trouver de travail, c'est des gens qui sont fragiles, qui ont un problème plus psychologique, ceux-là en fait héritent toujours des travaux les plus durs. (...) Ce sont des gens qui sont en situation de précarité au niveau du travail, et qui ont une santé beaucoup plus fragile parce qu'en fait dès le départ ils étaient fragilisés psychologiquement donc déjà rien que ça on tombe malade plus souvent... On a des situations de travail passives, ça aide pas les gens à se stabiliser, on fait les travaux les plus pénibles, voilà, on est plus malade, et c'est le cercle vicieux » (11).*

On voit que ce type de discours fait démarrer les processus d'une situation d'interaction entre une fragilité de santé et une fragilité de la position dans l'emploi. L'individu est donc particulièrement susceptible de connaître une détérioration de sa santé du fait de conditions de travail plus dures et d'un suivi médical plus problématique. Un médecin va même jusqu'à désigner un lien direct entre le positionnement social dans le travail et la prise en charge de la santé : « je suis persuadé que la position d'exécutant n'apprend pas aux gens à prendre de l'autonomie, se gérer, se prendre en charge, ça je suis sûr que c'est un élément qui contribue à la mauvaise santé des catégories sociales d'exécutants » (38).

Ce modèle est sans doute celui où le troisième niveau du jugement médical, celui qui, selon P. Ricœur<sup>1</sup>, fait intervenir une réflexivité sur l'activité professionnelle et sur sa légitimité déontologique, est le plus engagé. Il mobilise conjointement des observations contrastées et développe une interprétation des mécanismes telle que leur articulation échappe à la contradiction (on peut par exemple passer sans problème de la sélection par la santé à l'étiologie par la dureté des conditions de

---

<sup>1</sup> RICŒUR P., « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, n° 227, 1996, pp. 21-33.

travail, ou de la précarité comme facteur de mauvaise santé aux conditions de vie pathogènes).

Si certains médecins privilégient l'un ou l'autre de ces référentiels, ils le font rarement de façon exclusive : on observe le plus souvent le recours à l'un ou à l'autre selon les situations, même si chaque entretien souligne un penchant plus marqué pour un type d'interprétation. De ce point de vue, c'est le dernier modèle qui est le plus souvent convoqué de façon exclusive, peut-être parce qu'il est le plus élaboré. Lorsque plusieurs référentiels sont mobilisés, le passage de l'un à l'autre manifeste souvent un changement de posture : lorsque le médecin raconte un cas ou lorsqu'il évoque une situation typique, c'est-à-dire lorsqu'il se met dans une posture de consultation, le référentiel étiologique de précarisation de la santé n'est guère convoqué : il est beaucoup plus question des conséquences de la mauvaise santé sur la précarité du travail ou des problèmes de prise en charge qu'elle peut engendrer. Au contraire, quand le médecin se place dans une perspective généralisante de santé publique, il convoque plus facilement le premier et le dernier modèle.

On peut également relever une variabilité des recours aux différents modèles selon le positionnement professionnel des médecins. Lorsqu'ils exercent au contact de populations fortement exposées (industrie, BTP), on comprend qu'ils mettent l'accent sur les conditions de travail comme facteurs de précarité et sur le modèle étiologique des effets pathogènes du travail. Lorsqu'ils rencontrent plutôt des salariés stables et peu exposés à des risques physiques, une part plus grande est faite à des aspects de la vie hors travail, et la question de l'aptitude est moins centrale. Il est cependant difficile d'aller plus loin dans une analyse des entretiens orientée sur le rôle des contextes professionnels, et cela parce que l'expérience professionnelle des médecins est rarement homogène : une bonne partie de ceux que nous avons interrogés ont exercé comme généralistes ou spécialistes avant d'intégrer la médecine du travail, et même lorsqu'ils ont toujours été médecins du travail, ils ont fréquemment changé de type de service<sup>1</sup>, ou bien leur service a connu une modification de son public. Il en résulte une difficulté à caractériser les entretiens selon des secteurs d'activité ou des contextes précis d'exercice. Les

---

<sup>1</sup> Plusieurs médecins mentionnent d'ailleurs une certaine précarité des médecins eux-mêmes, qui sont parfois employés dans le cadre de vacations ou de remplacements.



propos des médecins ne peuvent que très partiellement être considérés comme significatifs de positionnements professionnels spécifiques, puisqu'ils se fondent bien souvent sur une expérience diversifiée. Autrement dit, il semble que les branches d'activités ou les types de services ne soient pas les éléments les plus déterminants dans la construction des points de vue des médecins, dans leur éthique professionnelle, dans leurs modes d'engagement professionnel. Nous serions plus enclins, sur la base des propos analysés, à suggérer que les identités professionnelles des médecins du travail sont étroitement liées avec les raisons qui les ont conduits à choisir de cette profession. On peut esquisser une distinction entre trois modes d'engagement dans le métier<sup>1</sup> : premièrement, les praticiens qui présentent leur choix comme une vocation et mettent en avant leur volonté de défendre et de protéger les salariés ; en deuxième lieu, ceux qui ont choisi la médecine du travail par goût pour la dimension technique et le travail « de terrain » ; enfin plusieurs médecins ont déclaré avoir opté pour une médecine salariée pour des raisons personnelles (c'est le cas en particulier des femmes).

### *c) La construction de « figures » par les médecins du travail*

Lorsque les médecins s'expriment sur la précarité, la précarisation et leurs liens avec la santé, ils s'appuient de façon implicite ou explicite sur des cas précis rencontrés au cours de leur activité professionnelle, ou sur des « types » plus généraux, plus proches d'archétypes construits sur un mode catégoriel. Nous avons qualifié de « figures » ces cas exemplaires ou ces profils typiques qui peuplent l'univers des médecins du travail. Ces figures reflètent la diversité des conditions d'exercice des médecins du travail, en lien avec les évolutions et la fragmentation du monde du travail (tertiarisation, augmentation du nombre de petites et moyennes entreprises, développement de l'intérim...). Elles révèlent les traits les plus significatifs du phénomène de précarisation aux yeux des médecins, les situations marquantes ou les plus paradoxales, face auxquelles la difficulté inhérente à l'exercice de la médecine du travail à se positionner entre point de vue

---

<sup>1</sup> Notons à ce propos que si les médecins ont volontiers reconnu qu'ils étaient bien placés pour témoigner des phénomènes à l'œuvre en matière de santé au travail, ils ont en revanche été plus réticents à parler d'eux-mêmes et de leur propre parcours, manifestant parfois une certaine résistance à être eux-mêmes les objets de l'enquête.

de l'employeur et point de vue du salarié tourne parfois au sentiment de perdre prise, de ne plus être en mesure de protéger la santé du salarié.

### **Les facettes plurielles de l'inaptitude**

L'enjeu de la déclaration d'(in)aptitude fait émerger plusieurs figures distinctes. La plus fréquente a été décrite dans la section consacrée au modèle de la sélection sociale par la santé : celle des hommes, travailleurs manuels encore relativement jeunes (40 à 50 ans), qui exercent un métier exposé, et qui suite à un accident du travail ou à l'apparition d'une pathologie invalidante sont susceptibles d'être déclarés inaptes à leur poste de travail. Nous avons vu combien ce type de situation est problématique pour les médecins, car chacun – médecin, employeur et salarié – sait que cette décision sera presque toujours (environ neuf fois sur dix disent les praticiens interrogés) synonyme de « sortie par l'inaptitude », avec un fort risque de chômage.

Un autre ensemble de cas où une éventuelle inaptitude peut poser problème est celui des jeunes travailleurs rencontrés en visite d'embauche pour des emplois précaires. Ici également, la plupart des médecins qui évoquent cette situation font état d'une même attitude : lorsque l'emploi est précaire, les enjeux de santé deviennent secondaires.

*« Je mettrai jamais de restriction d'aptitude à quelqu'un qui est en CDD, ça c'est sûr. (...) Donc il m'arrive souvent de dire : bon, vous êtes en CDD, vaut mieux qu'on parle pas trop de votre mal au dos pour l'instant... » (41) ;*

*« Il n'est pas question quand quelqu'un arrive de mettre des restrictions d'aptitude, parce qu'on sait très bien qu'avec le nombre de gens qui postulent les restrictions ça va être une sanction pour lui. Avant il y avait plus de possibilités, ça pouvait passer. Actuellement ça sanctionnerait plutôt. Donc on reste vigilants. C'est vrai que dans ma pratique, moi je laisse passer et on verra après » (22).*

Il faut rappeler que, pour les emplois intérimaires, le médecin doit prendre une décision en aveugle : lors de la visite d'embauche, il n'a guère de moyen de contrôler le contenu du poste. Il doit s'en tenir à ce que lui dit le futur salarié, qui lui-même ne connaît pas nécessairement l'entreprise où il va travailler : *« je ne sais pas où on va les mettre... Et ça c'est quelque chose personnellement qui me révolte en tant que médecin du travail. Je bâcle les entreprises intérimaires (...), et je ne trouve pas ça normal. Et ça fait vraiment un moment que je l'ai sur le cœur » (5).* L'angle mort est d'autant plus important

que les salariés intérimaires ont tendance à taire d'éventuels problèmes de santé pour ne pas risquer une restriction d'aptitude :

*« Quand ils viennent se faire embaucher pour 6 mois, ils ne vont pas me dire qu'ils sont sous antidépresseurs ou qu'ils ont mal au dos. Ils espèrent être aptes à tous points de vue » (13) ;*

*« L'intérimaire il n'a pas le choix, quand il y a un problème médical on est extrêmement gêné pour mettre une restriction parce qu'on sait que neuf fois sur dix ça veut dire qu'ils arrêtent la mission en ramenant leur fiche donc, ils serrent les dents et ils continuent » (32).*

Ce cas de figure est d'autant plus problématique que, comme le soulignent certains médecins, l'intérim est souvent l'ultime solution de maintien dans l'emploi pour des personnes que leur santé a déjà fragilisées : *« tous les gens qui ont des problèmes médicaux qui les ont amenés à être inaptes, qu'est-ce qu'ils ont comme formule pour bosser ? C'est l'intérim » (25).*

Si l'inaptitude est le plus souvent évoquée comme une décision pénalisante pour le salarié, il arrive que les médecins mentionnent la configuration inverse : ce sont alors les salariés qui s'affirment comme demandeurs d'inaptitude, et le médecin se voit plus ou moins mis en demeure de justifier cette demande en termes de santé, alors qu'elle leur apparaît plutôt comme une forme de « déprise<sup>1</sup> » pour des travailleurs vieillissants qui estiment avoir « assez donné » :

*« C'est très complexe, hein. Des fois, ils ont l'impression qu'ils vont avoir droit à l'invalidité deuxième catégorie, et qu'ils vont plus rien faire. Ils sont usés aussi : ils ont travaillé toute leur vie et ils ont l'impression que... bon, maintenant, j'ai assez travaillé, j'ai assez donné... donc je suis malade, donc on me doit quelque chose. C'est pas la majorité mais il y en a certains » (46).*

On sait que chez les personnes âgées, se définir comme étant en « mauvaise santé », ou simplement et de façon encore plus significative comme « fatigué », participe étroitement du processus de déprise. Et l'on peut penser qu'il en va de même chez des travailleurs confrontés à leur vieillissement au travail, et au sentiment grandissant de leur incompetence. Se placer alors sur le terrain de la santé et de la maladie peut correspondre à un processus de mise à distance de l'activité salariée, dans la préparation d'un retrait. Face à ce type de demande, les médecins répondent en général favorablement, dans la mesure où les salariés peuvent être

---

<sup>1</sup> BARTHE J.-F., CLÉMENT S., DRULHE M., « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 23/63, 1990 ; CLÉMENT S., MANTOVANI J., « Les déprises en fin de parcours de vie », *Gérontologie et Société*, n° 90, 1999.

pris en charge par d'autres dispositifs qui leur permettent de « partir dans des conditions sociales correctes » :

*« On a des gens qui paradoxalement qui sont demandeurs d'inaptitude. (...) On a des gens en fin de vie professionnelle, qui ne sont pas loin de la retraite, qui ne sont plus motivés, parce qu'au niveau travail on ne leur propose rien de plus, et qu'ils vont pas se mettre à chercher du travail à 55 ans. (...) Il faut boucler le dossier de façon que socialement, d'abord ils s'en sortent la tête haute, vis-à-vis de l'entreprise, si c'est une entreprise qui est prête à faire quelque chose, il faut travailler avec l'entreprise pour voir vis-à-vis des droits, on travaille avec l'assistante sociale pour savoir quel est le type de rupture de contrat qu'on fait » (42).*

Parce qu'elle implique de prendre en compte la situation personnelle du salarié dans sa pluridimensionnalité, cette négociation autour de l'inaptitude est « un moment où on a peut-être une appréhension plus approfondie de la situation précaire ou non du salarié, parce que quand quelqu'un sollicite une inaptitude, il montre ses cartes en fait, donc s'il y a une précarité, il nous dévoile vraiment la... la profondeur de la précarité » (49).

D'autres médecins sont plus réticents à « jouer le jeu » du salarié demandeur, estimant que sa requête porte atteinte à leur propre légitimité professionnelle : « souvent, les gars ils viennent à la visite, ils peuvent plus travailler mais ils ont aucune preuve, ils s'imaginent qu'on est pas des médecins, qu'on est juste des distributeurs de tickets, et ils veulent se faire mettre inaptés sur leur bonne mine. Ça arrive souvent » (40).

### **La pauvreté méritante face aux mutations de la condition salariale**

D'autres figures de précarité émergent lorsque les médecins évoquent la multiplication des contrats à temps partiel et de courte durée, les emplois aidés, l'intérim, en particulier dans certains secteurs d'activité : les services, les établissements médico-sociaux, la grande distribution, la restauration. Les situations de précarité se construisent ici autour de quelques figures marquantes, qui soulignent en premier lieu la condition des femmes et des jeunes, et qui sont parfois évoquées à travers des catégories construites historiquement dans le champ du travail social comme relevant d'une prise en charge spécifique (les femmes isolées, les femmes seules avec enfant, les jeunes en insertion...).

### ***La condition des femmes et particulièrement des femmes seules avec enfants***

Les médecins soulignent fréquemment les difficultés rencontrées par les femmes soumises à des formes prononcées de corvéabilité professionnelle. La figure

typique est ici celle des caissières de la grande distribution, exerçant en temps partiel avec des horaires de travail variables et éclatés. Les médecins mettent également en avant le cumul d'emplois, les enchaînements d'horaires de jour et de nuit, les tâches à forte charge physique et/ou mentale (ménages, soins aux personnes âgées, postes de services exposés aux relations avec des usagers), les longs trajets entre domicile et travail... :

« Il y avait **un supermarché** à M. où c'était pas triste. Ils avaient un espèce de petit **salon d'attente** si on peut dire où il y avait en permanence deux ou trois femmes qui étaient là et qui tricotaient, qui lisaient, qui faisaient ce qu'elles voulaient, et de temps en temps : ah **on a besoin de quelqu'un pour une heure !** – Pof y en avait une qui partait. C'est **vraiment de la démence !** » (34) ;

« La précarité, c'est aussi chez les **femmes jeunes qui travaillent en 2/8**, parce qu'elles sont très demandeuses de ça parce qu'elles récupèrent l'après-midi, c'est un nouveau déséquilibre pour la gestion des enfants, c'est très **déstabilisant**, alors elles sont très demandeuses, mais **ça a un prix** » (39) ;

« Une jeune fille de 22 ans, qui travaille le matin ou l'après-midi dans une maison familiale de retraite, et elle va faire des nuits dans une autre maison de retraite. En d'autres termes, lorsqu'elle a travaillé dans la maison familiale l'après-midi elle part faire son travail de nuit, et le lendemain elle recommence, et **c'est infernal** » (4).

A cette organisation du travail particulièrement déstructurée et instable s'ajoutent parfois des difficultés dans la vie personnelle (« des femmes jeunes, assez fragiles, qui font bien leur boulot mais qui ont une famille un petit peu perturbée aussi, qui sont divorcées ou qui ont des enfants... Il y a quand même un contexte », 7), et une charge de travail supplémentaire lorsque la personne vit en couple avec des enfants :

« **C'est la femme qui trinque** on va dire par rapport au travail, plus que l'homme. **C'est la femme qui sacrifie plus sa vie personnelle**, et donc au détriment de son sport et d'activités de loisirs personnelles, elle se sacrifie pour avoir une rentabilité au travail, je dirais aussi une rentabilité à la maison (...) vis-à-vis des enfants, parce qu'elle **garde quand même son rôle social au niveau des enfants** » (42) ;

« Une femme a déjà des conditions de travail plus difficiles donc elle est fatiguée quand elle sort du travail, **il faut encore qu'elle continue son travail à la maison**. Elle le fera d'autant plus difficilement, elle le vivra d'autant plus difficilement. Et ça s'associera parfois à des pathologies plus importantes de ce fait-là » (16).

On voit ici que ce qui fait précarité aux yeux du médecin dépasse largement le cadre du travail lui-même : c'est l'ensemble de l'existence de ces personnes qui est volontiers tout entière décrite comme une accumulation de contraintes à surmonter, de difficultés à assumer. On relève la récurrence des éléments qui construisent cette figure sur le plan moral : les médecins insistent en effet sur le caractère méritoire des femmes concernées par ce type d'intégration professionnelle dans des contextes de travail peu valorisés et aliénants, en particulier lorsqu'il s'agit des femmes célibataires (veuves ou divorcées) avec des enfants à charge. Cette figure de la

« femme seule » représente à elle seule le quart des situations individuelles évoquées par les médecins.

Les conséquences en matière de santé, lorsque les médecins les mentionnent, mêlent à la fois le registre de la souffrance morale et du mal-être, et celui des atteintes physiques liées à la pénibilité des tâches, comme l'exprime ce médecin à propos d'aides à domicile pour personnes âgées :

*« Elles ont **plein plein plein de facteurs de risques de ne pas supporter leur travail** et d'être abîmées par leur travail parce qu'elles ont non seulement des horaires atypiques et contraignants (...) qui font qu'il y a un impact fort sur la vie extra-professionnelle. Elles ont aussi le fait qu'elles travaillent dans un secteur qui est difficile physiquement, avec une **charge physique extrêmement lourde**, puisqu'il s'agit soit de faire des ménages soit d'aider des personnes âgées dans les soins. Et en plus, elles ont aussi le contact permanent avec le vieillissement, donc tout ce qui est **souffrance morale**, donc ce qui fait que l'on peut avoir des tableaux d'intolérance de ce travail qui est à la fois physique et... Des personnes qui peuvent faire des **dépressions extrêmement graves**, et **qui vont être inaptes à reprendre leur travail pour des raisons psychologiques** » (3).*

### ***Les « jeunes » face à l'intégration incertaine et au déclassement***

Une autre figure fréquemment évoquée par les médecins est celle d'hommes et de femmes jeunes (moins de 30 ans), qui vivent parfois depuis longtemps sous le régime des contrats à durée déterminée et des missions d'intérim, situation qui fait obstacle à leur indépendance et à leur intégration sociale : « il n'y a pas de projection dans l'avenir » (39) ; « pour les jeunes, c'est désespérant, on peut pas fonder une vie familiale, on peut pas... penser avoir des enfants, s'investir dans l'avenir » (36). L'intérim est souvent cité comme le « summum de la précarité », en particulier lorsque le salarié n'est pas qualifié : « ceux qui vont d'intérim en intérim... ceux qui font des petits boulots, pendant 8 jours, et puis qui n'ont rien pendant 3 mois, avec tout ce que ça peut comporter de difficultés financières, sociales, etc. » (48).

Cette figure apparaît dans des contextes professionnels divers, avec toutefois une plus forte présence des petites entreprises (surtout en milieu rural) qui proposent du travail saisonnier, ou des plus grands établissements mais qui ont un fort volant d'emplois de courte durée, ou bien encore dans certains contextes institutionnels (mairies, hôpitaux).

Précarité et précarisation se définissent dans ce cas de figure en référence à une situation de pauvreté induite par un marché du travail décrit comme de plus en plus éclaté.

Certains médecins tempèrent leur « diagnostic de précarité » en soulignant que ces situations correspondent parfois à une période provisoire d'entrée dans la vie active, et que l'on peut s'attendre à une évolution positive du rapport au travail et à l'emploi : *« tous les jeunes commencent comme ça... Pour trouver du travail au début on commence par des petits travaux à durée déterminée et puis on finit par trouver une place, ils finissent par trouver une place. J'en ai beaucoup qui sont embauchés, oui, quand même , ça fait plaisir d'ailleurs »* (5).

Mais lorsque la précarité s'installe, les médecins mettent en avant les répercussions sur la santé, surtout par le biais de formes de somatisation : *« ça transparait aussi au point de vue de la santé, c'est-à-dire qu'on peut avoir des somatisations, avec des gens stressés, angoissés et qui sont légitimement pas bien, qui ne dorment pas, des gens qui mangent, des gens qui fument, des gens qui boivent, de par cette anxiété et cette angoisse de l'insécurité de l'emploi, de ce qu'ils vont devenir. »* (22). La question de la santé se pose avec plus d'acuité encore lorsque ces jeunes salariés travaillent à des postes exposés (nettoyage, restauration, etc.) et qu'ils présentent des problèmes de santé affirmés de longue date : déficit visuel, épilepsie, asthme, diabète... Dans ce cas, la précarité professionnelle est moins en cause en tant que telle, il s'agit plutôt des conséquences de la multiplication des contrats de très courte durée pour des jeunes définis comme vulnérables d'un point de vue médical, en termes de santé physique et d'équilibre psychologique. Les médecins s'attachent alors à montrer que les conditions imposées à ces salariés fragiles, pouvant aller jusqu'à la mise à l'épreuve, présentent un risque notoire d'aggravation.

Dans ce registre apparaît également la figure des jeunes travailleurs pauvres et « déclassés », au sens du décalage existant entre leur niveau d'étude et l'emploi qu'ils occupent. Les médecins évoquent ainsi les *« jeunes qui ont des diplômes, avec des Bac + 3 (...), ils ont des emplois... de veilleurs de nuit ou d'employés d'une entreprise de nettoyage... qui ne correspondent pas du tout »* (15) ; les *« diplômées qui se retrouvent à travailler comme caissières, employées de service, à 20h par mois avec un salaire de misère. (...) Et puis aucune perspective d'avenir »* (17) ; ou encore ceux qui *« se retrouvent au Mac Do ou manutentionnaires en grande surface, ou qui viennent vendre des sapins à Noël, et après ce sont des gens qui se retrouvent en exclusion »* (23). La situation matrimoniale est un paramètre important : *« quand la personne est très jeune, sans encore de crédit à charge, je dirais on s'en sort... Mais après lorsqu'il y a une famille, un endettement, un crédit, une maison... l'accession à la propriété... ça devient très très critique »* (1). Le mérite de ces jeunes salariés est souligné :

victimes d'un marché du travail extrêmement sélectif et disqualifiant, ils acceptent de « prendre ce qu'ils trouvent ».

### **Les « harcelés »**

Dans ce registre de désignation par les médecins de ce que nous avons appelé la « pauvreté méritante », d'autres figures apparaissent plus sporadiquement. Ainsi les profils de personnes « harcelées », dont les caractéristiques recoupent en partie celles des femmes seules. Ces cas sont assez rarement cités mais valent d'être mentionnés dans la mesure où ils constituent l'essentiel des rares exemples dans lesquels apparaît la posture propre de l'employeur, qui en tant qu'individu participe à la précarisation du salarié. Ainsi un médecin rapporte le « cas d'une entreprise où l'employeur est infect » et « pousse à la faute » une salariée dans le seul but de « se débarrasser d'elle » (28).

Peu de médecins établissent un lien entre le thème de la précarité et celui du harcèlement. On trouve cependant ce rapprochement dans l'entretien effectué avec un médecin qui précisément s'est engagé dans une démarche de recherche sur ce thème au niveau local : « il y a une forme de précarisation qui fait que le harcèlement a plus de place, le harcèlement professionnel je dirais, a plus de place, parce qu'on peut tout se permettre... Ça c'est une tendance que je trouve plus importante, on peut tout se permettre parce qu'il y a du chômage, donc soyez heureux de bosser, même de bosser comme un imbécile... » (40).

Il arrive que ce type de situation fasse ressurgir le spectre de l'inaptitude, mais cette fois comme seule issue positive pour le salarié, comme dans le compte-rendu suivant :

*« L'an dernier j'ai fait une inaptitude pour ça. C'était une personne, bon elle avait demandé d'avoir une demi-journée, parce qu'elle avait des enfants. C'était **une dame qui ne plaignait pas son temps**, qui restait plus tard le soir, qui venait plus tôt le matin quand on en avait besoin... Bon ça ça lui a été refusé. Mais elle ne pouvait pas faire autrement donc elle n'y est quand même pas allée l'après-midi. Alors à partir de ce moment **l'employeur a fait des pressions**, lui a fait des courriers, tout ce qu'elle faisait c'était nul, ça n'allait pas bien, **il la prenait toujours en défaut**, bon quand vous avez quelqu'un qui vous prend à défaut même si vous faites correctement votre travail, il arrive un moment où vous allez faire une petite bêtise et alors ça s'est monté en épingle, ça a duré, après ça a été des menaces, après elle s'est arrêtée, **je l'ai mise en arrêt parce qu'elle n'en pouvait plus**, c'était des menaces chez elle par téléphone, par courrier... Elle est partie en dépression, ça a été 6 mois d'arrêt, et puis j'ai fini par faire une **inaptitude** » (7).*



Un médecin se montre particulièrement « interventionniste » sur les questions de harcèlement, et met en scène la confrontation avec l'employeur abusif :

*« Dans les cas de harcèlement par exemple, on informe systématiquement l'Inspection du travail. Nous, on est toujours en première ligne, parce que c'est toujours pareil : s'ils ont pas de plainte, de témoignages, c'est difficile d'intervenir pour l'Inspection du travail. Eux, ils doivent faire appliquer la loi. Mais il faut qu'ils aient du grain à moudre. Nous on leur en donne. Moi, dans ce cadre-là, je peux aller voir l'employeur, en lui disant : bon, moi je vais vous dire ce que moi j'en pense. (...) On lui dit : écoutez, on va informer l'Inspection du travail, on va bouger un peu de gens ! On le tient dans le collimateur. C'est une première démarche. Mais enfin, ce n'est pas facile » (46).*

Dans d'autres cas, le médecin se dit condamné à n'être qu'un spectateur impuissant, comme dans cette boulangerie où

*« ils étaient trois ou quatre salariés et ça a été repris par un autre employeur qui avait lui-même des gens à placer, et qui harcelait en permanence les employés de l'entreprise d'avant et les forçait à avoir des horaires pas possibles (...). Donc est venu ce jeune employé avec un zona aux épaules, il ne pouvait plus porter les sacs de farine ni remuer la planche qui sert à sortir le pain du fournil, et donc moi je lui ai conseillé de se mettre en arrêt maladie et c'est là qu'il m'a dit qu'il ne pouvait pas faire ça parce qu'il serait remplacé aussi sec. (...) Dans ces histoires de patrons tyranniques il y a toujours... enfin je remarque que les employés se serrent les coudes, et donc [ce salarié] s'arrange avec un commis qui manipule les sacs de farine et qui l'aide pour ce genre de tâches. Voilà pour ce cas-là. Parce qu'on n'a pas de moyens d'intervenir » (33).*

### **La précarisation comme processus généralisé : la peur des lendemains pour tous**

Une autre entrée sur les processus de précarisation, assez peu fréquente, désigne les salariés les mieux affiliés à l'entreprise. On retrouve ici le thème de l'insécurité sociale et la notion de « déstabilisation des stables », selon les termes de R. Castel.

Les salariés mentionnés dans le cas de figure exercent en CDI dans une entreprise de taille conséquente, à un poste qualifié. Ils jouissent donc d'une certaine stabilité de l'emploi et de ressources suffisantes pour réaliser leur projet de vie. Certains médecins les mettent pourtant en avant en insistant sur le sentiment d'insécurité professionnelle qui gagne le plus grand nombre, et font de ce sentiment le signe des processus de précarisation à l'échelle de la société du travail tout entière. Il s'agit là généralement du point de vue des médecins qui exercent en service autonome. Parmi les employés en CDI d'une grande entreprise, il y aurait ainsi une grande part « de gens qui se sentent menacés, de façon pas forcément logique, il y a une inquiétude » (38). Inquiétude des salariés dont l'établissement est menacé de fermeture, mais plus

généralement une « crainte du lendemain » qui pousse le salarié à « prouver à l'entreprise qu'on peut le garder » (50). Se dessine donc ici la figure de la précarité comme incertitude, qui concerne non seulement les salariés en contrats précaires mais aussi les plus « stables ». Les cadres peuvent être cités comme parangons de cette tendance de fond à la précarisation : « je vois des chefs du personnel en visite et ils craquent quoi, ils craquent » (2) ; « on voit des cadres comme ça, ils travaillent 12, 13, 14 heures par jour » (34). La santé est alors toujours convoquée : l'usure physique au travail n'est plus mentionnée, mais le stress, les troubles du sommeil, la dépression, qui « génèrent des comportements de type alcool, médicaments, surconsommation alimentaire » (38) :

*« C'est le genre de situation qui peut entraîner les gens vers des conduites un petit peu... qui peuvent être nuisibles pour leur santé, des conduites addictives, y a des gens qui vont tomber dans l'alcool, un laisser-aller, ou alors une tendance à être déprimé, puis être sous traitement... Donc là on peut voir de tout, des conséquences bien sûr sur le plan psychologique, importantes... Mais avant d'en arriver là ce sont des gens qui viennent dans un état de stress finalement permanent, d'angoisse, d'anxiété, soit parce que je vous dis c'est la peur de perdre l'emploi, à cause des complications générales de l'entreprise, soit parce que c'est leur poste qui est... » (15).*

### **Penser le désengagement ou la moindre affiliation au travail**

Les différentes figures évoquées jusqu'ici se caractérisent par leur « positivité » : qu'il s'agisse de salariés physiquement usés, de femmes seules confrontées à des formes de corvéabilité, de jeunes salariés en recherche d'intégration professionnelle, tous ces exemples ont en commun, dans le discours des médecins, d'être fortement associés à des formes de mérite personnel : les médecins louent la ténacité, le courage, l'abnégation dont font preuve ces salariés, ils insistent sur leur forte affiliation au travail dans un contexte socio-économique décrit comme de plus en plus défavorable. Dans la plupart des cas, le discours des médecins manifeste une position de soutien du salarié. Mais les propos des médecins mettent parfois en scène des figures plus ambivalentes, définies de façon moins positive, et parfois dans un registre franchement péjoratif.

Ces formulations, minoritaires mais non exceptionnelles, sont le fait de médecins qui conçoivent la précarité comme un état inhérent au non-travail volontaire, ou aux confins entre travail et désœuvrement. Les médecins semblent éprouver une certaine difficulté à penser les modalités et les causes d'un rapport plus distancié au travail.

Ce désengagement est souligné essentiellement chez des salariés relativement jeunes, dont les médecins estiment qu'ils n'adhèrent pas (ou peu) au modèle d'intégration par le travail, le logement normé, etc. Pèse alors sur eux le soupçon de « précarité choisie » : « *c'est une précarité petit peu consentie* » (40) ; « *ils ne veulent pas jouer le jeu* » (42) ; « *c'est peut être la jeunesse qui veut ça. (...) Je pense que des fois c'est un choix de travailler en intérim* » (49). La figure de l'« intérimaire permanent » illustre bien la perplexité des médecins face à ces comportements qu'ils peinent à expliquer : « *il y en a qui le vivent très bien. Ça m'arrive de temps en temps de voir, surtout chez les jeunes, des gens jeunes qui bossent depuis 5 ans en intérim par exemple, à qui on propose des embauches et qui refusent, et préfèrent travailler comme ça parce qu'ils gagnent mieux leur vie, et en plus ils n'ont pas d'attaches donc aller à droite ou à gauche, à 200 kilomètres, ça les gêne pas* » (25).

Ici la précarité n'est plus décrite comme un moment dans une trajectoire, mais prend plus radicalement le statut d'un état propre à l'individu, et le caractère d'un choix tout aussi radical, celui de l'auto-exclusion. Les médecins parlent alors des « *marginiaux qui vivent mal, qui vivent de RMI, de chômage, de petits travaux à droite et à gauche, voilà, de la débrouille* » (2) ; de ceux qui « *rêvent un peu et qui feraient mieux de prendre un balai et une serpillière mais bon ils ne veulent pas. (...) Les gens ils rêvent, ils se voient décorateurs d'intérieur, avec toutes les formations, ils n'ont même pas le BEPC quoi... Il y en a beaucoup qui rêvent* » (13).

La responsabilité se situe alors davantage du côté du salarié que du côté des employeurs ou du monde du travail en général :

*« Il y a des personnes qui sont en état de précarité mais il y en a qui sont en partie responsables. (...) J'ai vu une personne qui avait demandé instamment à un patron – elle était employée en CDD – de la prendre en CDI. C'est une personne qui avait des tas de problèmes financiers et tout, et à partir du moment où la personne a eu un CDI c'est l'absentéisme continué quoi. Et donc je crois que des personnes vont entretenir ce phénomène de précarité. C'est-à-dire que la personne en question elle va être licenciée tôt ou tard, cela ne va pas continuer, elle va se retrouver dans la même situation, alors bon, on peut épiloguer très longtemps sur qui est responsable, mais voilà ce que l'on peut avoir. C'est ce que je veux dire, il peut y avoir un aspect tout à fait personnel dans la précarité »* (28).

Une autre figure du désengagement se dessine à propos de travailleurs d'âge moyen (30-40 ans), insatisfaits dans leur travail et qui sollicitent le médecin pour une aide dont la nature est parfois confuse. Celui-ci se trouve alors en situation de porte-à-faux dans la mesure où il n'y a pas véritablement de problème de santé. Je rapporterai ici le cas détaillé d'une femme de 42 ans employée de restauration collective :

« Une dame, qui est dans la précarité, elle est seule, enfin **elle dit qu'elle est seule, je pense qu'elle a un compagnon**, elle dit qu'elle est seule. Elle a 2 enfants. C'est un exemple de personne qui était au RMI et qui a eu un contrat de retour à l'emploi dans une entreprise, donc l'entreprise a bénéficié – enfin devait bénéficier d'aides, et en fait au bout d'un mois et demi, elle a arrêté, je crois qu'elle avait un contrat de 2 ans. **Elle aura été présente peut-être 2 mois en 2 ans dans l'entreprise**. Arrêt de travail après arrêt de travail, reprise 8 jours puis paf, malade... Enfin bon. On a fait du travail d'aménagement de poste, elle a eu des horaires aménagés... **Elle n'a pas joué le jeu**. On n'a pas pu avoir le siège tout de suite pour qu'elle puisse s'asseoir de temps en temps, bon ben le soir même elle m'appelait – en plus c'est quelqu'un qui au **niveau professionnel me prend énormément de temps, c'est une heure à chaque fois**.

(...) **Moi j'ai marché au niveau reclassement**, adaptation du poste, après elle m'a dit : c'est pas possible, j'ai très mal, donc **elle a eu des examens très lourds, qui ont coûté une fortune**, IRM et tout, une prise en charge hospitalière énorme (...) et **on n'a pas trouvé grand-chose**. Donc là je lui ai dit : écoutez, je suis désolée, on a aménagé votre poste, on a trouvé des solutions, **vous n'avez pas joué le jeu**. J'ai été obligée de lui dire : **attention à la pathologie du poil dans la main ! Il a fallu que je sois un peu plus ferme avec elle**, qu'elle comprenne qu'en fait on avait usé de tous les stratagèmes.

(...) **J'ai eu une phase très indulgente**, où vraiment on a foncé sur tout ce qui était aménagement de poste, **puis là je suis passée à une phase plus défensive**, où j'ai dû lui mettre les points sur les i. Qu'à 42 ans si elle s'insérait pas ça allait être très dur quoi. (...) Le médecin de la Sécu a joué le jeu dans mon sens, pour qu'on ait le poste aménagé, elle n'a pas suivi, moi je lui ai bien expliqué qu'on ne pouvait pas avoir tout de partout **hein** » (42).

Cet exemple illustre l'ambivalence du statut des plaintes dans l'exercice médical, analysé notamment par N. Dodier. D'un point de vue médico-administratif, les plaintes doivent faire l'objet d'une investigation afin de déterminer leur degré de correspondance avec une réalité objective : le médecin cherche des « preuves », il « ne peut pas se suffire de la plainte pour déclencher une intervention dans l'entreprise, il a besoin, en plus, de quelque chose d'"objectif"<sup>1</sup> ». Dans le pôle de la sollicitude clinique en revanche, les plaintes sont considérées comme des « symptômes » en tant que tels, et le souci de la preuve est mis entre parenthèses : « agir comme médecin du travail, ici, ne consiste pas à passer les plaintes au crible d'une objectivité d'expert, mais à faire quelque chose pour le salarié tant qu'il continue à se plaindre<sup>2</sup> ».

Dans le récit rapporté ci-dessus, on voit bien apparaître le changement de posture du médecin du travail qui après avoir tenté de répondre dans un premier temps à la requête de cette personne et s'être heurté à ce qu'il considère comme un manque de volonté et de motivation, cesse de se situer dans le pôle de la sollicitude pour

<sup>1</sup> DODIER N., *L'expertise médicale, op. cit.*, p. 130.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 153.

revenir à la position de l'expert qui se prononce sur le caractère non fondé des plaintes exprimées.

Un autre médecin cite l'exemple d'un homme de 40 ans, employé d'une entreprise de moquette, qui « *n'a pas envie de forcer. (...) Il y a aussi quand même dans quelques cas, la non-motivation profonde des salariés* ». Une procédure de reclassement comme travailleur handicapé est en cours, mais le médecin souligne les « illusions » du salarié quant aux possibilités qui s'offrent à lui : « *peut-être qu'il sera dans une grande surface, peut-être caissier, peut-être rien du tout* », et généralise en parlant des « gens qui pensent pouvoir vivre d'une pension d'adulte handicapé, d'une pension d'invalidité de la Sécu ou... Ils pensent que peut-être ils vont avoir des allocations... Ils pensent que la COTOREP va leur donner une allocation, c'est faux. (...) Ils sont mal renseignés, et ils se disent : bon c'est pas la peine de se fatiguer à travailler on va peut-être avoir une rémunération de quelque part. Et ils n'ont rien » (23).

Dans l'ensemble, ce type de représentations identifiables chez les médecins lorsqu'ils perçoivent une moindre affiliation au travail soulève plus d'interrogations qu'il ne permet d'informer les processus à l'œuvre. Les médecins ne précisent pas, par exemple, si cette « démotivation » qu'ils observent peut être considérée comme un effet « pervers » de la précarisation du travail... Les doutes, les hésitations, les incertitudes exprimés par les médecins quant à la qualification de ces salariés « intermittents » reflètent les ambiguïtés de la posture professionnelle face aux dynamiques de marginalisation, sur lesquelles la médecine du travail, dans sa pratique habituelle, s'avère avoir assez peu de prise.

Cette analyse des propos recueillis auprès de médecins du travail fait donc apparaître un ensemble de résultats qui confirment, en premier lieu, le caractère hybride de leurs rôles, de leurs statuts et de leurs pratiques.

Plusieurs schèmes et modèles explicatifs de la précarité ont été identifiés, convoqués par les médecins de façon non exclusive en fonction de ce qui, dans les situations rencontrées, leur semble déterminant. Ces schémas généraux renvoient parfois, on l'a vu, à des univers de représentation classiques (la pauvreté, l'aliénation). Dans d'autres cas, des figures et des processus plus récents et moins stabilisés sont mentionnés.

Les référentiels d'articulation de la santé et de la précarité sont eux aussi diversifiés. La question de l'inaptitude résume bien le plus commun d'entre eux, celui de l'usure au travail : le travail, dans certaines conditions, use les corps et les esprits au

point de les rendre à terme incapables de continuer l'activité sans danger. Au-delà de cette thématique très prégnante, d'autres propositions apparaissent plus timidement et dans une problématique moins assurée : l'exemple le plus net prend la figure de l'intérimaire, objet difficile à saisir pour les médecins, qui peinent à envisager ce type d'expérience comme résultant d'une part de choix.

C'est en fait la question des valeurs qui est sous-jacente, et plus délicate à cerner dans le cadre de la médecine du travail : quels sont les changements récents dans la valeur accordée au travail, et quels sont les rapports entre la valeur travail et la valeur santé ? C'est au fond un débat plus large qui est ainsi amorcé, celui sur le risque, que les médecins du travail perçoivent à travers les paroles recueillies au cours de leurs consultations : le risque d'un travail qui porte atteinte à la santé mis en parallèle avec le risque de perdre son emploi dans un contexte de fort taux de chômage : « dans la plupart des cas on n'a pas toutes les cartes en main, par conséquent on fait le choix au détriment soit du travail, soit de la santé... » (33).

Au-delà de ces représentations du monde social et des univers de la précarité et de la santé, les médecins décrivent avant tout leur pratique professionnelle comme un art du compromis (« de toute façon il faut négocier de toutes parts, avec le salarié, avec l'employeur, c'est propre à notre métier », 43) – compromis avec les employeurs, mais aussi avec les salariés et, pourrait-on dire, avec leurs propres idéaux professionnels et éthiques qui se heurtent bien souvent à une relative impuissance. Loin de la posture d'expertise médico-administrative telle qu'elle peut apparaître dans les réglementations professionnelles, les récits des médecins mettent en scène un ensemble de décisions, de controverses et de jugements où le médical, le « social » et « l'humain » se mêlent étroitement.

### **3. La production d'une double expertise confrontée aux réponses des salariés**

---

Pour mener à son terme le principe de mise en perspective de différents points de vue sur les relations santé-travail-précarité, il reste à confronter les jugements des médecins du travail et les réponses des salariés interrogés par questionnaire. Dans quelle mesure la double expertise – sociale et médicale – élaborée par les médecins

est-elle concordante avec les appréciations portées par les salariés sur leur propre situation, tant dans le registre de la précarité que dans celui de la santé ? Dans cette recherche systématique des recoupements et des décalages entre les diagnostics des médecins et les réponses des salariés, il est évident qu'aucun des deux points de vue n'est considéré a priori comme plus « vrai » que l'autre. On souscrit ici à la suggestion de N. Dodier : « il n'est d'aucun intérêt d'affirmer sans justification solide que les ouvriers ont une "meilleure" (ou "moins bonne") connaissance des causes de leur état de santé que les experts médicaux. Il serait sociologiquement utile de noter par contre, sans prétention au jugement, les différences entre les constructions des savoirs professionnels et profanes en la matière<sup>1</sup> ». Cela vaut également pour la dimension de la « précarité », à ceci près que dans ce domaine, médecins et salariés sont tous « profanes »...

### *a) « Précarité » : les jugements des médecins, les réponses des salariés*

Je m'arrêterai dans un premier temps sur les caractéristiques générales de la population que les médecins ont estimée « précaire ». Je présenterai ensuite les « critères de précarité » tels que l'on peut les dégager des argumentaires des médecins, puis je mettrai en regard les jugements des médecins et les réponses des salariés pour chaque aspect où cette comparaison est possible.

### **Qui sont les salariés désignés comme « précaires » ?**

Les « diagnostics de précarité » élaborés par les médecins répartissent la population en 110 salariés désignés comme « précaires », 67 désignés comme « non précaires », 10 pour lesquels les médecins n'ont pas su répondre et l'on mentionné explicitement, et enfin 13 questionnaires non renseignés.

---

<sup>1</sup> DODIER N., « La construction pratique des conditions de travail : préservation de la santé et vie quotidienne des ouvriers dans les ateliers », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 2, 1985, p. 32.

Les 10 questionnaires qui ont plongé les médecins<sup>1</sup> dans la perplexité ont été jugés *à la fois précaires et non précaires*. « *Non à l'heure actuelle point de vue emploi, mais oui point de vue conditions de travail et santé* » ; « *non du point de vue financier, mais oui du point de vue moral : ne s'entend pas avec ses collègues de travail et doit s'occuper à la maison d'un mari malade* » ; « *oui car contrats d'une semaine renouvelables chaque semaine, mais non car l'enquêté désire bouger et refuse les CDI* » ; « *oui et non : trajectoire incertaine* » : ces quelques exemples montrent bien que la pluralité des paramètres (statut de l'emploi *vs* conditions de travail, situation objective *vs* « vécu » subjectif, sphère professionnelle *vs* vie hors travail...) complexifie le jugement et fait hésiter les médecins.

Nous avons estimé que ces réponses hybrides pouvaient être regroupées avec la réponse « non » car elles n'indiquent pas clairement un jugement de précarité.

Il peut également être intéressant de signaler quelques cas où le médecin a changé d'avis après passation du questionnaire : des salariés initialement choisis pour leur appartenance au groupe des « précaires » (puisque c'était la consigne donnée aux médecins) se sont révélés « non précaires » après avoir répondu au questionnaire ; et inversement, certaines informations auxquelles les médecins ont accédé par le biais de l'enquête les ont amenés à considérer comme « précaires » des salariés qui au départ, sur la foi des informations dont ils disposaient, ne l'étaient pas.

Les salariés « précaires » et « non précaires » se distinguent-ils au regard du sexe, de l'âge et du type d'emploi ?

---

<sup>1</sup> 7 de ces 10 questionnaires proviennent du même médecin, qui se trouve être un membre du Comité de pilotage - donc l'un de ceux qui ont probablement le plus « réfléchi » à la question de la précarité. En l'occurrence, il semble que cette réflexion fait naître davantage de doutes qu'elle n'apporte de critères tranchés.



**Les salariés désignés comme « précaires » et « non précaires »  
selon le sexe, l'âge et l'emploi<sup>1</sup>**

	Sexe	Age	Emploi
« Non précaires » n=77	Hommes 53%	35-44 ans 21% 45 ans et + 32%	OQ 17% Employés 27% Int. & sup. 25%*
« Précaires » n=120	Femmes 53%	- 25 ans 21% 25-34 ans 44%	P. de service 38%* ONQ 25%*
<i>Ensemble</i>	<i>Hommes 50%</i> <i>Femmes 50%</i>	<i>- 25 ans 17%</i> <i>25-34 ans : 39%</i> <i>35-44 ans 17%</i> <i>45 ans et + 27%</i>	<i>P. de service 30%</i> <i>ONQ 21%</i> <i>OQ 13%</i> <i>Employés 21%</i> <i>Interm. &amp; sup. 15%</i>

On voit que les salariés jugés « précaires » par les médecins sont un peu plus souvent des femmes, et qu'ils appartiennent aux classes les plus jeunes (65% de moins de 35 ans). Les salariés occupant des emplois de personnels de service et d'ouvriers non qualifiés sont significativement plus présents dans la population « précaire ».

Au niveau synthétique qui est celui des *classes d'expériences du travail et de l'emploi*, on note que les salariés désignés comme « précaires » ne se répartissent pas de façon équitable : ils appartiennent préférentiellement à la classe de l'intégration incertaine (48%\*), puis à celle de l'intégration laborieuse (27%) ; tandis que 44%\* des salariés qui aux yeux des médecins ne relèvent pas d'une situation précarisée se rattachent à l'intégration assurée (les 56% restants se répartissant équitablement dans les trois autres classes).

Rentrons maintenant dans le détail des arguments avancés par les médecins pour justifier leur diagnostic de précarité.

**Les critères de précarité selon les médecins**

Il était demandé aux médecins d'explicitier leur jugement sur la précarité en quelques mots. Après dépouillement de leurs réponses écrites pour chaque

<sup>1</sup> Lecture : les hommes représentent 53% de la population désignée comme « non précaire », pour 50% dans l'ensemble de l'échantillon. Les astérisques indiquent les corrélations significatives au sens du khi<sup>2</sup> (p<7%).

questionnaire où une situation de précarité était reconnue, 6 registres ont été dégagés dans ces justifications au titre de « critères de précarité ».

Pour 110 diagnostics de précarité, 197 occurrences de ces « critères de précarité » ont été relevées, ce qui indique déjà que le jugement porté par les médecins est bien souvent multidimensionnel. La définition des critères ainsi que leur fréquence est donnée ci-dessous.

#### *1. Précarité de l'emploi (83 occurrences)*

Sous ce critère ont été regroupées les réponses des médecins mettant en avant le statut non durable du contrat (CDD, intérim), les temps partiels subis, et l'existence d'une menace sur l'emploi (restructuration prochaine de l'entreprise). On peut ajouter que les médecins ont souvent mentionné en complément l'absence de correspondance entre le niveau de qualification et le niveau de l'emploi occupé (situations de sur-qualification).

#### *2. Pénibilité du travail (18 occurrences)*

Ce sont ici les conditions de travail qui font précarité aux yeux des médecins : horaires décalés, morcelés, changeants, corvéabilité, travail pénible et fortement contraint.

#### *3. Précarité des conditions de vie (35 occurrences)*

Ce critère repose essentiellement sur une appréciation de la situation financière des salariés : sont considérés comme signes de précarité le fait d'avoir un revenu très faible ou irrégulier, ou même le fait d'être célibataire avec des enfants à charge.

#### *4. Mauvaise santé (17 occurrences)*

Les salariés concernés ici sont ceux dont les médecins estiment que leur état de santé physique ne leur permettra pas, à court ou moyen terme, de se maintenir dans leur emploi actuel ; ou dont le maintien dans l'emploi actuel ne peut que donner lieu à de graves troubles de santé. On retrouve ici le référentiel évoqué plus haut : une dégradation de la santé (parfois à la suite d'un accident de travail) est considérée comme facteur potentiel ou avéré de précarisation du rapport à l'emploi.

5. *Mal-être (13 occurrences)*

Ce critère rassemble les références faites par les médecins à la « souffrance », au « mal-être », aux « difficultés psychologiques » qu'ils perçoivent chez les salariés.

6. *Autres critères (31 occurrences)*

Il s'agit ici essentiellement de cas où l'absence de qualification scolaire et/ou professionnelle du salarié a infléchi le jugement des médecins, leur faisant estimer que la personne a peu de chances de trouver un emploi stable et/ou de progresser dans son parcours professionnel. On peut noter qu'à plusieurs reprises, c'est moins l'absence de qualification qui attire l'attention des médecins que l'impossibilité d'en acquérir une, pour des raisons de « *niveau intellectuel* » ou de méconnaissance de la langue française notamment.

Ont également été classées dans cette catégorie des réponses très diverses qui ont trait au parcours de vie (salariés immigrés, parcours marqués par des ruptures familiales...), à l'origine sociale (être issu de « *quartiers difficiles* »), à des formes de marginalité ou d'instabilité personnelles et de « *dilettantisme* » professionnel, ou bien même au seul fait d'être une femme.

Lorsque les médecins n'ont mentionné qu'un seul critère (cas de figure observé pour 48 questionnaires), il s'agit trois fois sur quatre de la précarité et/ou de l'insécurité de l'emploi (34 occurrences)<sup>1</sup>. Mais le plus souvent (62 questionnaires), plusieurs critères se combinent. La combinaison la plus fréquente (15 occurrences) définit la précarité à la fois dans le registre de l'emploi et dans celui des conditions de vie, surtout pour des cas de temps partiel contraint ou de contrats très courts qui entraînent une vulnérabilité financière. Une autre combinaison relativement fréquente associe la précarité de l'emploi et un critère « autre », essentiellement l'absence de qualification et/ou un parcours de vie marqué par une forte mobilité géographique (11 occurrences). Toutes les autres combinaisons de deux, trois ou même quatre critères concernent 1 à 5 questionnaires à chaque fois.

On a cherché à voir si certains critères étaient en affinité marquée avec des catégories d'âge, de sexe et d'emploi. Des associations significatives peuvent être relevées entre :

---

<sup>1</sup> Viennent ensuite les critères « autres » (5 fois), la santé (4 fois), les conditions de travail (3 fois), les conditions de vie et le mal-être (1 fois chacun).

- le critère de la mauvaise santé et la classe d'âge des plus de 45 ans,
- le critère du « mal-être » avec cette même classe d'âge ainsi qu'avec le groupe des salariés exerçant comme personnels de service,
- le critère « autre » avec les hommes et les ouvriers non qualifiés.

On note que ces résultats convergent largement avec ceux obtenus à partir des réponses des salariés (les salariés de 45 ans et plus sont effectivement plus souvent en mauvaise santé, etc.).

Ainsi, si la fragilité du rapport à l'emploi et l'incertitude sur le devenir professionnel restent des arguments majeurs, les conditions de vie, la pénibilité du travail, l'état général de la personne et certains aspects de sa situation et de son parcours personnel interviennent également dans la production de cette expertise sociale. Cette diversité des critères de précarité est cohérente avec la multiplicité des définitions de la précarité par les médecins analysée précédemment.

### **Médecins et salariés : regards croisés sur la précarité**

Pour mettre en perspective les deux points de vue, il semble nécessaire de distinguer deux mouvements analytiques :

- le premier prend pour point de départ les argumentaires des médecins et cherche à voir dans quelle mesure les réponses des salariés les recourent. Il s'agit donc de déterminer, parmi les salariés désignés comme « précaires » au regard de chaque critère, combien présentent effectivement les caractéristiques mentionnées par les médecins pour justifier leur diagnostic (exemple : parmi les salariés désignés comme « précaires » à cause de la pénibilité de leurs conditions de travail, combien ont des conditions de travail mauvaises ou seulement moyennes ?) ;

- mais la confrontation des deux points de vue (salariés-médecins) nécessite de développer également le raisonnement inverse : parmi les salariés qui présentent, selon leurs propres déclarations, des caractéristiques pouvant évoquer une forme de précarisation, combien ont été jugés « précaires » par les médecins, et combien l'ont été explicitement au titre de ces caractéristiques précises ? (exemple : parmi les salariés qui travaillent dans de mauvaises conditions, combien ont été désignés comme « précaires », et combien l'ont été selon le critère de la pénibilité du travail ?).

Parmi les 6 critères de précarité formulés par les médecins, 5 peuvent donner lieu à une comparaison avec les réponses des salariés. Seul le critère « autre », trop hétéroclite, ne peut pas être systématiquement mis en regard avec les questions adressées aux répondants. En effet, si l'on peut vérifier que lorsque le médecin souligne l'absence de qualification, le diplôme ou le niveau scolaire déclaré par le salarié est en effet assez bas, il est impossible de trouver un point de comparaison pour des jugements tels que « *instabilité* », « *peu de moyens intellectuels* », « *peu de motivation* », « *retour à l'emploi difficile* », etc.

### *Précarité et insécurité de l'emploi*

Ce critère, qui a été évoqué à 83 reprises, se décompose en 3 sous-critères : la précarité contractuelle de l'emploi, le temps partiel subi et l'insécurité de l'emploi. Ces 3 aspects du rapport à l'emploi ayant été renseignés par les salariés, la comparaison est possible.

<u>Des médecins aux salariés</u>	<u>Des salariés aux médecins</u>		
Salariés jugés "précaires" selon l'emploi n=83	Salariés en contrat précaire n=96	Salariés ayant le sentiment de pouvoir perdre leur emploi n=62	Salariés exerçant en temps partiel contraint n=32
↓	↓	↓	↓
Et présentant au moins 1 des 3 sous-critères n=76	Et jugés "précaires" <sup>1</sup> n=71* (dont 55 selon l'emploi)	Et jugés "précaires" n=48* (dont 33 selon l'emploi)	Et jugés "précaires" n=27* (dont 24 selon l'emploi)
Taux : 91% <sup>2</sup>	Taux : 74%	Taux : 77%	Taux : 84%

On note que la convergence est forte entre les jugements des médecins et les réponses données par les salariés. 91% des répondants jugés « précaires » pour des raisons liées à leur rapport à l'emploi présentent en effet au moins l'une des trois caractéristiques mises en avant par les médecins. Reste à éclaircir le cas des 7

<sup>1</sup> Certains médecins n'ayant pas argumenté leur diagnostic, on ne peut pas savoir quel critère a été significatif à leurs yeux. C'est pourquoi je fais apparaître les effectifs correspondant au jugement global (« précaire ») en plus des effectifs pour chaque critère précis.

<sup>2</sup> Je raisonnerai par commodité en pourcentages, même si la plupart des effectifs sont inférieurs à 100.

salariés qui ne présentent aucune de ces caractéristiques, et que les médecins ont tout de même jugés « précaires » pour des raisons liées à l'emploi :

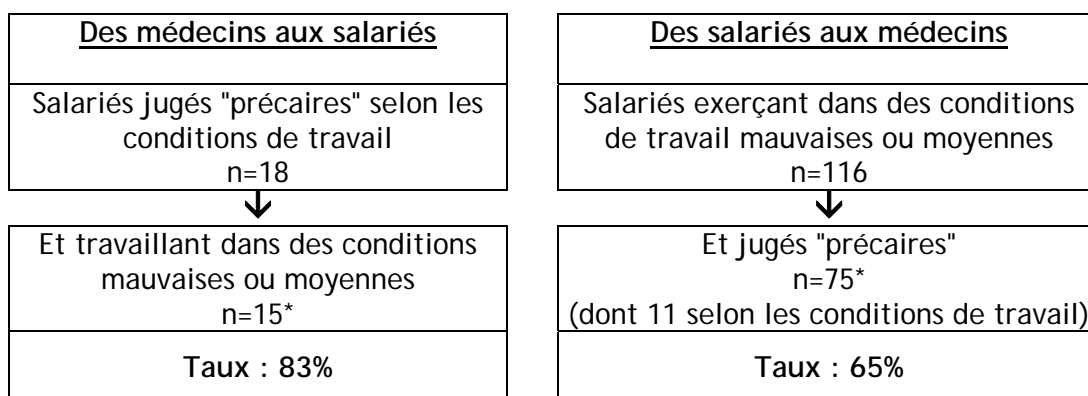
- dans 5 cas, le médecin met en cause le temps partiel qu'il juge contraint, alors même que la personne a répondu qu'elle était satisfaite de son temps de travail. Il semble qu'ici, le simple fait de travailler à temps partiel fasse précarité aux yeux des médecins, quelle que soit l'opinion du salarié à ce sujet ;

- deux médecins mentionnent un risque de perte d'emploi (non déclaré par le salarié) qui ne leur semble pas écarté par le CDI occupé par le répondant (l'un de ces deux médecins met en avant un projet d'externalisation qui pourrait concerner le répondant).

Dans l'autre sens, en prenant pour population de départ celle des salariés, on voit que même si les taux de recoupement sont moins élevés, au moins les trois-quarts des situations qui présentent une forme de précarité d'emploi ont fait l'objet d'un diagnostic de précarité. Notons tout de même qu'un quart des salariés en contrat précaire n'ont pas été jugés « précaires » par les médecins, ce qui confirme que le statut de l'emploi n'est pas toujours un critère discriminant en tant que tel.

### *Pénibilité du travail*

Ce critère que certains médecins ont mentionné peut être mis en regard avec le score de conditions de travail déterminé à partir des réponses données par les salariés.



Parmi les 18 salariés pour qui les médecins ont estimé que des conditions de travail difficiles et pénibles étaient un critère de précarité, 13\* sont effectivement confrontés à des mauvaises conditions de travail, et 2 à des conditions de travail

seulement moyennes. Qu'en est-il pour les 3 salariés qui, d'après leurs propres réponses, travaillent dans de bonnes conditions, et pour qui les médecins ont mis en avant la pénibilité du travail ?

- dans le premier cas, il s'agit d'une coiffeuse salariée. Le médecin du travail mentionne un « *rythme de travail élevé* », bien que la répondante estime de son côté que son temps de travail est suffisant pour tout faire, et qu'elle n'est pas soumise à un rythme imposé ;

- pour une femme exerçant comme agent de service hospitalier, le médecin parle d' « *amplitudes horaires très variables en fonctions des remplacements* ». La répondante déclare quant à elle que ses horaires lui conviennent et qu'elle peut les discuter, bien que par ailleurs elle exerce en temps partiel contraint ;

- enfin, une employée de société de nettoyage exerce, selon le médecin, des « *travaux pénibles* » (cette salariée ne fait pourtant état d'aucune dégradation des conditions de travail). Mais le médecin mentionne également la « *survenue de problèmes de santé (diabète)* » qui selon lui rendront nécessaire une reconversion pour raisons de santé. Ce n'est donc pas la pénibilité du travail en tant que telle qui est en cause ici, mais son interaction avec une santé altérée (la répondante s'estime d'ailleurs en mauvaise santé, elle éprouve une fatigue permanente et n'arrive pas à « récupérer », et estime que sa santé est en danger à court ou long terme).

Lorsque les médecins ont mis en avant la pénibilité du travail, les réponses des salariés sont donc très largement convergentes. Cependant, si l'on explore la relation inverse, on est frappé de constater que sur les 116 salariés qui, d'après leurs réponses, sont confrontés à des conditions de travail partiellement dégradées, les deux tiers seulement ont fait l'objet d'un diagnostic de précarité. En particulier, parmi les 42 salariés ayant de mauvaises conditions de travail et désignés comme « précaires », seulement 9 argumentaires mentionnent les conditions de travail comme critère de précarité : les 33 cas restants sont « précaires » pour d'autres raisons (précarité ou insécurité de l'emploi, difficultés financières, absence de qualification...) ou ne sont pas jugés « précaires » (notamment pour ceux qui exercent en CDI). On observe donc que les médecins sont relativement peu enclins à considérer comme un critère de précarité le fait que les salariés jugent leurs

conditions de travail comme difficiles, surtout s'ils sont en CDI<sup>1</sup>. La pénibilité du travail ne « fait » précarité aux yeux des médecins que si elle est associée à une forme de précarité contractuelle (et, cela est souvent lié, financière) ou de menace sur l'emploi, ou si elle s'accompagne de problèmes de santé qui risquent de compromettre l'intégration professionnelle des salariés (on trouvera fréquemment ce type d'argument dans la construction du pronostic de santé, cf. section suivante). De plus, la notion de pénibilité elle-même n'est pas toujours facile à définir pour les médecins, comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant avec un jeune médecin de service interentreprises :

*« C'est très difficile de se mettre dans la peau de quelqu'un d'autre. C'est ce qu'on essaie de faire hein, mais c'est très difficile, euh... (...) Parce que... Pénibilité, bon... (...) J'ai une impression générale parce que j'ai des entreprises où c'est... un peu "rustre", on va dire, les conditions de travail sont... c'est plus manuel, c'est plus à l'extérieur, bon... Je dirais que c'est pénible dans ce sens-là, bon, c'est pas chauffé, il y a des entreprises où c'est à l'extérieur, c'est pénible on peut dire... (...) C'est assez dur au niveau santé, bon, c'est des agriculteurs, donc **ils sont habitués à des choses assez dures**, ce qu'un citadin ne pourrait pas, enfin, **il faudrait une adaptation pour un citadin**, pour s'habituer aux mêmes conditions de travail. Donc, bon... je ne sais pas, je... **Pour eux, c'est pas rude, pour moi c'est rude**. Pour quelqu'un du bâtiment par exemple : est-ce que pour vous quelqu'un qui travaille dans le bâtiment c'est rude ?*

- Oui, pour moi oui, certainement !

- Oui, pour moi aussi ! Mais lui, au contraire, il est à l'air, euh... Bon il soulève des tonnes hein c'est sûr, dans la journée, mais bon... **il se voit pas toujours dans une condition précaire** alors que finalement, on sait que c'est un métier où il y a le plus de risque d'accident, d'accident grave... Bon, précaire, après, **c'est très subjectif...** » (49).

On voit ici que le médecin hésite à qualifier de « précaires » certaines catégories de salariés qui certes effectuent des travaux physiques relativement usants et dangereux, mais qu'eux-mêmes ne perçoivent pas comme tels. Cette définition « subjectiviste » de la pénibilité ne mène donc pas nécessairement à un diagnostic de précarité.

### ***Précarité des conditions de vie***

Deux questions adressées aux salariés peuvent être croisées avec le critère de précarité selon les conditions de vie : le revenu mensuel pour le ménage et l'appréciation portée par le salarié sur la situation financière de son ménage.

---

<sup>1</sup> 19 répondants exercent en CDI, sans sentiment de précarité, avec un temps de travail qui leur convient, et connaissent de mauvaises conditions de travail. Parmi eux, 8 seulement sont désignés comme « précaires », dont 6 pour des raisons liées à la pénibilité du travail.



<u>Des médecins aux salariés</u>		<u>Des salariés aux médecins</u>	
Salariés jugés "précaires" selon les conditions de vie n=35		Salariés dont le revenu est inférieur à 5000 F n=50	Salariés déclarant des difficultés ou des dettes n=58
Et déclarant un revenu inférieur à 5000 F n=20*	Et déclarant des difficultés ou des dettes n=31*	Et jugés "précaires" n=42* (dont 20 selon les conditions de vie)	Et jugés "précaires" n=49* (dont 22 selon les conditions de vie)
Taux : 57%	Taux : 88%	Taux : 84%	Taux : 84%

La convergence entre médecins et salariés est nettement plus importante avec la variable « subjective » portant sur l'appréciation de la situation financière qu'avec la variable par tranches de revenu. Ce haut degré de recoupement n'a rien d'étonnant dans la mesure où nous avons vu que la figure de la pauvreté était un élément fréquemment évoqué par les médecins dans leurs définitions de la « précarité ».

### *La mauvaise santé comme critère de précarité*

Ce critère, qui participe au diagnostic de précarité pour 17 salariés, sera associé au pronostic de santé étudié dans la section suivante.

### *Souffrance et mal-être*

A 13 reprises, les médecins ont mis en avant la présence de formes de souffrance morale, de mal-être ou de « déprime » au titre de critères de précarité.

Deux items du questionnaire peuvent être considérés comme l'expression, du point de vue des salariés, de ce type d'expérience : le fait d'avoir éprouvé des difficultés psychologiques fortes dans les derniers mois, et le fait de souffrir de quelque chose – lorsque ce « quelque chose » relève d'une souffrance morale.

<u>Des médecins aux salariés</u>		<u>Des salariés aux médecins</u>	
Salariés jugés "précaires" selon le mal-être n=13		Salariés déclarant des difficultés psycho. n=85	Salariés déclarant une souffrance morale n=41
Et déclarant des difficultés psychologiques n=10*	Et déclarant une souffrance morale n=6*	Et jugés "précaires" n=53* (dont 9 selon le mal-être)	Et jugés "précaires" n=31* (dont 5 selon le mal-être)
Taux : 77%	Taux : 46%	Taux : 62%	Taux : 76%

Parmi les 13 salariés qui ont fait l'objet d'un diagnostic de précarité mettant en avant une forme de mal-être ou de souffrance morale, un seul ne déclare ni difficultés psychologiques ni souffrance<sup>1</sup>. On peut donc considérer que lorsqu'ils mentionnent ce type de critère, les médecins se fondent étroitement sur les propos des salariés. En revanche, la relation inverse se vérifie dans une ampleur bien moindre. Bien que l'on remarque les associations significatives entre difficultés psychologiques ou souffrance morale et diagnostic global de précarité, une très petite partie de ces diagnostics mentionnent explicitement la souffrance ou le mal-être. Ce résultat se comprend dans la mesure où, pour une part des médecins, la situation « morale » des salariés n'entre pas dans les composantes de la précarité, sauf dans les cas relativement rares où ils ont estimé que cet état moral pouvait nuire à leur intégration professionnelle.

De tous les critères de précarité, celui-ci est probablement le plus étroitement lié à la nature de la relation qui s'est instaurée entre le salarié et le médecin du travail. En effet, lorsqu'ils argumentent sur ce thème, les médecins adoptent un ton particulièrement personnel. Ils quittent le point de vue de l'expert pour se placer en témoins privilégiés à l'écoute des plaintes exprimées. Ils rapportent alors des récits et des bribes d'histoires de vie que l'on sent issus d'un moment de confiance, voire d'épanchement de la part du salarié. L'exemple ci-dessous est particulièrement

<sup>1</sup> Le cas de cette personne a été décrit en illustration de la classe de l'intégration laborieuse (chapitre IV, §2e). Il s'agit d'un agent de police municipale « très dépressif » (selon le médecin) et sur le point de changer de poste de travail (il est actuellement gardien de cimetière).

significatif de ce type de compte-rendu. Il s'agit d'une femme de 26 ans occupant un emploi de surveillante interclasses en CDD :

*« Cette jeune femme est actuellement dans une situation matérielle et psychologique très difficile. Récemment séparée de son conjoint (qui a la garde de ses deux filles de 4 ans et 17 mois), elle vit avec sa compagne et les 2 enfants de celle-ci, mais assume mal son homosexualité. Son emploi ne semble pas de nature à améliorer sa dépression latente » (10).*

Cette personne a fait état de difficultés psychologiques fortes dans la période récente, et déclare souffrir « de l'injustice sociale<sup>1</sup> ».

D'autres cas sont décrits sur le mode de la « chute sociale », comme pour cet homme de 56 ans :

*« Malgré un emploi stable qui lui assurait des revenus réguliers, cet agent s'est rapidement marginalisé après son divorce. A la suite de tentatives de sevrage alcoolique qui ont rapidement échoué, il a dû accepter un reclassement sur un poste d'agent d'entretien peu gratifiant. Il vit aujourd'hui dans le plus grand isolement, sans amis ni relations sociales, rejeté aussi bien par sa famille que par ses collègues de travail » (33).*

De son côté, cet homme a déclaré avoir éprouvé des difficultés psychologiques fortes au cours des derniers mois, mais sa souffrance ne se décline pas sur le plan moral : il mentionne une « insuffisance hépatique ».

Les jugements des médecins et les réponses des salariés ne sont donc pas entièrement convergents. Tantôt le médecin semble aller au-delà des déclarations des salariés, identifiant des formes de précarité là où le répondant n'en fait pas mention ; tantôt à l'inverse le médecin résiste à catégoriser en termes de précarité des difficultés ou des « handicaps » d'ordre divers signalés par les salariés. Ces résultats confirment finalement que la « précarité », vue par les médecins, est une notion à géométrie variable, dont la composante professionnelle (et en particulier contractuelle) peut être, selon le médecin, quasi exclusive ou presque secondaire.

Il est difficile d'aller plus loin dans cette tentative d'analyse en miroir, dont il faut souligner les limites : une véritable comparaison aurait nécessité de demander aux salariés eux-mêmes de s'identifier comme « précaire » ou « non précaire<sup>2</sup> ».

---

<sup>1</sup> J'ai contacté cette personne pour un entretien, mais après qu'elle ait à plusieurs reprises reporté le rendez-vous, elle m'a fait comprendre qu'elle ne souhaitait pas me rencontrer car elle se sentait trop mal moralement.

<sup>2</sup> Cela a été fait presque systématiquement en entretien, et il en ressort que la « précarité » est tout aussi protéiforme pour les salariés que pour les médecins...

## ***b) Santé : pronostics des médecins et perceptions des salariés***

Deux composantes du jugement des médecins en matière de santé peuvent être mises en regard avec les déclarations des salariés :

- le critère de précarité pour des raisons de santé, qui a été mentionné pour 17 salariés,
- l' « avenir de santé » pronostiqué par les médecins pour 171 répondants.

### **L' « avenir de santé » selon les médecins du travail**

De la même façon qu'ils étaient sollicités pour argumenter leur diagnostic de précarité, les médecins ont eu à répondre en quelques mots à la question suivante : « *comment estimez-vous l'avenir de santé de cette personne par rapport à son activité professionnelle ?* ». Chaque salarié a ainsi fait l'objet d'un pronostic médical, que l'on peut considérer comme le résultat d'un jugement d'expertise de santé au travail. L'analyse de contenu montre que les réponses des médecins se situent à un double niveau : soit le pronostic se fonde sur la situation et l'état de santé *actuels*, en présupposant que ceux-ci restent stables ; soit le pronostic tient compte par *anticipation* des évolutions possibles ou probables de la situation professionnelle et de l'état de santé du salarié. Les réponses des médecins ont été classées en 3 catégories :

#### *1. Avenir de santé bon ou en probable amélioration (97 réponses)*

Les médecins justifient ici leur diagnostic positif ou optimiste par des arguments à la fois médicaux et non médicaux, renvoyant aux conditions de travail (« *pas de nuisances ni de pénibilités au travail* »), à l'évolution possible du statut de l'emploi (« *possibilité de CDI* »), à l'entourage relationnel du salarié (« *soutien de l'entourage* », « *vie familiale satisfaisante* »), ou à des caractéristiques personnelles (« *capacité à positiver* »). En l'absence de grave problème de santé actuelle, les médecins examinent les autres paramètres dont ils peuvent avoir connaissance, et concluent à un avenir de santé qui ne devrait pas se dégrader.

### 2. Avenir de santé comportant certains risques (63 réponses)

Les risques dont font état ici les médecins relèvent de deux grandes catégories : d'une part les classiques risques professionnels (exposition à des contaminations infectieuses, usure physique, exposition à des toxiques...), qui ne peuvent que nuire à l'avenir de santé si rien n'est fait pour protéger le salarié ; et d'autre part des risques plus orientés vers la santé mentale (les difficultés, pénibilités ou insatisfactions au travail risquent d'entraîner une souffrance psychologique pour le salarié et une « somatisation » éventuelle). Les médecins citent également des cas où le travail interfère négativement avec un état de santé déjà fragile (par exemple, des horaires éclatés qui entraînent une mauvaise hygiène alimentaire et aggravent un diabète déjà déclaré, ou bien une embauche qui fait repousser à plus tard la prise en charge de certains problèmes de santé comme une opération chirurgicale).

### 3. Avenir de santé mauvais ou en probable dégradation (11 réponses)

Les raisons invoquées par les médecins pour ce pronostic pessimiste reposent essentiellement sur le fait que, pour ces salariés, la continuation du travail actuel est rendue impossible soit par des problèmes de santé, soit par des caractéristiques « morales » ou mentales du salarié (« la personne se sent incapable d'efforts », « handicapé mental (TOC<sup>1</sup>) », « dépression latente »). Autrement dit, ces personnes vont très probablement faire l'objet d'une déclaration d'inaptitude (quand ce n'est pas déjà le cas lors de la consultation associée à l'enquête).

Les pronostics élaborés par les médecins ne font pas apparaître de différence sensible entre les sexes. Les ouvriers qualifiés sont légèrement sur-représentés parmi les salariés dont l'avenir de santé est jugé « mauvais ». Surtout, l'âge marque une spécificité des deux tranches extrêmes : aucun salarié de moins de 25 ans ne fait l'objet d'un pronostic de mauvaise santé, tandis que les salariés de 45 ans et plus sont significativement associés à cette modalité.

On peut souligner que les jugements des médecins en matière de précarité et d'avenir de santé sont liés entre eux : les salariés désignés comme « précaires » sont 45%\* à faire l'objet d'un pronostic de « risque », et 10%\* à relever d'un avenir de santé « mauvais » ; tandis que les « non précaires » ont un avenir de santé jugé

---

<sup>1</sup> Trouble obsessionnel compulsif.

« bon » dans les trois-quarts\* des cas. La désignation de la précarité est donc largement convergente avec celle des salariés en plus grande difficulté dans les rapports travail-santé.

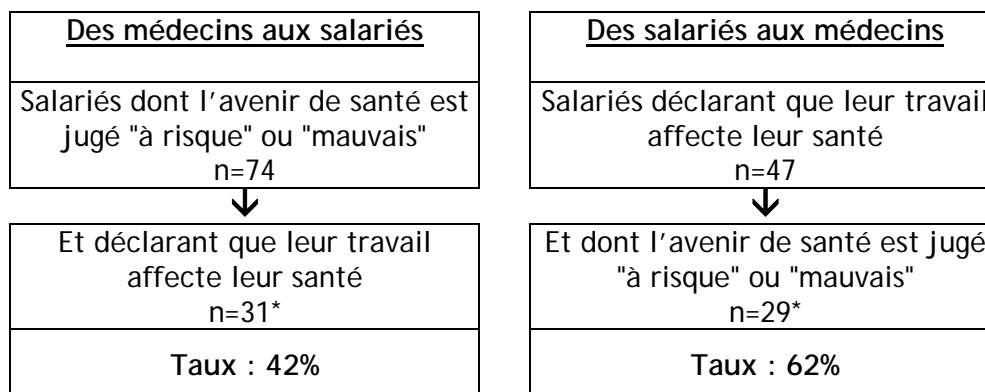
Le croisement avec les classes d'expériences de la santé fait déjà apparaître des affinités certaines entre la santé perçue par les salariés et les pronostics des médecins : lorsque l'avenir de santé est jugé « bon », les salariés appartiennent surtout aux classes de la souffrance (44%\*) et de la très bonne santé (26%\*). Lorsque des risques sont identifiés par les médecins, un tiers des salariés (35%\*) relèvent de la classe de la mauvaise santé, et un autre tiers de celle de la souffrance. Enfin, 10 des 11 salariés dont l'avenir de santé est jugé « mauvais » se placent dans la classe de la mauvaise santé.

Parmi les 17 salariés jugés « précaires » pour raison de santé, aucun n'a fait l'objet d'un pronostic positif : l'avenir de santé a été jugé « à risque » pour 10 d'entre eux et « mauvais » dans 6 autres cas (à quoi s'ajoute une non-réponse). On peut donc considérer que le pronostic de santé recouvre les diagnostics de précarité selon la santé, et ne conserver que le premier aspect dans la confrontation avec les réponses des salariés.

Du côté des salariés, quelles questions peuvent être mises en regard avec le pronostic médical ? Celle qui correspond le plus exactement avec le pronostic médical est la question des *effets négatifs du travail sur la santé*. Les médecins étaient en effet sollicités pour évaluer non pas l'état de santé en tant que tel, mais l'avenir de santé de chaque salarié « par rapport à son activité professionnelle ». Néanmoins, les deux aspects étant étroitement liés, il semble pertinent de prendre également en compte l'auto-évaluation de la santé, même si elle correspond de façon plus indirecte. Pour ce faire, je ne retiendrai que la question portant sur l'état de santé actuel, que l'on peut considérer comme la plus synthétique (tous les répondants qui s'estiment en « mauvaise santé » déclarent par ailleurs au moins l'un des aspects suivants : difficultés physiques et psychologiques au cours des derniers mois, sentiment de ne pas pouvoir « récupérer », perte de sommeil, sentiment que la santé est en danger à court ou long terme).

## Perception d'effets négatifs du travail sur la santé et pronostic médical

Si l'expertise des médecins et le jugement des salariés étaient en parfaite concordance, on devrait observer que le pronostic médical et la perception d'effets négatifs du travail sur la santé se recouvrent totalement.



Moins de la moitié des salariés dont l'avenir de santé est jugé « à risque » ou « mauvais » perçoivent des effets négatifs du travail sur leur santé. Ce résultat se comprend dans la mesure où c'est précisément le propre de la compétence des médecins que d'anticiper en extrapolant à partir de la situation actuelle et d'envisager des atteintes potentielles non encore apparentes, tandis que les salariés ont été interrogés sur leur perception actuelle et sur les effets déjà sensibles de leur travail sur leur santé. Cela explique que 43 salariés ayant fait l'objet d'un pronostic médical réservé ou négatif ne déclarent pas, de leur côté, que leur travail puisse affecter leur santé.

Dans ces cas où des atteintes avérées ne sont pas perçues par les salariés, les arguments des médecins relèvent de 3 registres principaux.

Le premier correspond au modèle étiologique décrit précédemment : les conditions de travail et d'emploi sont susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé à moyen ou long terme,

- soit par le biais d'atteintes physiques directes :

« Risque de maladie professionnelle (surdité) lié au bruit et de problèmes ostéo-articulaires liés à la manutention et aux gestes répétés » (un opérateur sur machine en CDI) ;

« Les expositions aux produits pourraient poser problème compte tenu de son asthme, **bien que jusqu'à présent elle n'a pas rencontré de difficulté** » (une coiffeuse intérimaire) ;

« Poste de travail comportant le ménage de l'ensemble des locaux d'une maison de retraite. Très pénible et impossible à tenir à terme dans les conditions actuelles, **même si elle ne s'en rend pas encore compte**. Ou il y a évolution du poste ou il y aura arrêt pour

*problèmes physiques à plus ou moins court terme* » (une femme agent de service en CDI) ;

*« Entreprise aux conditions de travail difficiles avec un fort turn over. Pas d'avenir professionnel. Combien de temps tiendra-t-elle le coup à ce poste ? A mon avis on peut prévoir une précarité durable... avec sans doute, tôt ou tard, des répercussions sur la santé »* (une téléprospectrice en CDI) ;

- soit par la médiation de processus de « somatisation » :

*« Vieillesse prématurée - syndromes dépressifs itératifs - somatisation (sur le plan digestif), liés à l'incertitude de sa situation professionnelle accompagnée d'une grande lucidité (impossibilité de retrouver un emploi fixe à son âge : 52 ans) »* (une aide-puéricultrice en CDD)

*« Souffre d'anxiété et spasmophilie sans en attribuer la cause à la précarité, mais si la situation se prolonge les répercussions psychologiques s'aggraveront et s'accompagneront de diverses formes de somatisation »* (une secrétaire en CDD).

Outre ce modèle mettant en scène une possible dégradation de la santé liée aux activités professionnelles et à la précarité de l'emploi, le modèle de la détérioration de la santé faute de soins et de prévention est parfois convoqué :

*« Exemple type de travail précaire qui pourra avoir à la longue des effets néfastes. Pas d'argent pour se prendre en charge médicalement. A terme on assistera à une précarisation de sa santé »* (un femme agent de service hospitalier en CDD)

*« **Bien qu'elle n'en ait pas conscience**, sa situation précaire la conduit à négliger sa santé (mauvais état dentaire, pas de suivi gynécologique, mauvaise hygiène alimentaire), ce qui pourrait être lourd de conséquences à moyen terme »* (une manutentionnaire dans une boulangerie industrielle en CDD).

Enfin, un troisième type d'argumentation concerne les salariés dont la santé est déjà fortement dégradée. Dans ce cas, l'activité professionnelle est secondaire dans un pronostic de toute façon pessimiste :

*« Son avenir est très sombre à la fois du fait de la maladie et de sa grande détresse sociale »* (une garde-malade en CES atteinte de sclérose en plaque)

*« Personnalité fragile, plusieurs tentatives d'autolyse, problèmes familiaux, plusieurs hospitalisations en psychiatrie, très mauvais état général »* (un ouvrier non qualifié en intérim)

*« Très handicapé par ses troubles obsessionnels compulsifs, cet agent va subir un reclassement professionnel. Il perdra de ce fait la gratification sociale que lui apportait sa fonction de policier municipal, ce qui ne peut qu'aggraver sa dépression. Son avenir de santé me semble donc très sombre ».*

Lorsqu'ils formulent un pronostic réservé ou négatif, les médecins puisent donc dans leur connaissance globale des répercussions sanitaires possibles des contenus et des contextes d'activité professionnelle<sup>1</sup>, connaissance qui n'est pas celle des

---

<sup>1</sup> Ils appliquent des « clichés généraux » ou des « clichés locaux » qui définissent la personne par son appartenance à un groupe d'individus caractérisés collectivement par l'exposition à tel ou tel risque professionnel, cf. : DODIER N., *L'expertise médicale, op. cit.*



salariés interrogés sur leur état actuel. Mais on observe qu'un décalage symétrique existe : 11 répondants ont le sentiment que leur travail affecte leur santé et ont pourtant fait l'objet d'un pronostic positif. Comment expliquer ce constat ? La confrontation des avis médicaux et des réponses des salariés montre que ces non-recoupements recouvrent deux types de situations :

- dans certains cas le salarié perçoit des conséquences - effectives ou potentielles - de son travail sur sa santé qui ne sont pas considérées comme pertinentes par le médecin. Par exemple, un soudeur-chaudronnier estime qu'il est exposé à un risque de « surdité », tandis que le médecin juge que son avenir de santé en lien avec son activité professionnelle ne pose « *pas de problème particulier* ». Quant à cet agent de médiation métro-bus en emploi jeune, le médecin ne fait pas grand cas des atteintes qu'il déclare (« *problèmes de dos car il faut rester toujours debout* ») : « *je suis moins inquiète que lui. Il somatise dans le sens où il traduit en risques pour sa santé ce qui m'apparaît à moi comme une angoisse par rapport à son avenir professionnel* ». Ces exemples de non-concordance peuvent être vus comme des cas de conflit d'interprétation entre l'expertise médicale et le point de vue « profane » ;

- les autres cas de divergence correspondent à des situations où l'optimisme du médecin s'appuie sur la probabilité d'un changement à court terme dans le parcours professionnel du salarié. Le raisonnement adopté est du type : oui, actuellement l'activité professionnelle a des répercussions sur la santé, mais il est très probable que ces effets disparaissent avec la stabilisation ou la progression dans l'emploi (« *avenir de santé bon car il finira par obtenir un poste en CDI au sein de l'entreprise* ») - ou avec la cessation d'activité, comme dans l'exemple suivant : « *usure professionnelle, mais devrait récupérer une fois à la retraite* » (une employée de restauration collective de 56 ans, qui mentionne la « *fatigue physique* » au titre des effets négatifs du travail).

Finalement, et après explication des cas de non-concordance entre les perceptions de salariés et les pronostics des médecins, on constate que les deux points de vue sont dans l'ensemble très convergents (plus qu'ils ne l'étaient dans le registre de la précarité).

## Santé perçue et pronostic médical

Il s'agit maintenant d'élargir la mise en perspective des pronostics médicaux et des perceptions des salariés en prenant en compte l'auto-évaluation de la santé actuelle, dont on a retenu la modalité la plus négative (« mauvaise santé ») mais aussi la modalité intermédiaire de la « bonne santé », car nous avons vu qu'elle regroupe des répondants dont la santé peut être partiellement dégradée.

<u>Des médecins aux salariés</u>		<u>Des salariés aux médecins</u>	
Salariés dont l'avenir de santé est jugé "à risque" ou "mauvais" n=74		Salariés s'estimant en mauvaise santé n=21	Salariés s'estimant en bonne santé n=133
Et s'estimant en mauvaise santé n=20*	Et s'estimant en bonne santé n=47	Et dont l'avenir de santé est jugé "à risque" ou "mauvais" n=20*	Et dont l'avenir de santé est jugé "à risque" ou "mauvais" n=47
Taux : 27%	Taux : 63%	Taux : 95%	Taux : 35%

On voit que les salariés dont l'avenir de santé comporte certains risques ou s'annonce comme nettement négatif perçoivent eux-mêmes leur santé comme franchement mauvaise (20 répondants) ou seulement « bonne » (47 répondants). Seuls 4 salariés ont un avenir de santé jugé « à risque » et s'estiment pourtant en très bonne santé. Parmi eux, on peut citer le cas d'une auxiliaire de puériculture dont le médecin estime qu'elle est exposée à des risques de contamination infectieuse et de problèmes vertébraux, et qui s'estime en très bonne santé malgré des douleurs dorsales.

La surface de recoupement entre les deux points de vue est encore plus grande lorsqu'on part des réponses des salariés : la quasi-totalité de ceux qui déclarent être en mauvaise santé ont un avenir de santé « à risque » (n=13) ou « mauvais » (n=7). Quant aux salariés dont la santé est « bonne », ils sont seulement un tiers à faire l'objet d'un tel pronostic (ce qui n'est pas surprenant puisque cette modalité est très hétérogène).

On peut ajouter que certains commentaires des médecins laissent penser qu'au-delà de l'état de santé lui-même, c'est l'appréciation qu'en fait le salarié, et plus généralement son « attitude », qui amène le médecin à orienter son pronostic, et cela en positif... :

« Ce monsieur occulte un passé de grosses interventions chirurgicales pour malformation d'un pied. Mais je suis **optimiste** compte tenu de son **tempérament globalement positif** » (un livreur en CDI)

... comme en négatif :

« Très **pessimiste** : elle dit qu'elle ne peut plus rien faire, ni rester debout ni être assise longtemps » (une employée de restauration collective).

Au total, la correspondance entre l'opinion des médecins sur l'avenir de santé des salariés et le propre sentiment des salariés sur leur santé actuelle est donc forte.

Au terme de ce chapitre passé en compagnie de ces « go between » que sont les médecins du travail, une remarque importante pour l'enquête peut être faite : compte tenu de la grande diversité des définitions de la « précarité » et des critères de désignation des individus qui en relèvent, on peut considérer que le « biais » consistant à passer par des médecins du travail pour recruter les salariés interrogés par questionnaire et par entretien est très peu sélectif : les médecins ont balayé très largement le spectre de la « précarité » en y incluant des formes de fragilité, de vulnérabilité et d'incertitudes très variées.

Un constat transversal peut être mis en relief : de façon très nette, les médecins sont déstabilisés dans leurs pratiques et dans leurs représentations par les processus de précarisation du travail dans leurs multiples manifestations. Bien qu'ils soient aux « premières loges » pour décrire ces phénomènes - ou peut-être à cause de cette immersion à la fois permanente et fragmentaire -, ils apparaissent souvent très désarmés pour rendre compte des transformations qu'ils perçoivent sans toujours pouvoir en expliciter le sens, encore moins y faire face dans leur exercice professionnel<sup>1</sup>. Ils sont plus à l'aise lorsqu'ils s'expriment sur la santé en lien avec le travail, mais même dans ce registre où ils sont a priori dans leur élément, des incertitudes se font jour : les « somatisations » des salariés en insécurité professionnelle relèvent-elles vraiment de leur domaine de compétences ? Où s'arrêtent les effets pathogènes du travail et où commencent ceux de la vie hors travail, elle-même largement déterminée par la situation professionnelle ? Comment tenir leur rôle lorsque la précarité-mobilité des salariés fait qu'une

---

<sup>1</sup> Cette expérience est partagée par d'autres intervenants dans les milieux professionnels, par exemple les inspecteurs du travail, cf. : LAFOUGÈRE M., « L'Inspection du travail dans un monde en mutation. Les défis auxquels elle est confrontée », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 46<sup>e</sup> année, 1992, pp. 43-55.

grande partie des enjeux de santé au travail échappe à leur appréhension, et plus encore à leur action ? Que devient leur expertise médicale lorsqu'elle est subordonnée à des paramètres sociaux qu'ils ne maîtrisent pas mais dont ils se sentent obligés de tenir compte ? Ces interrogations ne sont pas radicalement nouvelles, mais les dynamiques de précarisation qui reconfigurent actuellement le monde du travail les rendent de plus en plus cruciales et complexes pour ces praticiens qui, malgré un dévouement qu'il faut souligner, expriment une profonde perplexité et un grand sentiment d'impuissance.

\*  
\* \*

A l'issue de cette approche en trois moments des liens qui se nouent entre santé et précarisation du travail, on peut d'abord souligner que les résultats tant quantitatifs que qualitatifs amènent à réaffirmer l'aspect problématique de la conciliation santé-activité professionnelle dans le contexte des processus de précarisation du travail et de l'emploi (et de leurs échos en termes de précarisation sociale). Ces deux volets de l'enquête midi-pyrénéenne rejoignent en effet les nombreux travaux d'horizons variés qui mettent en avant le caractère pour le moins préoccupant des enjeux de santé aux prises avec les évolutions contemporaines du monde du travail.

Mais au-delà de ce constat d'ensemble, une double diversité est mise en lumière. Celle, d'abord, des traits pertinents de chaque registre d'expérience, et donc de leur articulation : les relations entre santé et précarisation du travail ne sont décidément pas réductibles à quelques principes de « cause à effet » qui permettraient de rendre compte de la plupart des réalités observées. Au contraire, tant à travers les déclarations des salariés que dans les discours des médecins, il apparaît clairement que ces interrelations sont pluridimensionnelles, multiformes, parfois contradictoires, et se présentent plutôt comme des entrecroisements complexes et changeants au fil des parcours. Diversité, ensuite, des interprétations élaborées par les salariés comme par les médecins, et pluralité des logiques d'acteurs mises en œuvre dans les différentes situations rencontrées.

En explorant « de l'intérieur » les expériences des salariés, la troisième partie va apporter des éléments essentiels pour une compréhension approfondie de tout ce

que l'enquête statistique laisse dans l'ombre, et de tout ce que les médecins ignorent ou devinent sans y accéder complètement.

**- TROISIÈME PARTIE -**

**PARCOURS PROFESSIONNELS  
ET HISTOIRES DE SANTÉ :  
LA CONSTRUCTION SOCIALE ET  
BIOGRAPHIQUE DES EXPÉRIENCES**



Dans les chapitres précédents, la relation santé-précarisation du travail a été appréhendée au prisme de trois modes d'intelligibilité distincts et complémentaires : d'abord à travers un bilan documentaire et théorique (chapitre III), puis sous l'angle des perceptions et des jugements des salariés tels qu'ils ont pu être saisis et analysés par le biais de l'analyse statistique (chapitre IV), et enfin du point de vue professionnellement construit des médecins du travail (chapitre V). Les trois chapitres de cette dernière partie sont consacrés à l'analyse approfondie des expériences des salariés. Il s'agit, à partir des 30 entretiens recueillis, de comprendre comment les parcours professionnels (chapitre VI) et les histoires de santé (chapitre VIII) se construisent au fil de la trame biographique, puis d'analyser comment ces deux registres de l'existence s'entrecroisent à la fois objectivement et subjectivement (chapitre VIII). L'attention sera donc tournée vers les différentes « mises en intrigue<sup>1</sup> » élaborées par les salariés, leurs perceptions, leurs jugements, leurs interprétations, qui sont à mettre en rapport avec les différents contextes socioprofessionnels, familiaux, matériels dans lesquels ils s'inscrivent.

Avant d'entrer dans cette exploration, il me semble nécessaire de préciser le mode de constitution du corpus, et d'explicitier brièvement la démarche méthodologique et théorique qui a guidé à la fois le déroulement des entretiens et l'analyse des propos ainsi recueillis.

---

<sup>1</sup> « La mise en intrigue est l'opération qui tire d'une simple succession une configuration », in RICŒUR P., *Temps et récit*, 3. *Le temps raconté*, *op. cit.*



Les salariés ayant répondu au questionnaire étaient sollicités pour « accorder, dans les semaines à venir, un entretien à un membre de l'équipe de recherche », aux lieu et heure de leur choix, et sous garantie d'anonymat.

Sur 200 répondants au questionnaire, 188 ont répondu à cette question, dont 101 positivement, et 57 parmi les personnes ayant été désignées comme « précaires » par les médecins du travail<sup>1</sup>. La variété de situation et de parcours des personnes rencontrées est à l'image de la diversité des définitions de la « précarité » pour les médecins. Les salariés rencontrés (24 femmes et 6 hommes) sont âgés de 21 à 54 ans ; et leur répartition par catégorie d'emploi, bien que diversifiée, fait apparaître une majorité d'emploi non ou peu qualifiés.

15 entretiens ont été réalisés à la suite d'un questionnaire. 14 autres ont été effectués ultérieurement, toujours par le biais des médecins du travail, mais cette fois hors questionnaire. Enfin, un entretien a été effectué avec le conjoint de l'une des personnes ayant répondu au questionnaire<sup>2</sup>.

Il a souvent été difficile d'obtenir un rendez-vous avec les personnes. Il est arrivé plusieurs fois qu'un premier rendez-vous ait été reporté, à la demande de l'enquêté, pour des raisons d'emploi du temps (horaires de travail notamment) modifié de façon imprévue. Mais surtout, de nombreux entretiens n'ont pas pu avoir lieu, bien qu'un premier contact positif ait été pris. Reports réitérés se soldant par une annulation définitive, absences renouvelées de la personne au moment du rendez-vous : il est clair que certaines personnes, qui avaient donné leur accord au moment du questionnaire, ne souhaitaient finalement pas faire l'entretien. Quant aux difficultés à prendre rendez-vous et à obtenir que l'entretien ait lieu comme prévu, il me semble qu'elles sont révélatrices des difficultés rencontrées par les personnes à avoir un emploi du temps stable, ou du moins qui permette un minimum de prévisions fiables. En même temps, il n'est pas exclu qu'il s'agisse là de stratégies d'évitement. Resterait à savoir ce que les personnes ont voulu éviter :

---

<sup>1</sup> Un tamis effectué sur la variable « Accord pour l'entretien (oui/non) » fait apparaître que les personnes qui ont accepté l'entretien sont significativement plus souvent des femmes, des salariés ayant un niveau de formation supérieur au Bac, et exerçant comme professions intermédiaires et supérieures. Il apparaît également que la réponse « oui » est corrélée au sentiment que l'on pourrait prétendre à un meilleur emploi, à la présence de la souffrance, au sentiment que la santé est en danger, et au fait d'avoir attribué à son activité professionnelle les troubles de santé perçus dans les 2 dernières années.

<sup>2</sup> Ces deux entretiens couplés (M. et Mlle Arène) sont le vestige d'un projet initial qui consistait à systématiser les entretiens avec les conjoints, dans l'idée d'élaborer des monographies familiales qui auraient permis d'approfondir l'analyse et de passer de l'échelle individuelle à celle de la famille ou du couple. Mais cette idée a dû être abandonnée, car sur les 28 autres entretiens, 19 personnes vivaient seules et pour les 9 autres, l'entretien avec le conjoint n'a pas pu être réalisé (refus ou impossibilité). J'ai choisi de conserver l'entretien avec M. Arène car il était intéressant au regard de la problématique de recherche, et également par sa mise en perspective avec celui de Mlle Arène.

parler d'elles-mêmes, parler d'aspects douloureux ou problématiques de leur vie... ?

L'entretien était annoncé (en fin de questionnaire pour ceux qui y avaient répondu, et/ou lors du premier contact téléphonique) comme portant sur « la santé et le parcours professionnel ». J'ai commencé les entretiens avec l'un ou l'autre des thèmes, en laissant ensuite les personnes libres des enchaînements, des associations et des va-et-vient de l'un à l'autre<sup>1</sup>.

Le fait de disposer une fois sur deux du questionnaire préalablement renseigné s'est révélé être un précieux dispositif heuristique, qui a permis une double mise en perspective<sup>2</sup> :

- d'un côté, l'entretien a permis d'élucider, de compléter, d'approfondir et de contextualiser les réponses données au questionnaire, et parfois même de les relativiser. Plus généralement, comme cela a été illustré dans le chapitre IV, le contrepoint qualitatif a éclairé rétrospectivement l'ensemble des questionnaires, permettant par exemple de mettre au jour des façons de comprendre les questions qui n'étaient pas prévues initialement, ou de faire apparaître les sens implicites potentiellement contenus dans des réponses apparemment « simples ». Ces découvertes confirment d'ailleurs que le questionnaire en tant que méthode d'enquête n'est pas exempt des biais que l'on attribue habituellement aux approches qualitatives (effets de mise en scène de soi, effets de situation et d'interaction...). Ces biais sont peut-être même plus « dangereux » dans le cadre d'une approche par questionnaire car ils passent inaperçus aux yeux du chercheur (c'est pourquoi, on l'a vu, j'ai utilisé au maximum les annotations et commentaires portés sur les questionnaires eux-mêmes) ;

- dans le sens inverse, les questionnaires renseignés ont servi de complément au guide d'entretien et d'occasions de relances en cours ou en fin d'entretien. De plus, l'entretien ayant parfois eu lieu plusieurs semaines après le questionnaire, cette distance temporelle a permis de solliciter le récit des changements (objectifs ou subjectifs) intervenus dans l'intervalle et d'en faire l'un des sujets abordés dans l'entretien.

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe 5, Guide d'entretien avec les salariés.

<sup>2</sup> DEMAZIÈRE D., PIGNONI M.-T., ROLLE C., VILTER S., ZUNE M., « Questionnaire longitudinal et entretien biographique à l'épreuve de l'expérience du chômage », *Temporalistes*, n° 43, 2001 ; FERRAND F., IMBERT F., « Le longitudinal à travers le quantitatif et le qualitatif », *Sociétés contemporaines*, n° 14-15, 1993, pp. 129-148 ; BATTAGLIOLA F., BERTAUX-WIAME I., FERRAND M., IMBERT F., « Dire sa vie : entre travail et famille », in BOUCHAYER F. (dir.), *Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie*, Toulouse, Érès, 1995, pp. 328-359.

Bien qu'ils aient été mis en œuvre dans une démarche d'analyse biographique, les entretiens ne restituent évidemment pas de manière exhaustive la totalité de l'expérience de vie des salariés. Nécessairement restreints par rapport au caractère inépuisable de toute biographie, les récits recueillis sont, pour certains, relativement lacunaires. Deux raisons à cela :

- d'une part, l'amplitude et la variété des thèmes du guide d'entretien, ajoutées à l'approche rétrospective, ont eu du mal à se loger dans le temps imparti (entre 1h30 et 3h30), que j'aurais peut-être dû annoncer comme plus long (mais avec le risque d'augmenter le nombre de refus). Raconter sa vie de travail et sa vie de santé, cela revient presque à raconter sa vie « tout court » (ou « tout long » !) : quelques heures n'y suffisent pas. L'aspect assez peu directif (thématiquement) des entretiens, qui au demeurant a permis d'accéder à une incontestable richesse de discours et à de multiples ouvertures heuristiques, a néanmoins eu pour effet de laisser les sujets développer certains propos parfois très éloignés du cœur thématique de l'entretien. Mais, on le sait, ce n'est souvent qu'après coup qu'il est possible de mesurer si ces digressions sont significatives et intéressantes pour la recherche ou s'il aurait mieux valu les écouter pour garder davantage de temps pour d'autres thèmes. L'idéal, je crois, aurait été de pouvoir renouveler systématiquement les entretiens. Mais étant données les difficultés récurrentes que j'avais eues pour obtenir un rendez-vous, cette éventualité m'a semblé irréaliste ;

- d'autre part, certaines limites des entretiens tiennent à ce que je n'ai pas osé demander davantage de détails sur certains faits ou événements. A cause d'une pudeur peut-être regrettable, d'une réticence à « relancer » les personnes sur certains sujets douloureux (plusieurs femmes ont pleuré à l'évocation de certains moments de leur vie) ou intimes, à cause peut-être aussi de la peur d'enliser l'entretien ou d'être perçue comme trop intrusive, le fait est que les informations manquent parfois : dates, lieux, transitions..., notamment au sujet de la vie de couple, des ruptures conjugales, et de la vie familiale dans l'enfance et la jeunesse. Ainsi, il est parfois difficile de saisir les logiques internes des parcours, au niveau factuel comme sur le plan des ressorts subjectifs. C'est bien sûr une limite majeure, dont il faut tenir compte pour l'interprétation.

Malgré ces manques, il me semble avoir réussi le plus souvent à instaurer avec mes interlocuteurs un rapport de confiance, de complicité amicale parfois, permettant une parole libre (ce qui bien sûr est autre chose qu'une parole « vraie » ou

« authentique » dans l'absolu). Par ailleurs, le biais de recrutement des personnes a joué en ma faveur : dans tous les cas rencontrés, la relation avec le médecin du travail m'a été décrite comme bonne ou très bonne, celui-ci étant perçu comme un allié, comme un tiers bienveillant. Mon statut aux yeux des personnes ayant souvent été assimilé à celui du médecin, j'ai bénéficié de cette « présomption de bienveillance<sup>1</sup> ». D'autre part a joué une affinité de genre (24 des personnes interrogées sont des femmes) et parfois d'âge, que j'ai cultivée lorsque cela m'a semblé utile à l'entretien. Enfin, il me semble avoir décelé chez plusieurs personnes un « besoin de parler », relevant sans doute à la fois du désir de se confier et de l'aspiration à se justifier<sup>2</sup>. La présence du tiers anonyme et non engagé<sup>3</sup> que j'étais a également été parfois investie comme l'occasion de faire une sorte de bilan personnel et de retour sur soi-même, en particulier lorsque les personnes ont connu des réorientations biographiques marquantes dans la période récente précédant l'entretien.

Concernant la ligne de conduite que j'ai adoptée au cours des entretiens, elle correspond tout à fait à ce que J.-C. Kaufmann propose dans son approche de l'entretien compréhensif. L'un des traits principaux en est la *personnalisation* des entretiens : contre un modèle qui prône la « neutralité » de l'enquêteur et son absence d'engagement, dans l'idée (illusoire) que la non-personnalisation de l'entretien garantirait des réponses plus « vraies », je souscris entièrement à la conception de l'entretien défendue par cet auteur et je partage l'idée qu'« à la non-personnalisation des questions fait écho la non-personnalisation des réponses<sup>4</sup> ». Les entretiens ont donc le plus souvent pris une forme assez interactive, dans laquelle je ne me suis pas interdit de partager une indignation, de compatir à une souffrance, de me faire complice d'une remarque humoristique, d'entrer dans le jeu

---

<sup>1</sup> J'ajoute, sans vraiment savoir ce que cela signifie, que presque aucune personne ne m'a posé de question complémentaire sur le but précis de la recherche, ou ne m'a demandé une quelconque forme de restitution. Peut-être ce constat est-il à rapprocher de la banalisation des enquêtes de toute sorte (sondages...) ou, pour certaines personnes, d'une relative familiarité avec le « récit de soi », acquise au cours de diverses interactions avec des services sociaux.

<sup>2</sup> « [Certains enquêtés] semblent saisir cette situation comme une occasion exceptionnelle qui leur est offerte de témoigner, de se faire entendre, de porter leur expérience de la sphère privée à la sphère publique ; une occasion aussi de s'expliquer, au sens le plus complet du terme. (...) La densité et l'intensité de leur discours, comme l'impression qu'ils donnent souvent d'éprouver une sorte de soulagement, voire d'accomplissement, tout en eux évoque le bonheur d'expression », BOURDIEU P., *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993, p. 915.

<sup>3</sup> O. Schwartz parle « d'interlocuteur à la fois proche et hors-jeu à qui l'on dit ce que l'on ne dirait pas à d'autres », in SCHWARTZ O., « L'empirisme irréductible », Postface de ANDERSON N., *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, 1993, p. 279.

<sup>4</sup> KAUFMANN J.-C., *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 1996, p. 17.

d'un ton ironique, ou de montrer mon étonnement... L'idée fondamentale consiste à considérer qu'au cours de l'entretien, le chercheur et l'informateur forment une équipe, et travaillent ensemble à la compréhension d'une histoire. Il s'agit donc, le plus souvent possible, de soumettre aux personnes leurs propres propos, selon la technique bien connue de la reformulation, mais aussi de susciter une analyse en direct (à propos des contradictions par exemple, avec des relances du type : « *ce que je ne comprends pas, c'est que tout à l'heure vous m'avez dit que (...), et maintenant vous me dites que (...) ... ?* »), d'instaurer un échange ou même un débat (en convoquant par exemples des expressions de sens commun : « *on dit souvent que (...), et vous, vous en pensez quoi ?* », ou en faisant référence aux autres entretiens : « *dans les autres entretiens, des gens m'ont dit que pour eux (...), et pour vous ?* »), bref, de multiplier les occasions d'auto-analyse et de justification, de faire jouer aux informateurs un rôle d'experts sur eux-mêmes<sup>1</sup>, de les amener à participer à l'interprétation, de solliciter leur aide en se plaçant ouvertement dans une posture d'ignorance, en jouant même de naïveté. Cette « politique de l'entretien <sup>2</sup> », défendue également par les approches ethnographiques, me semble infiniment plus pertinente (au moins dans le cadre de ce travail) que la conception de l'entretien comme méthode standardisée et impersonnelle. Elle atteint cependant sa limite – mais cela même produit des effets heuristiques – lorsque l'informateur résiste à la proposition qui lui est faite d'entrer dans un processus d'auto-analyse, lorsqu'il cesse de « jouer le jeu » parce qu'il se sent « piégé par l'enjeu quand l'entretien s'approfondit<sup>3</sup> ». Dans certains entretiens j'ai ainsi perçu très précisément ces moments de rétractation, où la personne met brusquement fin à une dynamique partagée d'explicitation, en se réfugiant dans des réponses de surface, dans des lieux communs d'une grande généralité, ou en changeant purement et simplement de sujet. Il m'a alors semblé difficile d'insister et de passer outre ce refus d'approfondissement qui m'était signifié très directement quoique implicitement. Mais ces résistances sont en elles-mêmes des objets précieux pour l'interprétation : ce que l'informateur évite de dire, ce qu'il se refuse à exposer et à investiguer, peut être tout aussi significatif, et parfois même davantage, que ce qu'il aborde volontiers ou même met en avant.

---

<sup>1</sup> Il s'agit là d'une stratégie de terrain, et non d'une posture épistémologique dans laquelle un statut de « vérité » supérieur serait accordé aux propos des informateurs. La conception de l'entretien compréhensif que je revendique ici est très claire sur ce point : en dernière analyse, c'est le chercheur qui contrôle l'interprétation.

<sup>2</sup> OLIVIER DE SARDAN J.-P., « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, n° 1, 1995, pp. 71-109.

<sup>3</sup> KAUFMANN J.-C., *L'entretien compréhensif*, op. cit., p. 63.

Voilà donc les grandes lignes de la façon de faire qui a été mise œuvre pour ces entretiens. J'en viens maintenant aux principes qui ont guidé l'analyse, et qui s'inscrivent dans la continuité de cette conception de l'entretien.

En ce qui concerne le statut des propos recueillis en entretien et leur mobilisation dans l'analyse, il me semble nécessaire de préciser le parti qui a été pris dans ce travail. Cela revient à situer ma position sur un axe que je décrirai schématiquement de la façon suivante :

- d'un côté, un pôle ultra-empiriste, hanté par la « fidélité » au « point de vue émique », qui consiste en une adhésion naïve aux propos des interlocuteurs, tenus pour vérité ultime, et où le travail du chercheur se réduit à leur enregistrement puis à leur « restitution », dans l'idée que « la vérité sort directement de la bouche des enquêtés<sup>1</sup> »,

- de l'autre côté, un pôle « surplombant » qui définit le sociologue comme détenteur d'un savoir plus « vrai » que les savoirs profanes, et où l'enquête, à la limite, se résume au « coloriage d'un dessin préalablement tracé<sup>2</sup> » : les catégories de pensée et les productions de sens « indigènes » sont réintégrées dans un appareillage théorique qui leur préexiste et leur est scientifiquement supérieur. Un exemple de cette façon de penser le rapport aux données d'entretiens peut être trouvé dans le travail de P. Bourdieu, et particulièrement dans la postface de *La misère du monde*, comme l'ont montré G. Grunberg et E. Schweisguth<sup>3</sup>.

Ces deux pôles sont respectivement qualifiés par D. Demazière et C. Dubar de « posture restitutive » et « posture illustrative<sup>4</sup> ». Entre les deux, il existe bien sûr un continuum de positions moins extrêmes, mais s'il me semble important de m'arrêter sur cette opposition radicale, c'est parce que j'ai le sentiment que tout chercheur, à commencer par moi-même, est continuellement tiraillé entre ces deux modèles presque fantasmés du traitement de la parole recueillie en entretiens.

Pour ma part, je crois pouvoir dire qu'une inclination naturelle au relativisme et une peur spontanée de la sur-interprétation ont eu tendance dans un premier temps à me rapprocher du premier pôle, et à m'éloigner du second. En effet, il

---

<sup>1</sup> LAHIRE B., *Portraits sociologiques. Dispositions et variations interindividuelles*, Paris, Nathan, 2002, p. 392.

<sup>2</sup> OLIVIER DE SARDAN J.-P., « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *op. cit.*, p. 76

<sup>3</sup> GRUNBERG G., SCHWEISGUTH E., « Bourdieu et la misère : une approche réductionniste », *Revue française de science politique*, vol. 46, n° 1, 1996, pp. 134-155.

<sup>4</sup> DEMAZIERE D., DUBAR C., *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*, Paris, Nathan, 1997.

m'est arrivé de percevoir comme illusoire, déplacée et même méprisante la prétention des « savants » à « connaître les gens mieux qu'eux-mêmes ne se connaissent ». Et pourtant, si travail scientifique il y a, il s'agit bien de produire des connaissances et des intelligibilités qui passent nécessairement par un travail d'interprétation. Comment, dès lors, concevoir la cohérence entre distance analytique et volonté de rendre compte du point de vue émique<sup>1</sup> ? Cette question importante et complexe qui a parfois surgi de façon aiguë au cours de mon travail a trouvé des voies de dépassement passant notamment par l'acceptation d'un simple état de fait énoncé par Everett C. Hughes, et rapporté par Howard Becker :

« De nombreux sociologues affirment que notre travail devrait respecter pleinement le savoir supérieur que les acteurs sociaux ont de leur propre vie et de leur propre vécu. Ces chercheurs veulent laisser les "données" à peu près dans l'état où ils les ont trouvées – laisser les histoires que les gens leur ont racontées dans les termes où ils les leur ont racontées, sans coupe, sans montage, sans "amélioration" par quelque commentaire ou interprétation sociologique que ce soit. (...) Je ne suis pas d'accord. Les sociologues savent bel et bien des choses que les gens qu'ils étudient ignorent. Mais ce postulat est vrai d'une manière qui ne le rend ni injustifié ni méprisant, et qui ouvre par ailleurs la porte à quelques utiles ficelles d'échantillonnage. Ce postulat est en fait une extension d'un de ceux qu'Everett C. Hughes avait coutume de défendre. (...) Hughes disait souvent : "Il n'y a rien que je sache qu'au moins un des membres de ce groupe ne sache également, mais comme je sais ce qu'ils savent tous, j'en sais plus que n'importe lequel d'entre eux"<sup>2</sup> ».

Voilà ainsi exprimé lumineusement ce qui me semble être au fondement de la légitimité de l'interprétation sociologique, en particulier dans le cadre d'un travail par entretiens compréhensifs où la relation de face-à-face et l'intensité émotionnelle qu'elle engendre parfois sont susceptibles de « parasiter » le travail d'interprétation.

Mais précisément, en quoi consiste ce travail ? Je m'arrêterai brièvement sur quelques points fondamentaux qui caractérisent l'approche « compréhensive » (ou, selon D. Demazière et C. Dubar, la « posture analytique ») telle que je l'ai entendue et mise en œuvre :

- l'analyse doit toujours avancer sur deux « jambes » : la recherche du sens interne (émique) attribué à leur expérience par des individus non pas rationnels mais sensés<sup>3</sup> et acteurs de leur propre existence (en interaction avec d'autres et

---

<sup>1</sup> OLIVIER DE SARDAN J.-P., « Émique », *L'Homme*, n° 147, 1998, pp. 151-166.

<sup>2</sup> BECKER H. S., *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2002, pp. 165-166.

<sup>3</sup> PHARO P., *Le sens de l'action et la compréhension d'autrui*, *op. cit.*

dans le contexte de cadres structurels donnés) ; et la recherche du sens externe (sociologique) qui vise à expliquer les discours et les comportements par des éléments d'ordre social ou historique qui dépassent le seul point de vue des acteurs ;

- une double mise en perspective des entretiens permet de structurer leur analyse : 1. une mise en perspective interne (analyse « verticale »), dans laquelle chaque entretien est considéré comme un tout signifiant, comme une histoire singulière dont il s'agit de comprendre le déroulement et les logiques sous-jacentes ; 2. une mise en perspective externe qui se déploie dans deux directions : confrontation des entretiens entre eux dans une analyse « horizontale » répondant à une logique de « tri à plat » et d'entrées thématiques (c'est en comparant les entretiens entre eux que se crée l'intelligibilité<sup>1</sup>) ; et éclairage des propos recueillis par diverses sources bibliographiques et divers concepts théoriques (c'est alors dans les allers-retours entre données et théories que se crée l'intelligibilité) ;

- en particulier dans le cas d'entretiens biographiques, la dimension longitudinale (ou plutôt rétrospective) est bien sûr essentielle. Il s'agit donc de prêter attention aux mises en intrigue à travers lesquelles les individus reconstituent et donnent sens à leurs parcours, avec l'idée que dans une perspective compréhensive, les critères classiques d'âge, de sexe, d'origine sociale (etc.) « fixent le cadre mais n'expliquent pas, alors que l'histoire de l'individu explique<sup>2</sup> » (ceci rejoint la centralité du concept d' « expérience » dans cette recherche, et justifie le titre de cette troisième partie : il s'agit bien d'appréhender conjointement les dimensions *sociale* et *biographique* des expériences) ;

- on peut enfin citer quelques « analyseurs » particulièrement heuristiques qui condensent souvent des significations pertinentes pour l'analyse : les répétitions ou les contradictions dans le discours ; les ruptures de rythme ou de ton dans l'expression ; les propos d'ordre général qui bien souvent reviennent à parler de soi en parlant des autres ; les scénarios alternatifs (ou « uchronies ») qui permettent, en creux, de mieux comprendre les choix effectivement opérés (« *si j'étais seul(e), si j'avais des enfants, si j'étais plus jeune – ou plus âgé(e), si je n'avais pas de diplôme – ou si j'en avais un (etc.), ...j'aurais fait autrement (ou : je ferais autrement)* »).

---

<sup>1</sup> BERTAUX D., *Les récits de vie*, Paris, Nathan, 1997.

<sup>2</sup> KAUFMANN J.-C., *L'entretien compréhensif*, op. cit., p. 41.



Après ces précisions importantes, voyons comment ce travail d'analyse permet de comprendre les rapports au travail et à l'emploi ainsi que les rapports à la santé des personnes rencontrées<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> J'invite le lecteur, avant d'entrer dans le détail des pages suivantes, à lire la présentation de chaque parcours (Annexe 6) afin de se familiariser avec les histoires individuelles et d'être plus instruit pour juger des analyses qui en seront faites.

## Chapitre VI

### Les expériences sociales du travail façonnées par sa précarisation

Dans ce chapitre je tenterai de rendre intelligibles la complexité et la variabilité des expériences sociales du travail, doublement construites dans l'histoire du *rapport au travail* et dans celle du *rapport à l'emploi*.

Je partirai d'abord de la typologie des intégrations professionnelles proposée par Serge Paugam (et présentée dans le chapitre I) pour caractériser la situation de chaque personne au moment de l'entretien, puis pour replacer ces situations à la fois dans l'amont des parcours et dans les perspectives d'avenir (§1). J'analyserai ensuite plus en détail les formes de satisfaction dans le travail et les types de rapport au travail (§2), puis je montrerai comment, dans le contexte des processus de précarisation décrits en première partie, rapports au travail et rapports à l'emploi interagissent dans une dialectique donnant lieux à diverses formes d'arbitrages (§3).

#### 1. Les dynamiques d'intégration professionnelle à travers le rapport au travail et à l'emploi

---

##### *a) Les types d'intégration professionnelle*

Les 24 femmes et les 6 hommes qui ont été rencontrés en entretien présentent des situations et des parcours socioprofessionnels diversifiés. Pour en rendre compte de façon analytique je m'appuierai sur la typologie établie par S. Paugam, que je serai

amenée à affiner en fonction des différents cas singuliers et de leurs variations par rapport aux types « purs ».

Rappelons que cette typologie croise l'axe de la stabilité/instabilité de l'emploi et celui de la satisfaction/insatisfaction dans le travail<sup>1</sup>, faisant ainsi apparaître le type idéal de *l'intégration assurée* et ses trois déviations : *l'intégration laborieuse*, *l'intégration incertaine* et *l'intégration disqualifiante*. Plus qu'une simple typologie classificatoire, le modèle élaboré par S. Paugam est un « instrument qui tente de concilier une approche psychosociologique des expériences vécues et une approche "structurelle" des conditions économiques et sociales du développement du capitalisme moderne<sup>2</sup> ». Il s'agit donc d'appréhender les 30 cas analysés sous ce double éclairage.

### Sept cas d'intégration « assurée mais... »<sup>3</sup>

Les 30 personnes rencontrées en entretien ayant été désignées comme relevant de situations « précarisées » par les médecins du travail<sup>4</sup>, il peut paraître étonnant de trouver parmi elles des cas d'intégration assurée<sup>5</sup>. L'analyse des entretiens permet cependant de comprendre cette désignation.

La situation de **Mme Jost** (56 ans, mariée) correspond presque parfaitement au type de l'intégration assurée : infirmière en service hospitalier pendant 5 ans, elle devient ensuite infirmière d'entreprise, d'abord dans une entreprise d'électronique (5 ans), puis dans un établissement de grande distribution (26 ans). Cette femme de 56 ans aime son métier et s'y sent utile :

« *Ce que je fais je le fais avec plaisir. (...) J'ai choisi ce métier parce que ça me plaisait d'être avec les gens, de pouvoir aider quelqu'un* ».

La désignation comme « précaire » par le médecin du travail peut être comprise à la lumière des deux faits suivants :

---

<sup>1</sup> Celle-ci étant appréhendée de façon globale par un score établi à partir de 26 indicateurs (plaisir lié à la nature des activités de travail, salaire, relations avec les collègues et les supérieurs, perspectives de promotion, conditions de travail, horaires, etc.). Cf. : PAUGAM S., *Le salarié de la précarité, op. cit.*, pp. 108-109. Je reviendrai plus loin sur l'axe du rapport au travail et sur la notion de satisfaction.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 103.

<sup>3</sup> Mme Jost, Mme Jeco, Mme Pinson, Mlle Loci, Mme Alpe, Mme Chafi, M. Sernin.

<sup>4</sup> Sauf M. Arène, rencontré au départ en tant que conjoint de Mlle Arène.

<sup>5</sup> Même si, comme nous l'avons vu dans le chapitre V, §3, les arguments des médecins sont très hétéroclites et, pourrait-on dire, « ratissent large ».

- d'une part, Mme Jost sera à la retraite dans 4 ans, et elle exerce volontairement depuis 1 an en mi-temps. La perspective d'une cessation d'activité associée pour elle à la possibilité de faire « *tout ce que je n'ai pas pu faire jusqu'ici*<sup>1</sup> » rend plus pénible le travail au quotidien :

*« Maintenant que je me suis mise dans ce cycle où j'ai plus de loisirs, plus de temps libre, ça me fait suer d'aller travailler ! J'aimerais être dehors ! ».*

Nous sommes ici dans un cas où la satisfaction dans le travail est quelque peu émoussée et relativisée à l'approche d'une retraite de plus en plus désirée. On peut souligner également que dans la mesure où l'intégration assurée se caractérise notamment par les perspectives de progression dans l'emploi et dans l'entreprise, la situation de personnes qui comme Mme Jost sont en fin de vie professionnelle s'éloigne nécessairement de cet aspect de la définition ;

- d'autre part, l'histoire du rapport au travail de Mme Jost fait apparaître des éléments proches de l'intégration laborieuse. Tout d'abord, elle a démissionné de son premier poste d'infirmière d'entreprise à cause de problèmes relationnels importants avec son entourage professionnel. Deuxièmement, elle a vécu il y a 7 ans un grave conflit avec son directeur, qui a cherché à remettre en question sa neutralité au sein des rapports hiérarchiques dans l'entreprise. Sommée de trahir le secret médical en révélant le contenu d'un entretien avec un salarié qui était venu la voir spontanément, Mme Jost a refusé, et a vécu dans l'affrontement avec ce directeur jusqu'à ce qu'il parte. Cet épisode reste pour Mme Jost un souvenir extrêmement douloureux et traumatisant. Enfin, et cela caractérise une évolution au fil du temps plutôt qu'un événement ponctuel, Mme Jost estime que sa fonction au sein de l'entreprise est aujourd'hui tout juste tolérée par la direction, ce qui n'était pas (ou moins) le cas auparavant. Cette tendance s'inscrit dans un « durcissement » général de l'ambiance au travail sur lequel Mme Jost insiste par ailleurs :

*« Avec les problèmes actuels des... restructurations et tout ça, c'est beaucoup plus difficile, parce qu'on vous fait sentir maintenant... Ce que je ressens, c'est que si on pouvait se passer de moi on se passerait de moi. (...) Si y'avait pas la loi, ils se passeraient... Alors de temps en temps on vous fait sentir que vous êtes presque de trop. Et quelque part ça fait mal ».*

Il y a bien là une remise en question de son statut et de son utilité par une fraction de son entourage professionnel, et donc une proximité avec l'intégration laborieuse. Cependant, la situation de Mme Jost, où les satisfactions dans le travail l'emportent largement sur les insatisfactions, reste associée au profil de l'intégration assurée.

---

<sup>1</sup> Tous les termes entre guillemets et en italique sont extraits des entretiens.

La situation de **Mme Jeco** (31 ans, mariée) est un cas-limite à la frontière (parfois difficile à établir) entre intégration assurée et intégration laborieuse. Si je retiens ici la première possibilité, c'est parce que Mme Jeco exprime à plusieurs reprises pendant l'entretien la satisfaction qu'elle trouve dans son emploi actuel, qui est par ailleurs son « *premier vrai emploi* » après un parcours professionnel et surtout personnel extrêmement difficile et tumultueux. Mme Jeco (31 ans) est employée à la réception des livraisons et au conditionnement des envois dans une entreprise qui vend des implants oculaires. Elle décrit son travail en insistant sur l'utilisation de l'ordinateur (qu'elle ne connaissait pas auparavant) et sur la rigueur à avoir (« *c'est minutieux, il faut pas se tromper de dioptrie, parce que chaque œil a sa dioptrie* »), et en s'identifiant à l'entreprise (« *on fait pas que des implants, on fait du matériel d'ophtalmologie aussi* »).

« *C'est un truc... c'est manuel, c'est manuel, à la fois manuel et à la fois informatique, moi c'est ça que je recherche en fait. Que ce soit manuel, médical, bon, j'ai trouvé ma voie, dans le médical* ».

La seule source d'insatisfaction exprimée par Mme Jeco réside dans les relations avec ses collègues :

« *J'appellerais ça, c'est... excusez-moi l'expression mais : faux-cul ! C'est un peu... le gros sourire et puis par derrière le coup de couteau quoi. J'aime pas ça, si on a quelque chose à dire, on le dit en face. Autrement, question boulot, c'est impeccable* ».

Mais – car là encore il y a un « mais » – bien qu'elle répète combien elle est satisfaite de cet emploi, Mme Jeco laisse entrevoir la fragilité de cette intégration. A cause d'un mal-être profond et ancien (qui la maintient pour l'instant dans l'alcoolisme), elle se dit tentée parfois de « *tout laisser tomber* » :

« *Heureusement que j'ai ce travail-là. Heureusement. Mais bon, j'ai des périodes de travail que, pfff, j'ai envie de... de le quitter* ».

Ainsi, la stabilité de l'emploi s'inscrit ici dans le contexte d'une instabilité personnelle et sociale qui modère assez fortement la perspective d'une intégration assurée.

Un autre cas proche de l'intégration assurée est celui de **Mme Pinson** (49 ans, mariée), dont le parcours professionnel est caractérisé par plusieurs réorientations radicales. Après avoir travaillé en collaboration avec son mari (artisan peintre en bâtiment, qui a dû se reconvertir car il est devenu allergique aux peintures qu'il utilisait), Mme Pinson occupe pendant 20 ans un poste d'hôtesse d'accueil et standardiste au service clients d'une grosse entreprise du secteur alimentaire.

Lorsque cet établissement ferme, Mme Pinson met 3 ans à retrouver un emploi stable : elle est désormais animatrice pour enfants au centre de loisirs de sa municipalité, en CDI et à trois-quarts temps. Sa progression dans cet emploi qui la passionne a été très rapide, et se poursuivra probablement avec l'obtention de nouveaux diplômes. Au moment de l'entretien, Mme Pinson est donc sans conteste dans une dynamique d'intégration assurée, mais après avoir connu d'autres périodes d'intégration assurée dans d'autres branches professionnelles<sup>1</sup>, et une période d'intégration incertaine au cours de laquelle elle a fait des formations et travaillé en intérim. Au vu de sa situation actuelle, c'est sans doute la personne dont les perspectives professionnelles correspondent le plus étroitement à celles de l'intégration assurée.

Les quatre situations suivantes représentent des variantes du type de l'intégration assurée. L'infléchissement par rapport au type pur provient de la prise en compte de deux critères additionnels :

- le premier relève entièrement du point de vue émiq ue et correspond aux cas (ici, celui de Mlle Loci) où la situation professionnelle actuelle est envisagée par la personne elle-même comme *provisoire et passagère* et ne constitue pas un horizon professionnel durable, ce qui module fortement le sens vécu de l'intégration professionnelle,

- le second critère permet de rendre compte de cas (ici, ceux de Mme Alpe, Mme Chafi et M. Sernin) où, bien que l'emploi soit stable, l'insuffisance ou l'irrégularité des temps de travail affaiblit la dimension « assurée » de l'intégration professionnelle.

La situation de **Mlle Loci** (25 ans, célibataire) correspond à ce que l'on pourrait appeler une intégration « provisoirement assurée » : « assurée », car son emploi est stable sur le plan contractuel (CDI) ; « provisoirement », car elle exprime son intention de changer d'activité professionnelle dans un avenir assez proche. Il ne s'agit donc pas d'un « provisoire » de principe, dans l'idée que toute situation peut évoluer avec le temps, mais bien de l'existence avérée d'un projet professionnel alternatif. A 25 ans, Mlle Loci travaille à mi-temps dans le cabinet d'expertise

---

<sup>1</sup> Si cette personne a été désignée comme « précaire » par le médecin du travail, c'est parce qu'au moment du questionnaire, Mme Pinson n'était pas encore en trois-quarts temps. Le revenu dans le ménage était donc « juste ».

comptable de son père, qui l'a embauchée pour lui rendre service car elle avait en urgence besoin de justifier d'un emploi pour conserver la place en crèche de sa fille. Mais si cet emploi lui convient temporairement (elle y a même trouvé davantage d'intérêt qu'elle ne l'imaginait au début), le souhait de Mlle Loci est de devenir bibliothécaire, projet en vue duquel elle prépare des concours. Si l'on peut donc considérer que son intégration est actuellement assurée (stabilité de l'emploi et relative satisfaction dans le travail), elle ne l'est pas de façon durable car Mlle Loci n'envisage en aucun cas de conserver cet emploi. C'est en partie la satisfaction de l'*homo faber* qui fait ici défaut : Mlle Loci occupe un emploi qui est en décalage avec ses aspirations de *métier*. Très clairement, c'est un emploi de bibliothécaire qui constituerait pour elle un épanouissement professionnel et personnel :

« Je suis une littéraire pure et dure... Quand je travaillais en librairie, je me régalaïs, dès que j'avais un moment je prenais un bouquin, je le feuilletais... **J'aime travailler dans les livres** quoi, on se refait pas... C'est vraiment, **c'est mon plaisir...** ».

« [bibliothécaire] C'est vraiment **une envie**, parce qu'après j'ai envie de me spécialiser dans la conservation des fonds anciens... c'est très particulier les manuscrits vraiment anciens, y'a des salles spéciales... (...) C'est pour ça que j'ai dit bon finalement, si tu tentes ce concours pour être bibliothécaire, enfin tu vas faire quelque chose qui sera **dans tes cordes**, tu seras **dans ton domaine**, la littérature, tu seras **dans ton truc...** Et **mon rêve**, mon rêve, c'est d'être à la Bibliothèque François Mitterrand, ça c'est mon rêve... ».

Mlle Loci insiste également sur la sécurité de l'emploi associée à ce projet professionnel :

« Quand je serai fonctionnaire, je serai **à l'abri du chômage**, parce que comme je suis avec ma fille je peux pas<sup>1</sup>... ».

Outre cette inadéquation de métier, l'insatisfaction ressentie par Mlle Loci est également liée au fait qu'elle trouve peu valorisant de travailler dans l'entreprise paternelle : elle estime que son désir d'indépendance ne se réalisera pas tant qu'elle n'aura pas « coupé le cordon » avec ses parents.

« J'attends avec impatience ces concours pour pouvoir enfin **me prouver quelque chose à moi-même**, pour me prouver que je peux réussir, faire quelque chose de bien, pas forcément travailler chez mon père parce que bon, tu travailles où ? – bah je travaille dans le cabinet d'expertise comptable de mon père... ouais hein super... Voilà, **faire quelque chose par moi-même** et pouvoir entièrement subvenir à mes besoins par moi-même, **m'assumer pleinement** ».

On ne peut donc pas parler ici d'intégration laborieuse, car Mlle Loci considère son travail actuel comme agréable et reconnu (notamment par son père qui l'a félicitée pour son apprentissage rapide au sein du cabinet), mais ne représente pas pour elle un horizon professionnel envisageable. Rester par défaut dans cet emploi exercé

---

<sup>1</sup> Mlle Loci a été désignée comme « précaire » par le médecin du travail en raison de sa récente période de chômage et de sa situation familiale (seule avec un enfant).

« en attendant » serait pour elle un échec majeur. Au regard des deux critères que sont la stabilité de l'emploi et le degré de satisfaction dans le travail, cette situation relève donc de l'intégration assurée, mais n'en est pas moins exempte de fortes incertitudes et de probabilité de changement dans les mois qui suivent l'entretien.

Depuis 6 ans, **Mme Alpe** (42 ans, en couple non cohabitant) est aide ménagère à domicile chez des personnes âgées. Son statut d'employée municipale est en voie de stabilisation :

*« J'ai été contractuelle, puis après on m'a passée stagiaire, et après stagiaire on devient titulaire. (...) Mais je suis reconduite stagiaire encore pendant 1 an. Autrement j'aurais été titulaire le 1<sup>er</sup> mars de cette année. Mais ils m'ont reconduite pendant 1 an, et ça s'est jamais vu »*

Outre cette titularisation qui tarde à venir, la difficulté pour Mme Alpe est qu'elle travaille de façon très irrégulière entre 30 et 150 heures par mois :

*« Chaque mois est jamais pareil... Y'a des mois où je vais être à 150 heures ou plus, et après y'a des mois où je vais tomber à 30 heures. C'est pas régulier. – Mais alors là financièrement... – Je jongle. Je jongle ».*

Mme Alpe est bien décidée à exiger sa titularisation à 150 heures mensuelles, et déclare que si cela ne lui est pas accordé elle démissionnera. Mais sur le plan du rapport au travail, Mme Alpe est très satisfaite : lorsqu'elle s'est retrouvée au chômage après plusieurs années passées à travailler comme ouvrière dans la confection, elle a choisi par goût de travailler auprès des personnes âgées. Elle aime son travail et s'y sent reconnue, même si par ailleurs elle espère à l'avenir être mutée au service de restauration scolaire, emploi plus conforme à ses souhaits actuels.

La situation de **Mme Chafi** est proche de celle de Mme Alpe dans la mesure où là encore se pose le problème du temps de travail. Caissière à mi-temps dans une station-service, cette femme de 32 ans (célibataire) se plaît beaucoup dans cet emploi où les relations avec ses collègues sont excellentes et où les horaires de travail sont facilement aménageables :

*« C'est vraiment ce que j'ai trouvé de mieux. (...) Le travail que je fais me plaît, j'ai goûté au ménage, j'ai goûté à pas mal de choses et... Non, je suis bien là où je suis ! (rire) Ça va. (...) Y'a pas de raison que je parte du travail où je suis, et... et ma vie est pas si mal que ça quoi ! (rire) ».*

Mais un changement majeur va intervenir pour elle à court terme : dans 3 mois, elle ne percevra plus l'allocation liée à la naissance de son deuxième enfant. Elle devra alors impérativement trouver un emploi complémentaire.



**M. Sernin** (26 ans, célibataire) occupe au moment de l'entretien deux emplois différents : l'un en CDI comme animateur périscolaire (2 heures par jour), l'autre en CDD pour faire du soutien scolaire (4 heures par semaine). De plus, pendant les vacances, il accompagne ou dirige des séjours pour adolescents en France et à l'étranger. M. Sernin est passionné par son métier (on peut parler ici de vocation). J'ai choisi de considérer sa situation professionnelle comme stable car il fait état d'une forte probabilité pour que son temps de travail augmente et que le CDD soit transformé en CDI à partir de la rentrée suivante. Mais en attendant, M. Sernin est lui aussi en sous-emploi. A cette difficulté s'ajoute la présence d'un problème de santé important : M. Sernin souffre en effet de hernies discales qui rendent son travail (souvent physique) particulièrement pénible et douloureux. Ce n'est que s'il progresse dans ses emplois en termes de statut et de niveau hiérarchique qu'il pourra limiter les sollicitations corporelles qui l'épuisent actuellement. Cette progression semble probable, d'autant plus que M. Sernin possède les diplômes nécessaires et compte en obtenir d'autres. Il considère qu'il est de mieux en mieux reconnu par sa hiérarchie professionnelle, même s'il trouve que « *ça va pas assez vite* ».

Ces trois derniers cas sont donc des cas-limite, difficiles à situer dans la typologie de l'intégration professionnelle. Si l'intégration assurée est bien présente à travers la stabilité de l'emploi et la « possibilité d'épanouissement dans une activité productive », la « possession de garanties face à l'avenir<sup>1</sup> » et la possibilité laissée par l'emploi de planifier son avenir sont en revanche absentes, en raison de la précarité financière forte qui caractérise ces trois situations. On pourrait parler ici d' « *intégration partiellement assurée* », ou d' « *intégration assurée flexible* ».

---

<sup>1</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité, op. cit.*, p. 97.

## Ouvrières et employés dans l'intégration laborieuse (6 personnes)<sup>1</sup>

Les 6 situations dont il va être question maintenant présentent, sur des modes et pour des raisons diversifiés, un ou plusieurs éléments caractéristiques de l'intégration laborieuse.

**M. Bois** (38 ans, marié), vendeur depuis 18 ans dans le même établissement d'une chaîne de magasins de menuiserie, a d'abord connu une longue période d'intégration assurée avec une progression régulière dans son emploi et son salaire. D'abord magasinier, puis vendeur, il devient ensuite responsable des autres vendeurs puis adjoint du chef de dépôt. Mais cette progression linéaire cesse, voire s'inverse, à l'arrivée d'un nouveau chef de dépôt qui rétrograde M. Bois à la seule fonction de vendeur, et manifeste une certaine hostilité à son égard. Remarques désobligeantes, reproches injustifiés, remontrances en public : M. Bois vit dans un premier temps très mal le conflit avec ce nouveau supérieur.

*« Pendant à peu près 3 ans, j'ai été **déstabilisé complet**, se dire : je sais plus travailler, je sais plus... il a peut-être raison en fait, j'ai jamais su... ».*

M. Bois dit être ensuite arrivé à prendre du recul :

*« J'ai dit stop, et puis après j'ai essayé de faire autrement, de faire l'approche autrement, de vraiment **faire le vide**, (...) et puis voilà quoi... C'est un moule quoi, on rentre dans un truc, on se forge... **On est quand même soi-même, mais bon, on s'adapte à la façon de travailler quoi** ».*

Ce désinvestissement du travail est également favorisé par l'absence de perspectives de progression :

*« Si je veux évoluer au niveau de mon travail il faudrait que je bouge géographiquement, donc aller dans d'autres dépôts. Bon moi, avec ma femme, et avec la famille, on a dit c'est pas possible quoi... **Donc je suis un peu un poids pour l'entreprise mais bon...** ».*

*« Y'a eu une évolution du début jusqu'à y'a à peu près... 4 ans. Bon, celui-là [nouveau directeur] il m'a cassé complet, mais déjà l'autre avant il laissait un petit peu... **donc c'est là où j'ai commencé à stagner quoi, et c'était fini. Donc ça fait à peu près 5 ans que j'évolue plus**, que je suis resté... Je suis passé dans tous les secteurs que je pouvais faire dans l'entreprise, j'ai tout fait à peu près, et là **maintenant je stagne**, effectivement, j'évolue plus ».*

M. Bois ajoute que cela ne le « dérange pas », car il souligne qu'un changement s'est opéré dans son rapport au travail :

*« Ça a changé, c'est vrai qu'avant j'étais dans le système monter, devenir responsable du bureau, tout ça... Et c'est vrai que **maintenant ça... ça m'intéresse plus**. Mais le travail en général quoi, ça m'intéresse plus ».*

---

<sup>1</sup> M. Bois, Mme Kléber, Mme Jodu, Mme Fonviel, Mlle Arène, Mlle Portet.

L'ambiance de travail étant « *sympa* », et les relations avec les collègues étant « *très bonnes* », M. Bois dit avoir encore du plaisir à aller travailler. Cependant, il évoque la plus grande difficulté des relations avec la clientèle :

« *Le stress des clients, parce que maintenant les gens, c'est un peu la folie. Plus ça va plus ça devient... Il faut toujours être à leur merci quoi... Y'a des gens ils vous traitent comme des moins que rien des fois !* ».

Le désengagement professionnel de M. Bois provient aussi de son souhait grandissant de pouvoir consacrer davantage de temps à sa vie familiale (M. Bois est marié et père de 3 enfants). Il envisage de chercher un emploi plus conciliable avec ce désir lorsque le couple aura emménagé dans la maison qu'ils font actuellement construire.

Cet ensemble d'éléments concourt à reconstruire le rapport au travail de M. Bois comme purement instrumental (« *un gagne-pain* »), aspect caractéristique de l'intégration laborieuse.

Les cas de **Mme Kléber** et **Mme Jodu**, âgées respectivement de 54 et 53 ans (et toutes deux divorcées et célibataires), peuvent être présentés conjointement. Ces deux femmes sont en arrêt maladie prolongé au moment de l'entretien. **Mme Kléber** a travaillé toute sa vie comme ouvrière dans une biscoterie. Après un infarctus survenu sur son lieu de travail et une tentative vite abandonnée de reprendre son emploi, elle s'apprête à être licenciée et espère pouvoir atteindre la retraite sans avoir à retravailler. De son côté, **Mme Jodu** a un parcours professionnel plus discontinu : d'abord ouvrière dans la confection pendant une dizaine d'années, elle cesse de travailler durant son mariage et élève ses 2 enfants (dont un qu'elle a eu antérieurement) ainsi que les 3 enfants que son mari avait déjà. Elle connaît ensuite une période d'alternance entre emplois instables et chômage, jusqu'à ce qu'elle trouve, il y a 12 ans, un emploi de femme de ménage dans des résidences collectives. A la suite de multiples problèmes de santé (surdité brusque notamment), elle est en arrêt de travail depuis un an et, comme Mme Kléber, espère une sortie définitive de l'emploi par une mise en préretraite.

Mme Kléber et Mme Jodu insistent toutes les deux sur la pénibilité de leurs emplois respectifs : travail en 2/8 à l'usine et ambiance « *stressante* » pour la première, usure physique et épuisement général pour la deuxième (« *quand on a trop forcé dans la vie on arrive qu'on n'a plus de force* »). L'une comme l'autre se disent soulagées de sortir d'une vie de travail que décrit bien l'intégration laborieuse.

**Mme Fonviel** (49 ans, divorcée, en couple) est employée (CDI) par une structure d'aide à domicile pour des personnes âgées. Comme Mme Alpe, elle est confrontée à un temps de travail flexible : « *y'a des fois où vous gagnez très peu d'argent parce que bon, on trouve pas d'heures, et puis y'a des fois où... je fais presque un plein temps* ». Cependant, cette précarité économique est compensée par une pension importante de son ex-mari, ce qui lui assure une certaine aisance financière. Si Mme Fonviel n'a pas été rattachée, comme Mme Alpe, à la variante que j'ai nommée « intégration assurée flexible », mais à l'intégration laborieuse, c'est en raison de l'absence presque totale de satisfaction qu'elle trouve dans cette activité professionnelle. Mme Fonviel arrive parfois à se sentir utile dans le rapport direct avec les vieilles personnes (« *je pense qu'on est beaucoup plus utiles que ce qu'on est payées !* »), mais elle n'en est pas moins convaincue de l'aspect dévalorisant de ce travail :

*« Je dis que je suis aide ménagère, alors évidemment ça fait... c'est pas respectable... (...) Ça va pas assez loin. Ça va pas assez loin, on n'a pas assez de temps, ça va pas assez loin. Et puis je suis pas... j'ai pas de... je suis le dernier maillon de la chaîne quoi. (...) J'ai besoin d'une position sociale, et c'est ce que je n'ai pas, parce que dans le boulot qu'on fait on est traitées vraiment comme des riens du tout. Vous n'êtes pas reconnue, vous n'êtes que la bonniche ».*

Elle mentionne par ailleurs la pénibilité physique et morale du travail et la fatigue liée aux nombreux déplacements qu'elle est amenée à faire quotidiennement :

*« J'ai une voiture, mais... la garer en ville, si y'a un parcmètre, c'est même pas la peine de se déplacer, vu ce qu'on gagne. Donc... Souvent je le fais à pieds. Donc à pieds ça fait... vous êtes crevée ».*

La situation de **Mlle Arène** (25 ans, en couple) représente un autre cas d'intégration laborieuse. Embauchée en CDI (après une mission d'intérim) comme manutentionnaire dans un centre de tri postal (24 à 35 heures par semaine), cette jeune femme avait d'autres aspirations professionnelles : après des études d'histoire de l'art, elle a essayé en vain de trouver un emploi correspondant à sa formation et à ses goûts. La nécessité financière et la volonté de ne plus être à la charge de ses parents lui ont fait accepter cet emploi où elle ne trouve pas de motifs d'insatisfaction en termes de conditions de travail, mais pas de satisfaction non plus, si ce n'est une « bonne ambiance » avec ses collègues, et le fait que cet emploi lui laisse du temps pour des activités personnelles. Elle espère pouvoir évoluer au sein de l'entreprise et trouver à utiliser ses compétences en histoire de l'art, et

n'envisage pas dans l'immédiat de changer d'emploi, sauf si elle trouvait « *un autre boulot qui me satisferait plus... où je sens que je suis utile* ».

C'est donc l'absence de satisfaction intrinsèque au travail qui justifie de rapprocher Mlle Arène du type de l'intégration laborieuse (à la différence de Mlle Loci qui, comme on l'a vu, occupe elle aussi un emploi en décalage avec ses souhaits professionnels, mais dans lequel elle trouve tout de même des sources d'intérêt et de satisfaction).

Enfin, la situation de **Mlle Portet** (21 ans, célibataire, chez ses parents) nécessite de mobiliser à nouveau le critère précédemment évoqué du caractère passager ou provisoire de l'emploi actuel. Mlle Portet est salariée à mi-temps dans une chaîne de fast-food et habite chez son père. Il s'agit d'un emploi « faute de mieux », dans lequel elle n'envisage pas de rester, sauf si elle ne trouve rien d'autre :

« *Je me vois mal travailler à Fasty toute ma vie. (...) J'espère **trouver autre chose de plus intéressant**, avec un peu **plus de motivation** au niveau du travail* ».

« [sur ses choix de scolarité] *Le seul regret que j'ai c'est que **je n'ai pas trouvé ma voie en fin de compte**, puisque je me retrouve à travailler à Fasty, à essayer de trouver des formations à droite à gauche pour essayer de refaire une nouvelle expérience pour essayer de **trouver une nouvelle situation ou un travail mieux**, ou qui m'intéresserait plus* ».

« ***En attendant je sais que c'est un CDI**, je sais que si je veux je peux travailler plus. (...) Et si je trouve rien d'autre, eh ben j'augmenterai mes heures, (...) et **si je signe un CDI à temps plein eh bé j'abandonne Fasty et puis voilà*** ».

Mlle Portet recherche activement un autre emploi et, au moment de l'entretien, envisage de suivre une formation aux métiers du bâtiment. Elle est très indécise quant à ses choix professionnels et multiplie les démarches (candidatures spontanées, exploitation de toutes les « pistes » proposées par la Mission locale...) :

« ***Je voudrais tellement que ça arrive vite**, je suis tellement pressée de **rentrer dans le bain**, de vraiment **construire quelque chose de bien**, de... de me trouver une profession où je puisse vraiment **m'épanouir comme il faut** et évoluer que en fait je veux **essayer toutes les opportunités et toutes les possibilités*** ».

Outre l'absence d'intérêt pour son travail, Mlle Portet décrit des conditions de travail plutôt intensives<sup>1</sup> et des relations difficiles avec ses collègues, ce qui justifie son rattachement au type de l'intégration laborieuse – tempérée toutefois par son caractère provisoire<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Connues pour caractériser l'ensemble des établissements de ce type, cf. : BROCHIER C., « Des jeunes corvéables. L'organisation du travail et la gestion du personnel dans un fast-food », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 138, 2001, pp. 73-84 ; CARTRON D., « Le sociologue pris en sandwich ! Retour sur une observation participante dans un fast-food », *Travail et emploi*, n° 94, 2003, pp. 59-64.

<sup>2</sup> Il s'agit ici du point de vue émique : Mlle Portet conçoit sa situation actuelle comme provisoire. Cela ne signifie pas nécessairement qu'un changement est à venir.

Les 6 situations rassemblées ici par leur proximité avec le type de l'intégration laborieuse sont donc, au-delà de leurs points communs (emploi stable mais sources d'insatisfaction diverses dans le travail) très différenciées tant au regard des parcours antérieurs que des perspectives dans l'avenir proche.

On va retrouver cette disparité dans les deux autres types d'intégration professionnelle : incertaine et disqualifiante.

### **L'intégration incertaine entre précarité subie et choisie (8 personnes)**<sup>1</sup>

Parmi les situations qui s'apparentent à l'intégration incertaine, deux catégories peuvent être distinguées. Un premier groupe rassemble 6 personnes en contrat non durable et qui souhaiteraient, à des degrés divers, exercer en CDI leur emploi actuel<sup>2</sup>. Deux autres personnes, également en emploi non stable, ne déclarent pas souhaiter obtenir un CDI.

**Mlle Roque** (23 ans, en couple non cohabitant) est en tout début de vie professionnelle. Après une orientation scolaire dans la vente et quelques expériences professionnelles dans ce secteur, puis une tentative ratée d'intégrer une école de police, elle travaille depuis un an et demi en intérim comme ouvrière dans une grande entreprise d'électronique. Elle habite chez ses parents. Elle travaille 20 heures par semaine, en nuit, le week-end. L'ambiance de travail lui plaît, et elle apprécie également l'organisation de son temps de travail :

*« Travailler 20 heures par semaine, toucher presque 6000 francs, ça va, c'est raisonnable moi je dis ! Ça va être dur de reprendre un boulot normal et de travailler 39 heures hein ».*

Sa mission doit s'achever 4 mois après l'entretien, et la probabilité d'un renouvellement est faible, ce qui déçoit beaucoup Mlle Roque qui souhaitait vivement être embauchée de façon définitive dans cette entreprise :

*« Maintenant que j'y suis, c'est sûr qu'ils m'auraient embauchée, j'aurais dit oui de suite. (...) Au début c'était une mission de 3 mois, ils m'ont renouvelée de 9 mois, et puis après de 10 mois. Donc je me suis dit c'est bon là, ça fait quand même un an et demi que t'es là-bas... et puis j'ai fait mes preuves et tout, ils sont contents de moi, donc je pensais que... ça allait passer quoi ».*

---

<sup>1</sup> Mlle Roque, Mme Beban, Mme Anam, Mme Delache, Mme Blondel, M. Thimas, Mme Mermoz, M. Terray.

<sup>2</sup> Ce trait est bien caractéristique de l'une des versions de l'intégration incertaine dans laquelle les salariés « gardent l'espoir d'une amélioration de leur statut d'emploi », cf. : PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, op. cit., p. 165.

Face à l'incertitude de son avenir professionnel, elle évoque plusieurs possibilités (« j'ai beaucoup de choses et... je sais pas par quoi commencer ! ») : suivre une formation de technicienne en électronique qui peut-être lui permettra d'intégrer plus facilement l'entreprise où elle travaille actuellement (ou une autre entreprise du même secteur)

« ... pour me spécialiser en fait dans... dans ce que je fais en ce moment quoi. Toujours pareil, dans l'industrie. Ça a l'air pas mal... Donc **pourquoi pas** hein. **Autant me spécialiser dans quelque chose**, et puis bon... je perds rien hein, **ça peut toujours m'apporter quelque chose** » ;

ou bien passer un concours d'entrée à la SNCF ; ou encore partir aux Baléares avec son ami (cuisinier) pour y trouver un emploi dans l'animation ou le tourisme (l'un de ses oncles vit là-bas). Une chose est sûre en tout cas : Mlle Roque souhaite se stabiliser sur le plan professionnel le plus rapidement possible.

« Moi où je suis maintenant c'est pour **trouver un emploi stable**, c'est sûr, je veux **pas aller vadrouiller à droite à gauche...** ».

L'impatience de Mlle Roque et sa stratégie de multiplication des « pistes » professionnelles possibles peuvent être rapprochées de l'attitude de Mlle Portet citée plus haut.

L'impatience et la hâte sont également exprimées par **Mme Beban**, dont le rapport au travail est caractérisé par un dilemme récurrent entre stabilité de l'emploi et satisfaction dans le travail. Cette femme de 33 ans, dont le conjoint est agent de service dans une maison de retraite municipale (CDI), a connu d'abord une série d'expériences professionnelles dans la vente, dont certains contrats en CDI mais « menacés » : « en CDI je savais que les magasins allaient fermer, donc j'ai tout fait pour être licenciée le plus vite possible ». Depuis 2 ans, elle travaille comme standardiste à France Télécom à Castres (en habitant à Albi, soit à 40 km), en CDD puis en intérim. Elle travaille actuellement 16 heures par semaine, en soirées. L'emploi lui plaît beaucoup, et son plus grand souhait serait de le voir transformé en CDI (ou, à défaut, d'augmenter le nombre d'heures effectuées).

« C'est super ! **Ce que je fais c'est vraiment super**, mais bon, pour trouver une embauche, c'est pas évident. (...) Comme c'est France Télécom j'essaie toujours de **garder un pied dedans**, pour essayer de voir s'ils voudraient pas embaucher ou faire quelque chose ».

Mme Beban cherche par ailleurs un autre emploi à mi-temps, dans les métiers d'accueil ou de vente. De plus elle passe chaque année plusieurs concours de la fonction publique, de niveau Bac+2, dans le domaine du secrétariat administratif. Pour l'instant Mme Beban préfère rester dans l'intégration incertaine, plutôt que

d'accepter un éventuel CDI qui ne correspondrait pas à ses souhaits<sup>1</sup>. Mais elle ne pense pas pouvoir maintenir ce choix très longtemps (elle se donne encore environ un an), notamment parce qu'elle aimerait avoir un enfant et que cette perspective suppose pour elle d'avoir d'abord trouvé une stabilité professionnelle. Dans les termes de la typologie de l'intégration professionnelle, on pourrait dire que pour Mme Beban l'enjeu majeur à moyen terme consiste donc à obtenir une intégration assurée avant de devoir se résigner à une intégration laborieuse.

**Mme Anam** (49 ans, célibataire) présente la particularité d'avoir commencé une vie professionnelle à 32 ans, après 13 ans de mariage puis un divorce. Sans aucune qualification, elle enchaîne des emplois de femme de ménage et d'aide ménagère auprès de personnes âgées (dont une période de 5 ans chez des particuliers). Lors de son dernier emploi (comme plongeuse dans une clinique), elle a un accident de travail qui abîme irréversiblement son dos, déjà fortement sollicité dans ses emplois antérieurs. Après un arrêt prolongé pour maladie, elle est actuellement en stage de formation comme agent de service hospitalier dans une maison de retraite, dans le cadre de sa reconversion comme travailleuse handicapée. Au moment de l'entretien elle est en fin de stage. Elle aura peut-être un contrat temporaire dans le même lieu, mais pas de perspective d'embauche stable, ce qu'elle souhaiterait avant tout. Bien que son travail sollicite son dos, Mme Anam y est très attachée. Les horaires (décalés) lui conviennent, elle a de bonnes relations avec ses collègues, et elle aime le contact avec les personnes âgées.

Les 3 personnes suivantes représentent des versions plus « positives » de l'intégration incertaine, au sens où la stabilité de l'emploi n'est pas une priorité à leurs yeux.

**Mme Delache** est chef de projet à France Télécom. Après une première mission de 2 mois en intérim, elle est aujourd'hui en CDD. Mariée et mère de 3 enfants, Mme Delache a connu 10 années d'intégration assurée en tant que cadre au sein d'un grand groupe d'assurances. Elle a quitté cet emploi à la suite d'un licenciement à l'amiable car son poste devait être transféré à Bordeaux et que le couple ne

---

<sup>1</sup> J'analyserai plus en détail ce type de mise en concurrence satisfaction du travail/stabilité de l'emploi dans la section 3.



souhaitait pas déménager. Elle a ensuite trouvé rapidement son CDD actuel, qui doit prendre fin 9 mois après l'entretien et qui, selon elle, a de fortes chances d'être renouvelé, ce qu'elle souhaite car le travail lui plaît et de plus lui permet d'équilibrer vie professionnelle et vie familiale de façon satisfaisante. Mme Delache se dit plutôt confiante en ce qui concerne son avenir professionnel : très qualifiée, elle est en outre relativement jeune (35 ans) et estime que son âge favorise son employabilité. Il faut ajouter que son mari étant directeur des ventes d'une grande multinationale, Mme Delache n'est pas soumise à la nécessité financière de travailler.

**Mme Blondel** (50 ans, divorcée, célibataire) a elle aussi connu une longue période d'intégration assurée (18 ans) au sein d'une entreprise de grande distribution, avec différentes fonctions successives (de secrétaire de direction à cadre supérieur). Elle choisit de quitter cet emploi lorsque l'entreprise est rachetée par un grand groupe. Elle travaille ensuite quelques années comme directrice d'agences d'intérim, puis entre en CDD pour 18 mois dans une grande entreprise de télécommunications, avec pour fonction de gérer un plan social. Elle accepte ensuite un autre CDD (12 mois) dans la même entreprise, cette fois pour diriger la « cellule évolution » (gestion de la mobilité interne et externe). Lorsque je la rencontre, elle sait déjà qu'un troisième CDD d'au moins un an lui sera proposé, pour gérer un autre plan social. Mme Blondel, qui vit seule et n'a pas eu d'enfant, a donc encore du temps devant elle avant de devoir rechercher un emploi. Elle est à la fois très satisfaite de son travail actuel (elle souhaitait depuis longtemps s'occuper de ressources humaines) :

*« Je suis contente de cette activité-là, et très curieusement, je ne me suis jamais aussi bien sentie ni aussi bien portée que depuis que je suis entre guillemets en précarité. (...) Mais parce que j'ai la chance de faire des choses intéressantes, et que j'ai la chance de... d'avoir toujours travaillé finalement »,*

et quelque peu inquiète pour la suite :

*« Quand ça s'arrêtera par contre, je sais que je vais me retrouver confrontée à de réelles difficultés, et... Si on se donnait rendez-vous dans 2 ans... je pense que là ça sera totalement différent, parce que j'aurai plus de 50 ans, et que vraiment je pense que je ne retrouverai pas de travail, c'est clair. Sauf à titre de conseil ».*

C'est en effet comme consultante en ressources humaines, travaillant au coup par coup, que Mme Blondel envisage de poursuivre son parcours professionnel. Cette éventualité lui conviendrait « parfaitement bien » car elle souhaite désormais pouvoir consacrer davantage de temps à sa vie personnelle.

Enfin **M. Thimas** (46 ans, marié), après un parcours professionnel et personnel très fluctuant, travaille depuis plusieurs années comme chauffeur-livreur. Il a créé sa propre entreprise mais a fait faillite, et exerce depuis en CDD pour des employeurs différents. Au moment de l'entretien il termine un CDD de 6 mois qui sera probablement renouvelé. L'emploi lui convient, et les conditions de travail sont bien plus « douces » que ce qu'il a connu dans le passé. Il se rapproche donc d'une situation d'intégration incertaine, avec une particularité cependant : M. Thimas est gravement malade. Atteint d'une hépatite C au stade de la cirrhose, son état de santé hypothèque fortement la poursuite de son activité professionnelle. Conscient de sa fatigue de plus en plus grande et de sa difficulté à soutenir un travail qui reste malgré tout assez physique (conduite, chargement et déchargement des produits d'entretien qu'il livre), il envisage de « *se mettre au vert* » et d'ouvrir un petit hôtel-restaurant à la campagne. La question reste ouverte de savoir si le cas de M. Thimas trouve réellement sa place dans une typologie de l'intégration professionnelle *salariée*, dans la mesure où il s'identifie comme ayant « *le profil type du travailleur indépendant* », déclare avoir toujours été rétif à toute forme d'autorité et revendique une forme de marginalité volontaire...

Dans les deux derniers cas rattachés au type de l'intégration incertaine (ceux de Mme Mermoz et de M. Terray), on peut parler de *précarité choisie*, au sein de parcours et de logiques qui par ailleurs diffèrent profondément.

Lorsque je rencontre **Mme Mermoz**, cette femme de 42 ans est chef de projet en intérim à France Télécom (dans le même service que Mme Delache, d'ailleurs les deux femmes se connaissent et s'apprécient), et élève seule ses deux enfants (adolescents). Depuis une dizaine d'années sa vie professionnelle est faite d'une alternance entre contrats temporaires et périodes de formation (Mme Mermoz s'est spécialisée dans les bases de données informatiques et le multimédia), avec une parenthèse de 2 ans où elle a créé son entreprise de télématique. Plus elle accumule les formations et les expériences professionnelles, plus Mme Mermoz peut trouver des emplois qui l'intéressent. Sa mission actuelle s'achève dans 6 mois et elle ne se dit pas inquiète pour la suite :

« *On verra bien, Inch'Allah ! Je peux pas dire que je m'en fous, mais ouais, un peu quand même. (...) Je suis sûre de mes compétences, je... Je dis pas que je me fais pas de souci,*

*mais... je m'en fais de moins en moins. Je me dis que... y'aura toujours quelque chose qui tombera, un jour ou l'autre ».*

Parallèlement Mme Mermoz affirme qu'elle ne souhaite pas se stabiliser durablement dans un CDI, synonyme pour elle d'inertie et d'ennui :

*« J'ai énormément de mal à me dire que je vais rester **scotchée au même endroit pendant 20 ans.** (...) Ça me fait très peur en fait. Ça me fait très peur. J'ai terriblement peur de m'emmerder. D'avoir vite fait le tour ».*

On voit ici que le haut degré de qualification, associé à une précarité « *apprivoisée* », voire recherchée, dessine un profil d'intégration incertaine positivement vécue, ou du moins dont on sait tirer profit<sup>1</sup>.

Ce type d'expérience est également rencontré chez **M. Terray** (30 ans), qui a connu un parcours professionnel de progression dans l'emploi intérimaire, jusqu'à une réorientation radicale qui est intervenue très récemment avant l'entretien. Titulaire d'un BTS d'électrotechnique, M. Terray, qui avait auparavant travaillé régulièrement comme saisonnier dans la restauration, va peu à peu enrichir son expérience professionnelle et pouvoir choisir uniquement des missions correspondant à sa formation. Dans un premier temps, il est amené à accepter des missions de manœuvre, de manutentionnaire, de vendeur, de plongeur... :

*« Là je prenais le premier boulot parce que j'avais pas envie de me faire piéger à attendre ce que je voulais réellement ».*

Il occupe pendant un an et demi un CDI comme manutentionnaire, mais il démissionne à la suite d'un conflit (qu'il désigne comme un « *harcèlement moral* ») avec son supérieur hiérarchique. Il interprète rétrospectivement cette décision comme un événement positif :

*« C'est une décision qui était assez dure, parce que bon démissionner d'un CDI quoi... Mais en fait bon, ça m'a remis en cause, et ça m'a fait... **Je regrette pas.** Parce qu'en fait je suis reparti enfin dans ma branche ».*

Par la suite il enchaîne les missions d'intérim et quelques CDD en tant que technicien en électrotechnique ou électromécanique, dans une optique bien différente :

*« J'ai commencé à avoir des prétentions. (...) L'avantage de l'intérim, c'est qu'on peut choisir, on peut être exigeant ».*

M. Terray estime que son diplôme a grandement favorisé sa recherche d'emploi :

*« J'ai quand même un BTS, et c'est pesant quand même, c'est intéressant pour un employeur. (...) Voyez, j'ai quand même un BTS, ça se voit : j'ai quitté le 9 juin et le 26 juin j'avais un boulot à F., et en plus c'est intéressant ».*

---

<sup>1</sup> Cependant les premiers mots de Mme Mermoz au sujet de sa situation professionnelle actuelle sont les suivants : « *c'est un peu la galère* ». Je reviendrai sur cette ambivalence.

Au moment de l'entretien M. Terray va terminer une mission. Il est certain d'en trouver une autre tout de suite après, et peut-être même d'avoir le choix :

*« Par exemple là, vendredi matin, je vais appeler mes 3 boîtes d'intérim. Le premier qui me trouve, c'est pratiquement lui qui m'aura... A moins qu'il y en ait deux qui m'appellent, et je prends celui qui paie le plus. Voilà, je suis comme ça ».*

On est bien ici dans le cas d'une intégration incertaine positivement vécue, dans laquelle l'instabilité de l'emploi est réappropriée à la fois comme une stratégie d'acquisition d'une expérience professionnelle exponentielle, et comme un moyen de satisfaire un désir de mobilité et de changement constant. M. Terray, de ce point de vue, correspond bien à ce profil de « "professionnels" de l'intérim, bien adaptés voire tirant parti des avantages de la situation (en termes d'indépendance ou d'avantage salarial)<sup>1</sup> ».

L'histoire de M. Terray en serait restée là si je l'avais rencontré un mois plus tôt. Mais il se trouve qu'au moment de l'entretien, M. Terray vient d'apprendre qu'il est admis à l'école de police, après une troisième tentative. Évidemment cette perspective jette un éclairage nouveau sur l'ensemble de son parcours : M. Terray va donc quitter l'intégration incertaine pour s'engager dans un parcours de fonctionnaire (gardien de la paix), dont on ne sait pas encore s'il relèvera de l'intégration assurée ou laborieuse.

Il faut dès lors relativiser l'évaluation formulée auparavant : M. Terray n'était donc pas si satisfait de sa « carrière » d'intérimaire, il n'assumait pas autant que cela semblait être le cas le changement continu d'une mission à l'autre... Il effectue d'ailleurs lui-même cette relecture de son parcours et de son discours, en montrant finalement que le CDI reste pour lui la norme d'aspiration :

*« Ça fait quand même 5 ans que j'en fais, c'est spécial l'intérim hein... Moi je me vois pas à 40 ans faire de l'intérim, je me vois être embauché quand même ».*

Lorsque je lui demande ce qu'il choisirait aujourd'hui entre un emploi en CDI dans sa branche et l'école de police, il choisit sans hésiter la deuxième proposition :

*« En faisant le **pour**, le **contre**, ça serait la police. (...) Si j'aurais vraiment hésité, ce serait une entreprise style Airbus, qui me ferait vraiment confiance, qui m'embaucherait en CDI à 10 000 francs par mois, voyez... ça serait trop exigeant quoi. Sinon, non ».*

Il faut donc prendre acte du fait que pour M. Terray l'intégration incertaine n'a été vécue positivement que pendant une période relativement courte, et que ce type d'intégration ne constituait pas à ses yeux un horizon professionnel satisfaisant à long terme.

---

<sup>1</sup> LEFÈVRE G., MICHON F., VIPREY M., *Les stratégies des entreprises de travail temporaire*, op. cit.

## Les souffrances de l'intégration disqualifiante (5 personnes)<sup>1</sup>

Depuis une dizaine d'années, **Mme Faya** (27 ans, en couple), occupe des emplois non qualifiés et non durables, essentiellement comme agent de service dans des structures collectives (centres de vacances et, aujourd'hui, maison de retraite). Elle est actuellement en CDD « *mais sous une forme indéterminée puisque c'est jusqu'au retour de l'employé absent* », c'est-à-dire pour une durée qui se situe entre 3 mois et 3 ans (si la personne prend un congé parental). La description donnée par Mme Faya de son travail fait apparaître des formes prononcées d'insatisfaction et de pénibilité. Pénibilité physique tout d'abord : Mme Faya se dit « *très fatiguée* » par ce travail, qu'elle effectue en trois journées de 10 heures consécutives. Souffrance morale ensuite, car Mme Faya fait état de mauvaises relations

*« avec la direction, qui est jamais satisfaite du personnel, ça correspond jamais à ce qu'elle attend, c'est des remarques désobligeantes quasiment tous les jours et tout le monde... ».*

Insatisfaction liée enfin au travail lui-même : Mme Faya regrette d'être limitée à des fonctions de ménage et d'intendance et de n'être que très peu en contact avec les personnes âgées :

*« J'aurais préféré, oui, avoir beaucoup plus de contacts, travailler avec eux, les accompagner, mais bon c'est pas mon... c'est pas mon rôle disons<sup>2</sup> ».*

Lorsque je lui demande de me raconter l'une de ses journées de travail, Mme Faya donne d'une traite une description où dominent la routine, les contraintes temporelles et l'absence totale de liberté et de plaisir :

*« C'est très simple : j'arrive à 10h et demie, à 10h et demie, je mets la table, je prépare le chariot de café, de desserts, et donc il me faut quand même 1 heure et demie en tout, parce qu'il y a à peu près 70 personnes. Ensuite je mets les entrées vers midi moins le quart, ils arrivent, et je les sers. Je sers les gens, donc de l'entrée jusqu'au café, et ensuite à 1h et demie la plongeuse s'en va donc je la remplace, une fois que j'ai fini mon service je termine la plonge, en général jusqu'à 2h et demie, ensuite je vais manger, j'ai une demi-heure, et je repars pour faire les tâches ménagères, l'entretien des couloirs, sortir les containers, nettoyer les salons... Et ensuite le soir je reviens à nouveau mettre la table pour le soir, et je termine à 8h ».*

La précarité de l'emploi et l'absence de satisfactions dans le travail dessinent bien ici la figure de l'intégration disqualifiante :

---

<sup>1</sup> Mme Faya, Mme Enzo, Mme Lavour, Mme Brax, M. Arène.

<sup>2</sup> L'expérience vécue par Mme Faya et sa place dans la division sociale du travail correspondent pleinement au « sale boulot » décrit par E. C. Hugues (*Le regard sociologique, op. cit.*). Cf. également la définition de l'intégration disqualifiante, caractérisée par un statut social perçu comme « inférieur à celui des autres » (PAUGAM S., *Le salarié de la précarité, op. cit.*, p. 102).

« Il y a une **incertitude** avec ce genre de travail, on travaille beaucoup, on a beaucoup de remarques, **on sait pas combien de temps ça peut durer**, on sait pas si on peut être mis à la porte... Quand, comment... **On trouve pas vraiment de motivation là-dedans**, si ce n'est, bon, gagner de l'argent pour nourrir son enfant ».

Mme Faya, dont le conjoint est au chômage au moment de l'entretien, a l'intention de suivre un BTS de comptabilité dès que son CDD actuel prendra fin.

Les situations de Mme Enzo et de Mme Lavour peuvent être rapprochées. **Mme Enzo** (26 ans, mariée) est assistante sociale dans un foyer pour adolescentes. C'est son premier emploi. Elle travaille à mi-temps (plus certaines périodes en plein temps). Son CDD est renouvelé pour des durées d'1 à 4 mois depuis près d'un an. Il s'agissait au départ d'un remplacement jusqu'au retour de la personne absente, par la suite cette personne a repris mais en mi-temps thérapeutique. Mme Enzo ne sait pas ce qu'il va advenir de son propre poste dans la structure.

**Mme Lavour** (35 ans, mariée) est également en CDD à mi-temps. Son contrat est reconduit régulièrement (mais pour des périodes de plus en courtes) depuis 6 ans (avec une interruption lors de la naissance de son deuxième enfant). Mme Lavour est titulaire d'un diplôme d'infirmière en psychiatrie obtenu dans son pays d'origine, la Hollande. Elle a exercé ce métier là-bas, puis en Suisse, avant de venir en France. Le gros problème pour elle est que ce diplôme n'est pas (encore) reconnu en France : elle est donc officiellement aide-soignante, mais fait le travail d'une infirmière (et en gagne le salaire).

Mme Enzo et Mme Lavour insistent toutes deux sur la souffrance qu'elles éprouvent à n'avoir aucune assurance quant à la durabilité de leur contrat :

« Moi c'est une situation que je trouve **déstabilisante**... De **pas savoir son avenir à plus loin d'un mois devant soi**, enfin son avenir professionnel en tout cas (...). Et puis aussi une **incertitude** au niveau de sa... Parce que je sais très bien que cette période de chômage qui arrive, je la vivrai mal, je... je sais très bien que ça va être dur quoi » (Mme Enzo).

« Jusqu'à maintenant on me donnait des CDD assez longue durée, congé maternité, congé parental... qui duraient un an, un an et demi, voire deux ans, donc des périodes où j'étais assez tranquille entre guillemets. (...) J'avais un contrat qui s'est terminé en avril, on m'a refait un contrat de mai-juin, après juillet-août, et là, j'ai eu un nouveau contrat du 1<sup>er</sup> au 20 septembre, donc **ça se raccourcit de plus en plus** » (Mme Lavour).

Dans le cas de Mme Enzo, la situation est complexifiée par le fait que sa collègue, déléguée syndicale, est en conflit avec la direction et travaille de façon intermittente. Cela rend plus difficile la répartition du travail avec Mme Enzo, qui se trouve parfois obligée de faire le travail à sa place :

« Ça pose **beaucoup de problèmes au niveau de l'organisation**, parce que quand elle revient, il y a un relais qui est nécessaire, et puis elle supporte mal que je marche un peu sur ses plates-bandes, et puis c'est pas une femme avec qui on peut discuter. (...) Alors bon, sachant que c'est la direction qui me demande à moi, elle se sent un peu... – ce que je comprends, mais bon en même temps il faut que le boulot se passe aussi, bon... Et puis j'y tiens à mon poste, je m'y accroche quoi. Donc en fait à mi-temps, je me tape **beaucoup plus de boulot que ce je devrais** ».

Mme Enzo perçoit également une menace quant au contenu même de son travail et à son statut dans la structure :

« Ils sont en pourparlers, ils essaient de trouver une solution pour me garder, mais bon, je me demande... Ils ont pensé à un poste sur mesure, mais bon là je me méfie un peu parce que... je veux pas non plus – enfin je suis AS, je suis pas secrétaire ou assistante particulière du chef de service ».

Au moment de l'entretien, le conjoint de Mme Enzo, salarié en CDI comme commercial dans une enseigne de travail temporaire, vient de se voir proposer une promotion qui l'amènerait à travailler à Bordeaux. Le couple est dans l'indécision sur un éventuel déménagement.

De son côté Mme Lavaur ne met pas en avant des conditions de travail difficiles : elle s'entend très bien avec ses collègues et dispose d'une relative liberté pour aménager ses horaires. Cependant, la satisfaction d'*homo œconomicus* laisse à désirer :

« A la clinique on est toutes **mal payées**, mais il est vrai qu'ayant l'expérience professionnelle que j'ai, le salaire que j'ai c'est... c'est assez minable quoi ».

D'autre part, Mme Lavaur décrit une profonde insatisfaction de métier (*homo faber*) car la conception même du soin aux malades psychiatriques ne correspond pas du tout à ce qu'elle a appris et qu'elle souhaiterait faire :

« Si je regarde le travail que je fais maintenant et ce que j'ai fait, ce que je fais maintenant c'est vraiment... c'est **du gardiennage** quoi, par rapport... (...) Le travail en psychiatrie tel qu'on le fait à la clinique B., c'est pas du tout ce que moi j'ai appris, c'est tout le contraire. Moi j'ai appris la psychiatrie holistique, ici ils savent même pas ce que c'est ! (...) Quand je suis arrivée dans cette clinique, j'ai dit ouch, c'est pas possible, c'est incroyable de travailler comme ça, **on dirait la psychiatrie du Moyen-Âge !** ».

Mais surtout, dans le cadre d'une procédure d'agrément que suit actuellement la clinique psychiatrique où elle exerce, l'arrangement qui consistait à l'employer administrativement comme aide-soignante tout en lui laissant les prérogatives d'une infirmière est remis en question, et Mme Lavaur vit très mal d'être ainsi « rétrogradée » :

« Pour **mon narcissisme** si vous voulez, le fait d'être dégradée – bon, sur le papier seulement, mais... Tout d'un coup, c'est venu comme ça, j'ai vu que mon planning avait été changé, et j'en ai déduit que j'étais vraiment aide-soignante, enfin pas l'activité vraiment mais au niveau du planning, c'est-à-dire que j'avais plus le droit de rester seule entre 7 et 8 heures le soir, il fallait toujours que je sois avec une infirmière. Et ça, ça m'a...

*ça a été de trop... (...) Je n'avais plus le droit d'être seule, et du coup je savais même plus si j'avais le droit de placer des perfusions... ça ça a été le... le coup de grâce quoi, et j'ai commencé à disjoncter, enfin oui, j'étais très très mal, très très mal ».*

Mme Lavaur et Mme Enzo se trouvent donc dans une situation d'intégration professionnelle doublement problématique : incertaine d'une part en termes de contrat de travail, insatisfaisante d'autre part sur le plan de leur statut et de leur activité. On peut donc parler d'intégration disqualifiante, à un moindre degré toutefois que ce qui a été observé pour Mme Faya, car Mme Enzo et Mme Lavaur disposent de qualifications professionnelles qui leur permettront probablement d'aller vers une amélioration de leur situation professionnelle.

Le cas de **Mme Brax** représente une autre illustration de l'intégration disqualifiante. Cette femme de 47 ans (mariée) a commencé une vie professionnelle en intégration assurée comme salariée d'une imprimerie, puis elle a eu il y a 16 ans un accident de travail lourd de conséquences puisqu'elle a arrêté de travailler et a subi 12 opérations d'un nerf du bras. Elle a le statut de travailleuse handicapée depuis 4 ans et, au moment de l'entretien, travaille depuis 8 mois dans une entreprise de reprographie. Sa situation est extrêmement difficile dans cet emploi où il n'est pas tenu compte de son handicap : on confie à Mme Brax des tâches de PAO (correspondant à sa qualification), mais sans aménager son poste de travail ni prendre acte du fait qu'elle ne devrait pas porter du poids. Les relations avec la direction sont très tendues, pour elle comme pour tous les autres salariés de l'entreprise. Mme Brax s'est tournée vers l'AGEFIPH et l'Inspection du travail et entend bien avoir gain de cause face à un employeur qui est manifestement en faute. L'enjeu pour elle consiste à ne pas « plier » et à « aller jusqu'au bout » des 4 mois restants de son CDD, moins pour elle-même que pour ses collègues avec qui elle s'entend très bien. Mme Brax se différencie explicitement des autres salariés dans la mesure où elle n'a « pas besoin de travailler », elle n'a donc « rien à perdre » dans cet affrontement avec son employeur :

*« Toutes les autres se laissent... maltraiter, enfin toutes celles qui sont en CDD, obligatoirement, les pauvres, elles sont toutes là parce qu'elles ont besoin d'argent. (...) Une personne qui est mariée, qui est équilibrée, qui a un budget familial assez conséquent, qui a pas besoin de travailler – parce que moi je travaille en fait pour mon équilibre personnel, donc moi je me permets de raisonner, que d'autres ne se permettront pas ».*

La nature disqualifiante de l'intégration professionnelle est donc ici fortement relativisée par la situation personnelle de Mme Brax, dont le mari est ouvrier



qualifié en intégration assurée. De plus le couple a récemment hérité d'une forte somme. Par ailleurs Mme Brax estime qu'elle « *trouvera toujours du boulot* », de préférence dans l'imprimerie car elle a toujours travaillé dans ce secteur, mais elle est prête à « *faire autre chose* », l'essentiel pour elle étant que le travail ne sollicite pas son bras.

Le dernier cas proche du type de l'intégration disqualifiante est celui de **M. Arène** (25 ans), mais là encore le caractère provisoire et passager de sa situation professionnelle actuelle vient modérer fortement la disqualification. Actuellement étudiant en maîtrise d'histoire, M. Arène travaille parallèlement comme pion dans un collège, mais il n'a plus droit à cet emploi que pour 3 mois supplémentaires. Il vit chez sa compagne, Mlle Arène. Il décrit son travail de pion comme un « *sale boulot* » dans lequel il ne trouve aucune voie d'épanouissement ou de satisfaction :

*« C'est pas très... pas terrible comme boulot. (...) On peut rien faire de tangible, pratiquement rien quoi. Dès qu'on essaie de faire le moindre atelier, la moindre chose extra-scolaire, ça... c'est... on tombe face à des obstacles qui sont assez ridicules mais en même temps qui sont tout le temps présents, c'est la lenteur, c'est la décision administrative, c'est... un tas de choses à prendre en compte ».*

Cette expérience contribue à entretenir le doute quant à ses choix professionnels pour l'avenir. Il évoque plusieurs possibilités, entre lesquelles il n'a pas encore tranché. L'une d'entre elles consisterait à devenir enseignant : M. Arène prépare le CAPES et l'agrégation d'histoire, mais ces concours représentent plutôt une « *sortie de sécurité* » qu'un réel projet :

*« C'est vrai que j'ai pas envie de les passer actuellement, du moins de les réussir maintenant, j'ai plutôt envie de faire autre chose avant d'intégrer l'Éducation nationale, je verrai après, c'est vrai que j'ai pas forcément envie d'être prof actuellement, je verrai plus tard... Le fait est que je suis bien dans l'université encore donc... ».*

M. Arène envisage effectivement de poursuivre ses études avec un DEA. Une autre éventualité serait de trouver un débouché professionnel dans le journalisme. M. Arène évoque également la possibilité de s'orienter vers une profession artistique (il fait de la sculpture) ou artisanale, mais là encore sans que cela corresponde à un choix avéré. Finalement, très indécis quant à ses souhaits professionnels, il repousse autant que possible le moment du choix :

*« Là je vais me laisser du temps, 2-3 ans, pour voir, pour savoir... les choix que je vais faire... c'est vrai que c'est... c'est un peu l'âge aussi... enfin pour moi en tout cas c'est... qu'est-ce qu'on fait de la vie qui va arriver ? On se pose des questions plus sérieuses et radicales parce que faut faire des choix de toute façon... ».*

Ce délai de réflexion se matérialise pour M. Arène dans un voyage qu'il projette d'effectuer dans les pays de l'Est, pour une durée indéterminée :

« [durée du voyage] *Vraiment je sais pas, ça dépendra comment ça se passe, comment... J'ai pas d'idée, ce sera sur le tas que je déciderai si je veux y rester, voire y rester très longtemps. J'y vais aussi pour prospecter sur la possibilité d'y vivre, enfin je me laisse ouvert beaucoup de voies quoi...* ».

Le devenir professionnel de M. Arène est donc largement incertain. Sa situation actuelle, avec un emploi non durable et peu satisfaisant, autorise à le rapprocher du type de l'intégration disqualifiante, mais avec une forte probabilité de changement à venir.

### **Quatre personnes « entre deux intégrations »**<sup>1</sup>

Les 4 dernières personnes présentent la particularité de ne pas exercer d'activité professionnelle au moment de l'entretien et d'être dans une grande incertitude quant à leur avenir professionnel.

**Mme Damo** (31 ans, célibataire) est enceinte de 6 mois et demi lorsque je la rencontre. Son parcours professionnel est fait essentiellement d'intégration disqualifiante dans un premier temps (emplois précaires dans la restauration et le nettoyage) puis, pendant 3 ans, d'une période d'intégration laborieuse (CDI de serveuse et cuisinière dans un bar-restaurant). Mme Damo perd cet emploi à la suite du dépôt de bilan de l'établissement, qui s'est accompagné d'un conflit avec son employeur (elle est actuellement en procès avec lui pour licenciement abusif). Par la suite Mme Damo a retrouvé l'intégration disqualifiante avec des emplois précaires dans le nettoyage, jusqu'à l'annonce de sa grossesse. Elle projette, après la naissance de son enfant, de se montrer plus exigeante dans le choix d'un emploi (« *il faudrait vraiment que l'emploi me plaise* »). Elle estime avoir été trop souvent « exploitée » et entend désormais faire respecter ses droits notamment en termes de conditions de travail et de jours de repos.

**Mme Artur** (41 ans, célibataire), après un parcours professionnel effectué en Afrique puis en France et marqué par la précarité des emplois successifs, a récemment démissionné d'un emploi d'« aide à vivre » dans une maison de

---

<sup>1</sup> Mme Damo, Mme Artur, Mme Mara, M. Blagnac.

retraite, car elle n'a pas supporté la façon de travailler à laquelle elle était contrainte (trop peu de temps passé avec les personnes âgées, trop de quête de rentabilité...). Elle avait choisi par vocation de s'occuper de personnes âgées, et avait suivi une formation dans ce but. Cette expérience professionnelle, caractérisée par une impossibilité à trouver une satisfaction de métier, relèverait plutôt de l'*intégration laborieuse*. Mme Artur cherche actuellement un emploi (elle a une formation en secrétariat mais dit n'avoir que peu d'espoir de trouver dans ce domaine) et, parallèlement, envisage de créer son entreprise (de ménage ou de restauration) avec des amies.

**Mme Mara** (51 ans, divorcée, célibataire) a passé 24 ans au sein d'un établissement de grande distribution. Elle y est entrée comme caissière et a progressé peu à peu vers un poste de responsable du service financier. Mais à la suite d'un accident du travail qui a entraîné plusieurs opérations de la cheville et l'a rendue inapte aux postures debout (et donc à son poste), elle est au moment de l'entretien en négociation avec la direction pour obtenir son licenciement. Elle a par ailleurs demandé une reconnaissance comme travailleuse handicapée. Elle a passé les 4 dernières années à travailler de façon intermittente, entre arrêt maladie et mi-temps thérapeutique. Cette période a été très difficile à vivre car, outre le handicap lié à sa cheville, elle a été confrontée à une dégradation des conditions de travail dans l'entreprise en général (liée à une restructuration), et pour elle en particulier (non respect de son aptitude restreinte, perte d'initiative dans son travail). Un reclassement sur un poste assis ne pourrait être (objectivement et subjectivement) qu'un déclassement. Mme Mara a donc expérimenté un passage de l'intégration assurée à l'*intégration laborieuse*<sup>1</sup>. A 51 ans, elle préfère partir, « tourner la page » et rechercher un autre emploi. Elle n'exprime pas d'inquiétude, ni pour retrouver un emploi :

« Tout le monde me dit : mais t'as pas peur, à 51 ans ? Je dis non. **J'ai assez de tchatche, si jamais...** On m'a déjà fait des propositions pour vendre des vêtements à domicile, pour vendre des sous-vêtements, alors bon, si jamais, hein... De toute façon, comme je dis, y'a pas de sot métier, y'a que des sottés gens. Donc **j'arriverai bien à retrouver hein** »,

---

<sup>1</sup> « L'intégration peut aussi devenir laborieuse au moment d'une réorganisation des services d'une entreprise, lorsque les salariés constatent que leur poste de travail est complètement transformé dans un sens qui leur semble plus dévalorisant. Ils doivent alors se réadapter à de nouvelles fonctions et accepter de force ce qu'ils considèrent comme un déclassement », in PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, op. cit., p. 102.

ni en ce qui concerne sa situation financière : les deux filles de Mme Mara, qu'elle a élevées seule depuis son divorce, ont un emploi. Elle est par ailleurs propriétaire de sa maison :

« Dans la mesure où j'aurai un bagage, dans la mesure où j'ai la COTOREP, où je peux me faire recycler, même si j'ai moins d'argent, c'est pas un problème, ça, l'argent, ça ne me stresse plus ».

Au moment de l'entretien, **M. Blagnac** (31 ans, célibataire) touche le RMI. Il a repris depuis 5 ans un cursus de formation professionnelle (capacité en droit, et actuellement DUT de gestion), et habite chez ses parents. Ses expériences professionnelles passées oscillent entre intégration disqualifiante (manutention en intérim), laborieuse (vigile en CDI puis licenciement) et incertaine (CDD d'un an de secrétaire comptable).

Le tableau ci-dessous présente la répartition des 30 cas analysés par type d'intégration professionnelle, au regard de l'emploi actuel ou, le cas échéant, du dernier emploi occupé.

Intégration assurée (7 personnes)	Intégration incertaine (9 personnes)	Intégration laborieuse (8 personnes)	Intégration disqualifiante (6 personnes)
Mme Alpe Mme Chafi Mme Jeco Mme Jost Mlle Loci Mme Pinson M. Sernin	Mme Anam Mme Beban M. Blagnac* Mme Blondel Mme Delache Mme Mermoz Mlle Roque M. Terray M. Thimas	Mlle Arène Mme Artur* M. Bois Mme Fonviel Mme Jodu* Mme Kléber* Mme Mara* Mlle Portet	M. Arène Mme Brax Mme Damo* Mme Enzo Mme Faya Mme Lavaur

\* Personnes sans activité au moment de l'entretien : l'analyse concerne le dernier emploi occupé

Que peut-on retenir de cette confrontation des données d'enquête à la typologie de l'intégration professionnelle, et quels prolongements peuvent être développés ?

Tout d'abord, on remarque une relative porosité des quatre types d'intégration, ce qui constitue peut-être une limite de la typologie, mais en fait aussi sa souplesse et son caractère opérationnalisable. D'ailleurs S. Paugam parle bien d'un « espace » de

l'intégration professionnelle, ce qui autorise à considérer les quatre types non comme des catégories aux limites figées, mais comme les pôles d'un continuum de situations. De plus, les difficultés que l'on peut parfois rencontrer lorsqu'on tente comme je l'ai fait d'associer chaque cas singulier à un type d'intégration me semblent pouvoir être partiellement expliquées par un défaut d'information sur l'une des dimensions centrales de la typologie, celle de l'entreprise. Cet ordre de réalité est relativement absent des entretiens, à la fois parce que la majorité des personnes rencontrées ne travaillent pas dans le cadre d'une entreprise « classique » (ou alors de petite taille), et parce que mon guide d'entretien n'a que (trop) peu exploré cette dimension. Ceci explique au moins en partie certaines limites à l'utilité de la typologie pour ce corpus en particulier.

Mais surtout, les difficultés rencontrées dans cette mise en perspective de la typologie et des données d'enquête présentent l'intérêt heuristique de mettre en lumière les traits significatifs de certains aspects des mutations du travail et de l'emploi. On a vu par exemple qu'il est difficile de qualifier la situation de personnes qui sont en emploi fixe, mais dont les temps de travail irréguliers ou insuffisants ne leur garantissent aucune assurance financière (Mme Alpe, Mme Chafi, M. Sernin). Dans ce sous-type que j'ai nommé « intégration assurée flexible », on touche aux phénomènes de « déstabilisation des stables » ou de renouveau de formes de pauvreté dans le travail dont on a vu en première partie qu'ils caractérisaient le monde du travail contemporain où la notion même d'emploi « stable » perd de son sens. On a pu observer également que même l'intégration assurée ne met pas les salariés à l'abri de formes d'incertitude ou d'insatisfactions dans leur travail (Mme Jost, Mlle Loci).

La nature même de l'intégration assurée, d'ailleurs, prend un sens particulier au regard de certains cas rencontrés ici, en particulier pour Mme Blondel, Mme Delache et Mme Mermoz qui partagent une caractéristique commune : celle d'évoluer dans des univers professionnels où les fonctions qu'elles occupent sont *par nature* fluctuantes et correspondent souvent à des emplois à durée déterminée (même s'il s'agit de durées relativement longues). Le paradoxe est que dans de tels profils professionnels, c'est précisément le fait de changer souvent d'emploi et de redéfinir constamment ses compétences qui peut apporter une forme d'assurance dans le rapport au travail et à l'emploi. L. Boltanski et E. Chiapello<sup>1</sup> ont bien décrit

---

<sup>1</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit.

cette forme particulière d'employabilité « portative » qui repose sur l'adaptabilité, la flexibilité, la mobilité, et s'oppose en cela au modèle classique de l'intégration assurée<sup>1</sup>. « Précarité » et « stabilité » de l'emploi sont, dans ces contextes professionnels, des notions toutes relatives. Mme Delache décrit bien comment un CDI n'est pas une garantie de stabilité, soit parce qu'une restructuration est toujours possible :

« A Assur j'étais en CDI, et le CDI, il s'est fini à un moment ou à un autre quoi, donc... »

« Dans les *fonctions de vente*, je veux dire que dans... dans nos amis proches, de formation identique, ben en gros, dans les 4 dernières années, tous les 2 ans y'en a qui se sont retrouvés également... sur la touche »,

soit parce que l'entreprise elle-même n'est pas nécessairement stable - Mme Delache évoque une offre d'emploi qu'elle a refusée :

« Finalement, tout bien pesé, entre un poste en CDI mais sur une petite structure qui a 5 ans et qui n'est pas forcément euh... très viable... (...) Là c'était un poste, je pouvais le prendre là au 1<sup>er</sup> mai et qu'au 1<sup>er</sup> septembre on me dise ah ben finalement, vous avez pas atteint les objectifs qu'on vous a fixés, et puis bon, tout CDI derrière, bon... **Donc la notion de... de sécurité derrière la notion de CDD ou CDI, euh... c'est pas<sup>2</sup>...** ».

D'un autre côté, un CDD d'une durée conséquente peut être perçu comme plus assuré :

« **Paradoxalement**, alors que ce n'est qu'un CDD chez France Télécom, là à la limite j'ai l'impression d'avoir enfin 9 mois de vision devant moi, donc... bon comme c'est un premier CDD France Télécom et qu'ils ont clairement besoin de monde, on peut supposer que ça pourra être prolongé sur 2002 ».

Ainsi, et même du point de vue subjectif renvoyant à la possibilité de se projeter dans l'avenir, l'association CDI-stabilité et CDD-instabilité n'est pas toujours vérifiée.

La porosité la plus importante, me semble-t-il, est celle qui rend parfois difficile la distinction entre intégration incertaine et intégration disqualifiante. Lorsque l'intégration incertaine s'accompagne de réelles pénibilités ou de mauvaises conditions de travail mais que ces inconvénients sont mis à distance par leur aspect temporaire, ou par un intérêt trouvé dans le travail lui-même (satisfaction d'*homo faber*), comment « trancher » entre intégration incertaine ou disqualifiante ? Ce même problème a été rencontré dans le chapitre IV à propos de la classe

---

<sup>1</sup> Mme Mermoz en particulier exprime très fortement le rejet de ce modèle, dont le « fonctionnaire » incarne la figure repoussoir par excellence : « alors là dans le style monolithique et... Enfin tout ce que je déteste quoi ».

<sup>2</sup> On peut trouver un écho de ces propos chez Mme Blondel : « même dans la première société [où elle était en CDI], où quand même on a eu des dernières années très difficiles, vous avez toujours l'angoisse du lendemain, vous avez toujours l'angoisse de votre devenir, vous ne savez pas comment vous allez faire pour sauvegarder votre boulot... Là, la question ne se pose pas. Je sais que demain, je ne l'ai pas, voilà. Et bien ça c'est formidable. Entre guillemets ».

d'expérience du travail et de l'emploi qualifiée de « mixte », où les conditions de travail sont partiellement dégradées tandis que le rapport au travail reste positif. C'est finalement la notion de « satisfaction » qu'il faut décomposer plus finement afin de pouvoir rendre compte de configurations où les différents aspects du rapport au travail (conditions de travail *vs* identité et reconnaissance professionnelles par exemple) font apparaître des divergences internes. La section suivante sera consacrée à cet approfondissement de l'analyse des multiples composantes de la satisfaction au travail.

A plusieurs reprises au cours des pages précédentes j'ai fait référence au parcours antérieur des personnes et à leurs projets ou perspectives dans un avenir proche pour mieux éclairer leur situation actuelle. Il ne s'agit pas là d'un simple souci de « contextualisation » mais, plus fondamentalement, d'une nécessité analytique qu'il me semble intéressant d'approfondir. On a vu par exemple que le sens donné aux situations vécues au moment de l'entretien était parfois à référer à leur caractère passager ou provisoire aux yeux des personnes concernées (Mlle Loci, Mlle Portet, M. Sernin). On a également constaté que certaines personnes jugent d'autant plus positivement leur position professionnelle actuelle – même si elle n'est pas « idéale » – qu'elles ont auparavant connu des expériences bien moins avantageuses (Mme Jeco, Mme Chafi, M. Terray...). Le cas de Mme Anam illustre bien ce principe : bien que son emploi actuel soit précaire et pénible, le travail lui plaît, elle se sent reconnue et utile, et souhaiterait vivement obtenir un CDI dans l'établissement qui l'emploie. Il faut comprendre ses propos en référence à l'emploi qu'elle occupait précédemment, qui était tout aussi pénible<sup>1</sup> mais où en outre « *le travail, l'ambiance ne me plaisaient pas* ». Mme Anam croyait en effet avoir été embauchée pour travailler au contact des personnes âgées et a découvert lors de son premier jour qu'elle devait être plongeuse<sup>2</sup>. C'est donc avec la mémoire de cette expérience malheureuse que Mme Anam juge sa situation actuelle comme plus satisfaisante. L'intégration incertaine prend ici une valeur d'autant plus positive qu'elle fait suite à une période d'intégration disqualifiante.

---

<sup>1</sup> Je parle ici des pénibilités physiques mais, et c'est tout le sens de mon propos, il est extrêmement difficile de comprendre ce que recouvre la « pénibilité » sans faire intervenir la dimension de la satisfaction dans le travail (comme on l'a vu au chapitre I, §3, à propos de l'intensification du travail).

<sup>2</sup> « *Et quand j'ai trouvé la clinique P., je croyais que c'était ça. Je me suis... [Mon employeur] s'est mal fait comprendre et moi aussi, quand il m'a dit "bon ben je vous prends", et quand il m'a amenée en cuisine, je l'ai regardé, j'ai dit : "c'est ça que je fais ?", il me dit "ben oui" - "Ah...". J'allais pas dire non puisque j'avais signé un contrat, c'était trop tard* ».

Je propose d'étendre ce type d'intelligibilité à l'ensemble du corpus, dans l'idée que le sens vécu de la situation professionnelle actuelle (quelle qu'elle soit) ne peut être compris qu'au regard des expériences passées et des perspectives qui se profilent dans l'avenir proche. Il s'agit donc de compléter l'analyse effectuée sous l'angle des types d'intégration professionnelle par une approche privilégiant davantage encore la dimension longitudinale des parcours et leur interprétation émique.

### ***b) Des types aux dynamiques d'intégration professionnelle : la ligne des parcours***

Si chacun des cas analysés a pu être rattaché à un type d'intégration professionnelle (avec, comme on l'a vu, des variantes notables), une compréhension plus approfondie des expériences nécessite de prendre un certain recul par rapport aux situations actuelles pour les replacer à la fois dans l'amont des expériences passées et dans l'aval des perspectives à moyen terme. Le propos consiste ici à dégager dans les récits recueillis la réponse que les personnes donneraient si on leur demandait (et cela a parfois été fait) de *se situer, sur le plan professionnel, comme globalement « mieux qu'avant », « moins bien qu'avant », « aussi bien / aussi mal qu'avant »* (ce qui est désigné comme « avant » étant bien sûr variable selon les cas). Cette question est importante puisque, comme je viens de le souligner, le sens subjectif que prennent les différents types d'intégration professionnelle dépend de leur mise en perspective globale à l'échelle des parcours. Plus encore, il ne s'agit pas « que » de sens : la perception que les individus ont à la fois du chemin parcouru et de l'espace des possibles qui s'offre à eux, c'est-à-dire finalement la façon dont ils se représentent et donnent sens à leur histoire au sein du monde du travail constitue le socle à partir duquel ils vont prendre des décisions, faire des choix, renoncer à certains projets ou en élaborer d'autres, prendre des risques ou rechercher une forme de sécurité, etc.

On peut identifier a priori trois modalités de l'appréciation rétrospectivement portée par les personnes sur leur histoire professionnelle, c'est-à-dire trois types de ce bilan d'ensemble mettant en intrigue ce que l'on a connu, ce que l'on connaît et ce que l'on va probablement connaître : amélioration (ou progression), dégradation (ou régression), stagnation (ou continuité). Dans ce dernier cas, deux possibilités peuvent être distinguées : l'absence de tendance globale positive ou négative



s'explique soit par une stabilité de l'intégration professionnelle (par exemple lorsque l'emploi actuel est le premier, comme pour Mme Enzo : il n'y a pas d'« avant » permettant une comparaison), soit par une hétérogénéité de dynamiques, c'est-à-dire lorsque la situation actuelle est à la fois « mieux qu'avant » par certains aspects (par exemple la nature contractuelle de l'emploi) et « moins bien qu'avant » pour d'autres d'aspects (par exemple les horaires de travail). Dans ce cas, il y a équivalence de jugement : « l'un dans l'autre », le degré de satisfaction<sup>1</sup> dans la vie professionnelle est le même aujourd'hui qu'antérieurement.

Bien sûr cette façon d'analyser les données oblige à une lecture synthétique des trajectoires et amène à laisser de côté certains épisodes professionnels que l'on jugera peu significatifs : le but est bien de réduire la complexité de chaque histoire singulière pour dégager des lignes directrices ou des tendances globales. La définition de ce qui est « significatif » à l'échelle d'un parcours dans son ensemble s'appuie à la fois sur les appréciations explicitement formulées par les personnes au cours de l'entretien (spontanément ou à ma demande), et sur un travail « compréhensif » (au sens défini précédemment) d'analyse de contenu visant à dégager par reconstitution ce jugement émique.

12 possibilités théoriques peuvent être déduites du croisement entre les 3 modalités du jugement d'ensemble sur l'histoire du rapport au travail et à l'emploi et les 4 types d'intégration professionnelle qui, dans cette optique, ne sont plus à comprendre comme des catégories permettant de classer les situations actuelles, mais comme des *pôles*, des directions globales caractérisant la ligne d'ensemble des parcours. Le tableau ci-dessous présente la répartition des 30 parcours selon ces 12 combinaisons :

---

<sup>1</sup> Il s'agit ici de la satisfaction au sens large, incluant à la fois la position à l'égard de l'emploi et la nature et les conditions du travail effectué.

Pôle d'intégration professionnelle				
Dynamique globale du parcours	Intégration assurée	Intégration incertaine	Intégration laborieuse	Intégration disqualifiante
Amélioration	Mme Jeco Mme Pinson Mme Alpe Mme Chafi M. Sernin	Mlle Roque Mme Beban Mme Anam Mme Mermoz M. Terray M. Blagnac*	Mlle Arène	-
Continuité	Mlle Loci	Mme Delache Mme Blondel M. Thimas	Mme Kléber* Mlle Portet	Mme Faya Mme Enzo M. Arène Mme Damo*
Dégradation	Mme Jost	-	M. Bois Mme Jodu* Mme Fonviel Mme Artur* Mme Mara*	Mme Lavour Mme Brax

\* Personnes sans activité au moment de l'entretien : l'analyse concerne le dernier emploi occupé

Sur l'ensemble des entretiens, 12 personnes estiment être dans une dynamique d'amélioration de leur position professionnelle, 10 sont actuellement dans une situation équivalente à ce qu'elles ont connu antérieurement, et 8 font l'expérience d'une dégradation.

On remarque que seulement 2 combinaisons ne sont illustrées par aucun cas :

- une intégration incertaine qui serait associée à une dégradation de la situation professionnelle : cela pourrait être le cas de personnes qui ont perdu un emploi stable et satisfaisant et exerceraient en emploi précaire, tout en conservant un rapport positif au travail. Les parcours de Mme Delache et de Mme Blondel pourraient se rapprocher de cette configuration, mais ni l'une ni l'autre se s'estime actuellement moins heureuse professionnellement qu'elle ne l'était auparavant (je reviendrai dans la section 3. sur ces expériences positives de la précarité de l'emploi) ;

- une intégration disqualifiante qui serait associée à une amélioration de la situation professionnelle : compte tenu de la nature même de l'intégration disqualifiante, on voit mal en effet comment elle pourrait représenter un « mieux » - sauf si elle succède à une période de chômage vécu comme difficile. Il ne s'agit pas là à proprement parler d'une amélioration de la vie de travail, mais d'un passage de l'inactivité à l'activité professionnelle, qui est observé chez Mme Enzo

ou Mme Faya. Cette dernière exprime bien l'ambivalence qui caractérise sa situation actuelle. Par rapport à une période de chômage où « *je tournais un peu en rond et puis j'avais besoin d'avoir une activité* », le retour à l'emploi est un changement positif (« *c'était quand même trouver un équilibre, ça me manquait* »), mais la confrontation avec une intégration disqualifiante modère son jugement : « *mais je m'attendais pas à tomber sur un travail comme celui-ci* ».

L'intégration assurée n'est associée à une dégradation que pour Mme Jost. Encore s'agit-il d'un cas-limite : on a vu que Mme Jost (infirmière d'entreprise) approche de la retraite et qu'elle a hâte de « *rattraper ce que je n'ai pas pu faire pendant des années* » ; on a vu également que même si son rapport au travail reste très positif, elle fait état de difficultés et de tensions croissantes au sein de l'entreprise qui l'emploie depuis 26 ans. Ces éléments permettent de considérer que tout en restant proche de l'intégration assurée, Mme Jost se considère comme « moins bien qu'avant » sur le plan professionnel.

Dans le cas de Mlle Loci, il n'y a pas de tendance dominante : après avoir occupé un emploi de vendeuse en librairie, emploi précaire mais correspondant à ses aspirations professionnelles, elle est aujourd'hui en CDI « provisoire » (et plutôt satisfaite dans son travail) en attendant de réussir un concours de bibliothécaire. « L'un dans l'autre », donc, Mlle Loci se situe « comme avant » sur le plan professionnel.

Toutes les autres personnes dont la situation a été rattachée au type de l'intégration assurée sont aujourd'hui dans une dynamique d'amélioration de leur position professionnelle. Mme Jeco s'est enfin stabilisée dans un emploi qui lui convient. Mme Pinson a connu une période d'intégration assurée lorsqu'elle était standardiste, puis a fait pendant quelques années l'expérience de l'intégration incertaine. Mais on peut dire qu'elle n'a jamais été aussi heureuse dans son travail que depuis qu'elle est devenue animatrice pour enfants. Enfin, les trois personnes en « intégration assurée flexible » (Mme Alpe, Mme Chafi et M. Sernin) ont connu une évolution qui les a rapprochés à la fois de la stabilité de l'emploi et de la satisfaction dans le travail. Mme Alpe a passé toute la première partie de sa vie professionnelle entre intégration laborieuse, incertaine et disqualifiante avec des emplois dans la confection, la restauration et l'entretien. Sa situation s'est stabilisée depuis plusieurs années avec son emploi municipal d'aide à domicile (complété par quelques heures dans un emploi de cuisinière). De plus, Mme Alpe pense obtenir sa titularisation sur un temps complet, ce qui justifie de considérer que son

parcours est caractérisé par une amélioration globale. Mme Chafi occupe actuellement pour la première fois de sa vie un emploi stable qui lui plaît. Le seul aspect négatif est l'insuffisance de revenu lié au temps partiel, mais en référence à son parcours antérieur marqué par l'intégration disqualifiante et le chômage, elle est aujourd'hui plus proche que jamais d'une intégration assurée. Enfin M. Sernin, chez qui intégration incertaine et disqualifiante ont longtemps alterné, occupe actuellement deux emplois qui correspondent à ses choix de métier. L'un est un CDD, mais sera probablement transformé en CDI à court terme. De plus, M. Sernin devrait voir augmenter son temps de travail hebdomadaire.

*L'intégration laborieuse* peut prendre toutes les valeurs :

- elle s'inscrit dans une dynamique d'amélioration pour Mlle Arène, en comparaison avec les épisodes d'intégration disqualifiante qu'elle a connus auparavant. Bien que dénuée de toute satisfaction notable dans le travail, sa situation actuelle lui procure un grand « *soulagement* », essentiellement sur le plan financier ;

- pour 5 personnes, l'intégration laborieuse prend place dans une dynamique de dégradation. Pour M. Bois et Mme Mara, elle succède à une longue période d'intégration assurée : on pourrait dire que ces deux personnes ont, contrairement à Mme Jost, « basculé » du côté de l'intégration laborieuse. Un paramètre important les distingue tout de même : Mme Mara s'apprête à quitter définitivement l'entreprise où elle travaille, et à prendre un nouveau départ professionnel, tandis que M. Bois n'évoque que vaguement et à plus long terme la possibilité de changer d'emploi<sup>1</sup>. Mme Jodu, qui est en arrêt maladie prolongé au moment de l'entretien et qui mentionne l'usure grandissante caractérisant les dernières années de sa vie professionnelle, espère pouvoir atteindre la retraite sans retour à l'emploi. Mme Fonviel a connu des expériences professionnelles plus satisfaisantes que son emploi actuel d'aide à domicile, mais elle s'estime trop âgée pour envisager de changer d'activité (« *si j'avais une deuxième vie, bon, mais là...* ») et semble donc s'être résignée à conserver cet emploi qu'elle juge disqualifiant. Enfin, le parcours de Mme Artur oscille entre intégration incertaine, disqualifiante et laborieuse. Au vu de ses projets

---

<sup>1</sup> « *Bon là on fait construire, donc c'est vrai que faisant construire je peux pas trop non plus... je veux dire je peux pas arrêter de travailler là et chercher autre chose autrement. Donc pour l'instant on attend, et c'est vrai qu'une fois qu'on sera dans la nouvelle maison et qu'on sera installés, je pense quand même que je vais essayer de trouver quelque chose où je pourrai être plus proche des enfants.* - Et vous avez une idée de... ? - *Pas du tout ! (rire) (...) C'est pas très très clair, j'avoue que... c'est pas très précis ! Bon, je sais pas* ».

professionnels initiaux (études de pharmacie puis de secrétariat), de ses premières expériences professionnelles (secrétariat) et des emplois non qualifiés qu'elle a occupés par la suite (auxiliaire de vie en maison de retraite et aide à domicile), on peut considérer que Mme Artur se situe dans une dynamique de dégradation de son rapport au travail et à l'emploi ;

- l'intégration laborieuse s'associe à une continuité pour Mlle Portet : son emploi actuel dans un fast-food ne lui apporte pas de satisfaction liée au travail, mais il s'agit d'un emploi stable qui lui laisse du temps pour explorer d'autres pistes professionnelles - ce qui n'était pas le cas des stages ou des « petits boulots » de vendeuse qu'elle a connus auparavant. Quant à Mme Kléber, son parcours s'est entièrement déroulé dans l'univers ouvrier laborieux d'une biscoterie industrielle. On peut donc parler ici d'une forte stabilité du rapport au travail et à l'emploi, tout en rappelant qu'à la suite de son infarctus Mme Kléber s'oriente aujourd'hui vers une cessation définitive d'activité professionnelle.

La majorité des personnes proches de *l'intégration incertaine* se situent dans une dynamique d'amélioration de leur position professionnelle. Je ne reviendrai pas en détail sur chacun des parcours, qui tous se caractérisent par un rapport au travail plus heureux aujourd'hui qu'auparavant, malgré une instabilité d'emploi problématique pour certains (Mlle Roque, Mme Beban, Mme Anam). Le cas de M. Terray est particulier dans la mesure où, après un parcours de progression dans l'emploi intérimaire (on peut parler ici d'une véritable « carrière » dans l'intérim), on ne peut pas négliger le fait qu'il va intégrer une école de police dans quelques mois, et donc s'orienter vers la stabilité de l'emploi. Et même s'il s'agit de prospective, il semble pertinent de considérer que la dynamique d'amélioration se trouvera confirmée par cette nouvelle intégration probablement assurée - c'est en tout cas de cette façon que M. Terray lui-même envisage son futur métier<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> M. Terray est sans doute, parmi les 30 sujets rencontrés, le plus enclin à se situer spontanément et explicitement dans une logique d'évaluation rétrospective du chemin parcouru. Il s'était d'ailleurs préparé à l'entretien en dressant une liste des (nombreux) emplois qu'il a occupés. Mais au-delà de cette occasion qui lui était donnée de faire le point sur son parcours socioprofessionnel, on sent que M. Terray joue volontiers pour lui-même le jeu du bilan personnel, et se plaît à retracer l'histoire de ses réussites successives peu à peu conquises après des débuts difficiles dans le monde du travail (et dans la vie en général, notamment au regard de son histoire familiale). L'entretien s'achève sur ces mots : « *quand on voit comment je suis sorti des études, comment j'ai galéré, tous les boulots que j'ai faits... Comment j'ai bourlingué... Donc je me dis, j'ai fait pas mal de choses, je suis plus confiant quoi, l'expérience... Je me dis que le plus dur est fait* ».

Mme Delache, Mme Blondel et M. Thimas illustrent des configurations où la situation professionnelle actuelle, proche de l'intégration incertaine, n'est ni « meilleure » qu'auparavant, ni « moins bonne » – ou plutôt à la fois l'un et l'autre. Enfin, l'*intégration disqualifiante* s'inscrit dans une dynamique de dégradation pour Mme Lavaur et Mme Brax. La première a connu dans le passé des périodes d'intégration assurée ou incertaine « choisie » en tant qu'infirmière psychiatrique (et cela dans trois pays différents). Sa situation actuelle est nettement plus défavorable, marquée à la fois par de profondes insatisfactions dans le travail et par une précarité d'emploi de plus en plus problématique. Mme Brax, en emploi instable et en conflit grave avec son employeur au moment de l'entretien, a bien du mal à retrouver dans cette intégration disqualifiante le plaisir au travail et l'épanouissement professionnel qu'elle avait expérimentés dans la première partie de sa vie professionnelle, avant son accident de travail.

Pour Mme Enzo et M. Arène, l'intégration disqualifiante est associée à une continuité dans la mesure où l'un comme l'autre occupent leur premier emploi. Mais il faut garder à l'esprit que pour M. Arène, l'emploi de surveillant scolaire actuellement occupé n'est qu'un passage et ne constitue en aucun cas un horizon professionnel, contrairement à Mme Enzo qui exerce son *métier* d'assistante sociale. Enfin, Mme Faya et Mme Damo ont essentiellement connu l'intégration disqualifiante, et leur situation actuelle ne s'en éloigne pas – à ceci près que Mme Damo va probablement rester quelques années sans travailler : « *je me dis : là tu vas avoir un bébé, tu vas déjà l'élever à la maison tranquille, quand il aura l'âge tu le mettras à l'école, à ce moment-là tu te rechercheras un travail* ».

Cette relecture des parcours sous le double angle de l'intégration professionnelle et de l'évolution d'ensemble subjectivement perçue permet une appréhension plus fine des expériences vécues et fait apparaître la diffraction des quatre pôles d'intégration professionnelle en fonction du sens – à la fois « signification » et « direction » – qu'ils prennent dans chacun des récits recueillis. On voit ainsi que le sens même du rapport au travail et à l'emploi est construit par la mise en intrigue des choix scolaires, des aspirations professionnelles initiales, des ajustements, décalages, arbitrages effectués tout au long du parcours, et par la lecture rétrospective qui en est faite au cours (et au moment) de l'entretien. Tout cela construit les *expériences sociales du travail* et de la mobilité socioprofessionnelle, non réductibles à des éléments objectivement descriptibles.

Un point important mérite d'être rappelé : cette caractérisation des parcours selon des dynamiques dominantes n'est en aucun cas prédictive de l'avenir professionnel des personnes. L'analyse s'appuie sur la trajectoire passée, la situation présente et les perspectives d'avenir telles qu'elles sont descriptibles au moment précis de l'enquête, et mises en intrigue dans le cours de l'entretien. J'ai souligné à plusieurs reprises combien l'incertitude était centrale dans un grand nombre de cas, et également combien l'interprétation aurait été orientée différemment si l'entretien avait eu lieu quelques semaines ou quelques mois plus tôt, ce qui devrait couper court à toute tentation déterministe. Aucun des pôles d'intégration ne constitue un « destin », comme l'attestent les très nombreux exemples de circulation d'un pôle à l'autre<sup>1</sup>. Pas de fatalité donc, mais un ensemble de conditions de possibilité objectives (le diplôme en est une essentielle<sup>2</sup>) et subjectives qui jalonnent les déplacements dans l'espace de l'intégration professionnelle.

L'attention accordée à la construction émique et aux interprétations subjectives des parcours ne doit pas faire oublier que ceux-ci portent la marque du contexte sociohistorique dans lequel ils prennent place : celui des transformations de l'emploi et du travail qui ont été décrites en première partie. Les propos recueillis illustrent en effet en de nombreuses occasions les diverses facettes des processus de précarisation du travail. Je ne citerai que quelques-unes de ces correspondances :

- plusieurs personnes ont été confrontées aux phénomènes de *restructurations* des grandes entreprises (et à leur cortège de plans sociaux) qui font entrer dans la précarité des salariés ayant passé de nombreuses années en intégration assurée au sein de ce qu'ils considéraient comme « leur » entreprise. Trois personnes ont directement connu cette expérience dans le secteur de la grande distribution alimentaire (Mme Blondel, Mme Mara, Mme Pinson), et une dans le secteur des assurances (Mme Delache). Le récit de **Mme Blondel** est particulièrement intéressant car son poste dans l'entreprise a évolué au fur et à mesure de ces

---

<sup>1</sup> Sur l'ensemble des entretiens, toutes les possibilités de passage d'un type d'intégration professionnelle à un autre sont observées au moins une fois - soit en tout 12 possibilités, si l'on s'en tient aux séquences de 2 types d'intégration professionnelle (et non de 3 types successifs ou davantage, qui existent également).

<sup>2</sup> Celui-ci apparaît, pour une grande partie des personnes rencontrées, comme « de plus en plus nécessaire, mais de moins en moins suffisant », cf. : TERRAIL J.-P., POULLAOUËC T., « École et divisions sociales », in BOUFFARTIGUE P. (dir.), *Le retour des classes sociales*, op. cit., pp. 159-174.

restructurations auxquelles elle a participé en tant qu'actrice et qui ont finalement été à l'origine de son départ :

« La société qui était très florissante a fait l'objet de nombreuses convoitises et **nous** avons fait l'objet d'une OPA, et donc là **nous** sommes entrés dans une grande bataille boursière, et je **me suis chargée** de la communication avec les actionnaires. Donc lorsque l'OPA a été terminée, **nous** sommes devenus une société encore plus importante, puisque **nous** avons été groupés avec une autre société, et là **j'ai travaillé** avec le directeur des affaires sociales du groupe, et je **me suis occupée** de tout ce qui était mise à plat des statuts sociaux des différentes sociétés. (...) Donc mise à plat des statuts sociaux, préparation des négociations, et participation aux négociations avec les partenaires sociaux, donc ça c'était aussi une ouverture très intéressante. Ensuite, ce nouveau groupe a été vendu à un gros groupe, donc ça a eu pour conséquence la fermeture de notre siège social d'Agen (...). Donc mise en place d'une cellule de reclassement, et je **me suis occupée** de la coordination de cette cellule de reclassement. Nous avons fait appel à un cabinet extérieur, et moi **j'étais chargée** de coordonner un petit peu l'ensemble. A l'issue de ça, j'ai quitté la société, puisque le siège social a fermé, et que j'avais donc deux possibilités : soit aller dans le groupe Casino, soit partir. **J'ai préféré partir** ».

« **C'était MA société** – Où vous pensiez rester... – Stupidement, jusqu'à ma retraite ! (rire) ».

On peut ajouter que pour certaines personnes, même si elles n'ont pas été personnellement concernées, ces pratiques de restructurations sont inscrites dans le paysage du travail et contribuent à le rendre fluctuant et incertain, comme l'exprime **Mme Kléber** :

« Après on a été rachetés... je sais plus comment ça s'appelle... par Unibis, après par Heudebert, bon maintenant c'est Lu mais c'est toujours le groupe Danone hein, et... **chaque fois il y a eu des changements**. Chaque groupe restructure... Et donc y'a 4 ans là, ils ont fait un plan social là aussi déjà. (...) On a fait plusieurs fois des grèves. On était Heudebert je crois déjà, y'en a une c'était je sais plus quelle année, peut-être 89 ou même avant, qui a bien duré un mois, un mois et demi... – Et qui a abouti ? – Oui, quand même, ça a abouti. Mais chaque fois qu'il y a des trucs comme ça, **après y'a toujours du changement**. Parce qu'il y a souvent, **ils changent souvent de directeur**, et chaque directeur qui vient il a un objectif. Alors bon ça fait des tensions, ça c'est sûr, comme actuellement là, j'y suis pas, mais... je suis au courant quand même, puisqu'on se téléphone, c'est sûr qu'**ils sont tous sur... sur les nerfs quoi, parce qu'ils se demandent comment ça va se passer, et chaque fois qu'il y a eu des changements ça a été toujours ça** ».

**Mme Jost**, en tant qu'infirmière d'entreprise, insiste également sur le « climat social » instauré par ces pratiques :

« Tous les **conflits**, les conflits économiques, les restructurations, tout ce qu'il y a autour de la mondialisation hein entre guillemets, je pense que ça a une très grande influence sur le milieu de travail, et surtout sur les employés. (...) Actuellement [mon entreprise] est en train de se restructurer, ce qui veut dire qu'**il va y avoir des effacements de personnes**, certains postes vont être supprimés (...). Ça crée un climat, **un climat social qui n'est pas très très agréable** » ;



- souvent liée à des restructurations, *l'intensification du travail* est présente en détails dans un certain nombre d'entretiens : densification temporelle du travail, disparition des temps d'échange avec les collègues, redéploiement du contrôle hiérarchique, durcissement des relations avec le public, exigence de résultats sans moyens suffisants pour les atteindre, perte du sens même du travail par sa fragmentation, etc., sont des éléments décrits par M. Bois, Mme Mara, M. Terray ou Mme Pinson ;

- le parcours professionnel de plusieurs des personnes rencontrées s'inscrit dans le contexte du développement de *l'externalisation* productive qui, on le sait, favorise la non durabilité des emplois. Mlle Roque et M. Terray, chacun à leur façon, ont été confrontés à l'emploi intérimaire dans l'industrie. M. Thimas, lorsqu'il a créé son entreprise de livraison, a quant à lui expérimenté le travail en sous-traitance et du même coup la dépendance étroite envers un donneur d'ordre, qui en diminuant brutalement la charge de travail a rendu son entreprise non viable ;

- la *flexibilisation* des temps de travail est un phénomène que l'on retrouve dans un grand nombre d'entretiens, sous des formes diverses (sous-emploi, horaires fluctuants, temps de travail irréguliers), aussi bien dans le contexte d'emplois du secteur privé (Mme Fonviel, Mme Artur, Mme Beban) que d'emplois municipaux (Mme Alpe, M. Sernin, Mme Pinson) ;

- la tendance générale à la baisse du nombre d'*emplois non qualifiés* se retrouve largement dans l'enquête, notamment dans les parcours de Mme Faya, M. Thimas, Mme Anam, Mme Damo, Mme Chafi, Mme Jodu et Mme Alpe. Pour ces deux dernières, il s'agit en particulier de l'extinction progressive du secteur de la confection textile dans lequel elles ont eu une première intégration professionnelle comme ouvrières ;

- *l'affaiblissement de la dimension collective* du travail est également très sensible dans plusieurs entretiens, soit que les personnes travaillent seules (Mme Alpe, Mme Fonviel, Mme Jodu, M. Sernin, M. Thimas, M. Arène), soit que la succession des emplois temporaires ne laisse pas la possibilité de s'intégrer dans un collectif (s'il existe) (M. Terray), soit que les relations avec les collègues, quand il y en a, soient difficiles (Mlle Portet, Mme Enzo, Mme Jeco).

Dans 8 récits seulement se dessine l'existence d'un collectif de travail, au sens d'un « nous : les salariés » en tant que collectif distinct des employeurs ou de l'encadrement. Selon les cas, ce « nous » peut s'inscrire simplement dans la description de conditions de travail communes (Mme Lavaur : « *on nous demande*

toujours plus », « c'est nous qui faisons nos plannings », Mme Brax : « nous on est très solidaires, entre employés, on se téléphone régulièrement et tout... ») ou de relations de travail amicales (Mme Pinson : « entre nous on a besoin de se voir. Et en été par exemple, (...) on a organisé des soirées grillades »). Quelques personnes font état de mouvements collectifs organisés, comme Mme Pinson qui a participé à une grève lorsque l'entreprise de grande distribution où elle travaillait a connu un plan social à la suite d'un rachat :

« Nous pendant 15 jours on est montés, on a été chanter des chansons révolutionnaires sous les... J'ai pas fait mai 68 mais j'ai fait mai... 94 ! ».

A une échelle bien moindre, Mme Alpe raconte comment l'ensemble des aides ménagères de la municipalité qui l'emploie ont « exigé » (et obtenu) une réunion mensuelle qui leur permet de se connaître entre elles et d'échanger des informations liées aux personnes dont elles s'occupent.

Mais plus souvent, c'est l'absence ou l'inutilité de l'action collective qui est soulignée, même lorsqu'il existe un collectif constitué. Ainsi **Mme Kléber** met à distance toute participation à des revendications :

« [les grèves dans son usine] Bon j'ai fait celle de 68 comme tout le monde (rire) La deuxième, euh... On l'a pas faite parce que bon, **dans ces gros groupes comme ça, bon, on n'a pas eu tort finalement, quand ils ont une idée en tête, on peut faire grève pendant 6 mois, ils font ce qu'ils veulent hein.** – Et vous-même vous n'étiez pas particulièrement engagée dans un syndicat... – Non, non non. Quand j'étais agent de maîtrise je faisais partie du syndicat de... de la maîtrise quoi, mais pfff... C'est pas... Quand vous êtes dans ces trucs, quand vous avez des réunions... On rabâche toujours la même chose, quand vous demandez des choses... Faut être vraiment motivé, syndicaliste vraiment... pour rentrer là dedans. – Ce que vous vous n'êtes pas... – Non ».

**M. Bois** décrit également une forme d'apathie dans le magasin de menuiserie où il est employé de longue date :

« **Y'a pas trop de revendications** quand même, en général, on est quand même des gens assez... assez moutons quoi, **on suit ce qu'on nous dit** et puis voilà, y'a jamais trop... La peur quoi, peut-être... Dans le privé, comme ça, **la peur de se retrouver licencié ou un truc comme ça. Pas trop solidaires** pour ça quoi, pas trop solidaires. (...) **Y'a pas eu trop de revendications** quoi, c'est surtout les 35 heures, bon, après des fois on demandait à avoir un samedi sur deux, des trucs comme ça quoi. **Y'a pas trop trop...** (...) Pour le samedi sur deux, le délégué le demandait, et puis le patron disait non, et puis c'est tout quoi. **Y'a pas de syndicat**, donc c'est vrai qu'on connaît pas trop nos droits, on sait pas trop ce qu'on peut faire ou pas faire ».

On peut relever par ailleurs une forme particulière de « nous » chez les salariés intérimaires, qui partagent un même sort : celui de ne pas être assurés d'une embauche dans le cas de Mlle Roque (« si [l'activité] remonte, je pense qu'ils referont appel à nous »), ou, paradoxalement, celui d'être embauchés précisément parce que les salariés permanents sont en grève, comme cela a été le cas pour Mlle Arène :

*« Y'a eu la grève de La Poste là... et donc j'ai fait partie des intérimaires qui ont fait la "petite révolution" et trié du courrier, et puis pour finir la mission on a été appelés à une quinzaine à aller dans un des centres de La Poste (...) et ils avaient besoin de personnes le lendemain, on est que 3 nanas à être venues, et du coup ils ont dit : faudra revenir demain, et demain... et du coup, on a eu des contrats à la semaine et maintenant on y travaille, ils nous ont donné des... ils nous ont fait des CDI ».*

Le « nous » peut également désigner l'ensemble des intérimaires dans leur généralité (Mlle Roque : *« se faire pénaliser parce qu'on est malade, je trouve pas ça normal. Je sais pas, les CDI ils ont droit à... quelque chose, ils sont malades, ils sont payés, ben nous je pense que ça devrait être pareil »*);

- cette absence relative de la dimension collective du travail apparaît bien dans la façon dont les éventuels conflits avec des supérieurs sont rapportés, c'est-à-dire qu'ils sont le plus souvent réduits à des problèmes relationnels de personne à personne. C'est le cas par exemple chez M. Bois, avec une ambiguïté cependant : lorsqu'il décrit la politique de découragement et de dévalorisation des salariés (en particulier les plus anciens, donc les plus « chers » financièrement pour l'entreprise) à laquelle il est confronté, il parle en termes collectifs « des patrons » :

*« Bon c'est vrai que dans ce genre de commerce comme ça, dans une entreprise où on vend aux particuliers, c'est vrai qu'au bout d'un moment quand on est depuis longtemps dans la boîte, ça plaît pas trop aux patrons, parce qu'ils aiment bien – bon déjà au niveau salaire, au fur et à mesure on a augmenté en salaire, donc c'est vrai qu'ils préfèrent avoir des salaires un peu plus petits et former des gens à leur façon, puisqu'on change de patron donc souvent... On est un peu des dinosaures nous quand ils arrivent, alors c'est... ».*

Mais lorsque je lui pose explicitement la question de savoir si les problèmes qu'il a avec son patron actuel sont attribuables à une politique générale dans l'entreprise ou seulement au caractère personnel de cet homme en particulier, il opte pour la seconde proposition : *« c'est lui qui est comme ça. C'est lui qui a sa façon de travailler qui est comme ça »*. Chez Mme Brax également, le comportement « odieux » des responsables de cette entreprise de sous-traitance en imprimerie est interprété en termes de psychologie individuelle<sup>1</sup>. Bien souvent, quitter l'emploi reste la solution qui semble la plus accessible. Ainsi chez M. Terray qui, à la suite de ce qu'il nomme un « harcèlement moral », a pris la « décision assez dure » de démissionner d'un CDI, ou chez

---

<sup>1</sup> Dans une recherche menée auprès d'ouvrières dans une usine argoalimentaire, J. Broda formulait un constat similaire : « nous avons été frappé par la lecture psychologisante qui est faite de certaines pratiques sociales : par exemple, pour cet ouvrier d'entretien syndicaliste, la modification de la politique patronale en matière d'appel-refoulement de la main-d'œuvre féminine s'expliquerait par le caractère plus ou moins misogyne ou phallocrate de tel ou tel directeur. Si l'on questionne une ouvrière pilote sur les raisons de l'attitude hypermobilisée de tel agent de maîtrise, elle répond que "c'est un anxieux" », cf. : BRODA J., « Le syndrome des "3 P" : pression horaire, pression hiérarchique, pas de perspective professionnelle », *op. cit.*, p. 28.

**Mme Damo**, qui mentionne de nombreux conflits avec des employeurs, et préfère

« partir et chercher ailleurs » :

« Maintenant les patrons ils aimeraient embaucher mais disons, **payer vraiment au minimum et travailler au maximum**, alors c'est vrai que bon, on tient pas, parce que quand on connaît bien les lois on se dit : attends, **il m'arnaque, il m'escroque...** (...) Maintenant, les patrons, vous voyez, moi je travaillais 6 jours sur 7, si je voulais pas y'en avait une qui arrivait derrière quoi, alors voilà... Bon, des fois on est obligé mais bon, **c'est pas des boulots où on reste trop longtemps, généralement** ».

Le terme « exploitation » (ou « exploité ») est employé explicitement par 6 personnes, soit pour caractériser une expérience de travail passée, soit appliqué à leur situation actuelle. Il désigne surtout des conditions de travail pénibles et, souvent, le non-respect des obligations légales en matière de jours de repos (Mme Damo, Mme Anam, Mlle Portet, Mme Brax), ainsi que la faiblesse des salaires (M. Thimas, M. Terray).

« J'ai vu que j'étais **exploitée** parce que je n'avais **pas un jour de repos**, quand je voulais sortir c'était la galère, il fallait demander 15 jours à l'avance, les nuits c'était impossible de m'échapper, fallait que je reste là-bas » (Mme Anam)

« Je ne supporte pas d'être **exploitée** par quelqu'un. Enfin, je ne supporte plus. Je l'ai tellement été que ça y est, maintenant ça passe plus » (Mme Damo)

« Ça faisait 2 mois qu'ils me promettaient monts et merveilles, qu'ils me prenaient pour un con, ce que je ne supporte pas, qu'ils me **sous payaient** et qu'ils **m'exploitaient** » (M. Thimas)

Plus rarement il est fait allusion à une forme d'exploitation par la corvéabilité ou la pression que l'on fait peser sur des personnes dont on sait qu'elles ont trop besoin de travailler pour se rebiffer. **Mme Brax** en donne un exemple, non pas pour elle-même, mais pour les autres personnes qui travaillent dans son entreprise :

« Y'a des mamans, qui ont des enfants, **qui ne peuvent pas partir**, et c'est le problème. (...) Et alors il les traite comme des moins que rien hein ! Moi il... de toute façon il ose pas trop me remballer parce que comme j'ai du caractère, je me laisse pas faire, **toutes les autres se laissent... maltraiter**, enfin toutes celles qui sont en **CDD, obligatoirement les pauvres, elles sont toutes là parce qu'elles ont besoin d'argent, ou c'est des célibataires, ou c'est des divorcées qu'il prend**. Au moins il est sûr de pas se tromper ! ».

On trouve chez **Mme Mermoz** une forme similaire de dénonciation :

« Je trouve que **les parents seuls ils sont quand même mal traités** dans le monde du travail quoi, vraiment. Je trouve que c'est de la maltraitance. Parce qu'on sait de toute façon qu'ils vont se **défoncer, parce qu'ils sont obligés**, et je trouve que... Ouais, c'est une maltraitance ».

D'une façon générale, très peu de liens sont faits entre les conditions de travail intensives ou la précarisation de l'emploi et la logique économique dominante. Et lorsque ce lien apparaît, il est naturalisé sous la figure de la « fatalité économique » (Mme Blondel à propos de la précarité de l'emploi : « on n'y peut rien, c'est le système

économique qui a évolué de cette façon-là, donc il faut faire avec »), et bien peu de recours apparaissent disponibles pour y faire face. On remarque même parfois une forme d'indulgence envers les employeurs, comme chez **M. Sernin** qui « comprend » que ses problèmes de dos nuisent à son embauche en CDI :

*« C'est clair qu'une entreprise elle va pas embaucher quelqu'un qui est pas reconnu handicapé, mais qui a pas mal d'absences pour des raisons de santé, c'est normal qu'elle l'embauche pas - enfin non c'est pas normal, mais généralement, elle a plutôt besoin d'éléments qui ont pas de problèmes ».*

On voit ici le double sens du mot « normal » : d'un côté la « norme » au regard d'une logique économique de profit, et de l'autre la « norme » morale du traitement réservé aux personnes.

Finalement, le discours le plus « contestataire » et le plus critique à l'égard de la logique économique se trouve chez M. Thimas (mais ce type de discours se déploie chez lui dans tous les domaines, en cohérence avec une identité revendiquée d' « *anar* »), et chez **Mme Kléber**. Celle-ci dénonce explicitement la logique de profit, mais mentionne en même temps la relative impuissance des salariés face à ces évolutions macro-économiques :

*« C'est toujours pareil, les... comment ça s'appelle ça... les actionnaires qui veulent de plus en plus de bénéfices, parce que je vois, toutes ces années on avait... au début de l'année le pot de l'année, puis chaque fois ils annonçaient : cette année il faudra faire 10% de plus, ou comme ça... parce que les actionnaires voulaient plus d'argent. Donc toutes ces restructurations c'est ça, parce qu'ils veulent gagner plus d'argent. - Et vous vous estimez que c'est injuste ? - Ben oui quand même (silence) - Parce qu'en même temps vous me dites que vous n'êtes pas très militante et tout ça... - Oui, mais on peut ne pas être militante et penser quand même qu'il y a des choses qui sont pas justes... ».*

Le guide d'entretien, et surtout la durée des entretiens, ne permettaient pas d'aborder plus en profondeur ces jugements d'ordre idéologique ou politique. L'enquête de S. Paugam apporte des résultats intéressants sur les orientations et attitudes politiques et syndicales en fonction des différents types d'intégration. Il souligne notamment l' « apathie » et le « radicalisme dépolitisé » des salariés dont l'intégration professionnelle est précaire, c'est-à-dire leur attachement à l'univers idéologique de la gauche et, simultanément, leur désillusion générale et leur sentiment d'impuissance à l'égard à la fois des partis et du fonctionnement économique. Les données analysées ici ne permettent pas de pousser plus loin l'analyse. Je présenterai seulement deux cas particulièrement intéressants à ce propos : ceux de Mme Blondel et de Mme Mara, qui par leur position dans leurs entreprises respectives ont eu une double appartenance, à la fois membres de

l'encadrement et proches de la direction, et salariées de l'entreprise. Dans le cas de **Mme Mara** en particulier, le double discours est visible : aujourd'hui, après avoir vécu un conflit avec sa direction (dans lequel elle a d'ailleurs demandé l'aide d'un responsable syndical), elle est très critique sur l'évolution générale du monde du travail, tout en conservant en partie une certaine « indulgence » à l'égard des dirigeants :

*« Je trouve que ça a beaucoup changé. Et c'est dommage. Et tout ça pour quoi ? C'est pour des multinationales. Tout ça pour quoi : pour ne pas se faire bouffer, pour ne pas... Mais bon, ils ont peut-être leurs... Mais vous les voyez moins quand même, les arguments, hein ».*

D'un autre côté, lorsqu'elle parle de sa fonction de responsable du service financier, elle dit avoir eu à « se battre » contre les syndicats :

*« J'avais... j'avais pas d'engagement, mais j'avais la préférence pour certains qui marchaient avec... bon qui étaient quand même assez, assez patronal. Qui ménageaient la chèvre et le chou, qui étaient pas complètement pour les employés... Qui étaient modérés. C'est vrai que... Bon, j'ai eu quelques petits soucis aussi avec les syndicats hein, quand j'étais responsable du service financier ».*

La trajectoire de Mme Mara est exemplaire de ces cadres « maison » qui ont vu leur entreprise changer et passer d'un modèle « familial » dans lequel s'était déployée leur intégration assurée, à un modèle beaucoup plus axé sur la performance et le rendement, et dans lequel ils n'ont plus leur place<sup>1</sup>. Cette expérience est à l'origine d'une grande amertume et d'un sentiment de trahison (« on vous presse, on vous presse, on vous presse, et quand on n'a plus besoin de vous, on vous jette »).

Je ne développerai pas davantage cet exposé des multiples échos entre les discours recueillis en entretien et les processus macro-sociaux qui traversent les sphères du travail et de l'emploi. La typologie de l'intégration professionnelle, en ce qu'elle permet d'analyser conjointement les « expériences vécues » et les « conditions économiques et sociales du développement du capitalisme moderne », se révèle ici très féconde.

La dissociation proposée par cette typologie entre rapport à l'emploi et rapport au travail s'avère également d'une grande pertinence analytique. Pour une majorité de personnes, tout se joue en effet dans la tension entre ces deux versants de l'intégration professionnelle, dans des arbitrages toujours susceptibles d'être réévalués au gré des événements de la vie de travail et de la vie personnelle, et au

---

<sup>1</sup> Cf. : PICHON A., « La précarisation du travail des cadres, techniciens et ingénieurs. De l'homogénéisation à la différenciation sociale », *Travail et emploi*, n° 80, 1999, pp. 59-75.

regard également des constantes réinterprétations de sens opérées par les acteurs au fil du temps. Avant d'analyser en détail ces arbitrages entre relation à l'emploi et rapport au travail, il est nécessaire de s'arrêter d'abord sur ce dernier pour en étudier les différentes composantes.

## 2. Les composantes du rapport au travail et leurs modalités

---

Au minimum, et pour toutes les personnes rencontrées<sup>1</sup>, le travail<sup>2</sup> est une source de revenu, il est un moyen de gagner sa vie. Les autres sources de revenu sont peu nombreuses, mais elles existent néanmoins et quelques personnes en font état : M. Thimas a vécu pendant quelque temps en vendant du cannabis (activité que l'on pourrait sans doute à plus d'un titre considérer comme un « travail », mais qui n'en est pas une forme socialement reconnue), et plusieurs personnes ont assuré leur existence matérielle pendant des périodes plus ou moins longues en ayant recours aux revenus sociaux et au système redistributif de l'État-Providence (RMI, API, allocations familiales, indemnités de chômage...). Mais pour tous, l'activité professionnelle reste le moyen « normal » et souhaitable de subvenir aux besoins financiers. Mais bien sûr, le travail n'est pas *seulement* cela. En témoignent tout d'abord les choix qui consistent à travailler bien que l'on n'y soit pas financièrement contraint. Dans le corpus étudié, ce choix apparaît dans deux contextes différents.

- L'alternative travail/non-travail se présente à des personnes (ici toutes des femmes) dont le conjoint gagne suffisamment bien sa vie pour subvenir aux besoins du ménage. Cette situation est celle de Mme Delache, Mme Brax et Mme Jost. Elle a également été celle de Mme Jodu, Mme Mermoz, Mme Anam, Mme Artur et Mme Fonviel. Quels choix ces femmes ont-elles faits ? Certaines ont interrompu leur vie professionnelle pour se consacrer à leurs enfants (Mme Jodu, Mme Mermoz). Pour **Mme Artur**, cette décision relevait d'un choix contraint : son mari

*« voulait une femme à la maison, qui s'occupe de lui, soumise. Je l'ai fait pendant un certain temps. Et puis après, je me suis rendu compte qu'en fait moi j'étais en train de*

---

<sup>1</sup> A l'exception de Mme Brax, qui ne travaille que pour son « *équilibre personnel* ».

<sup>2</sup> Il s'agit ici du travail « en général », du principe même de l'activité professionnelle, et non d'un emploi en particulier.

*mourir quoi, je me suis dit il faut faire quelque chose, il était trop égoïste, il fallait pas travailler, il fallait pas voir des copines, il fallait pas voir la famille, il fallait pas... sortir... (...) C'est une des raisons qui m'ont fait partir de la maison ».*

**Mme Anam** quant à elle n'a commencé une vie professionnelle qu'après son divorce, et elle est la seule pour qui le rôle de « mère au foyer » a pu pendant un temps constituer un horizon de vie.

D'autres femmes ayant eu des enfants ont choisi de continuer à travailler (Mme Brax<sup>1</sup>, Mme Delache). Enfin, **Mme Jost** et Mme Fonviel, qui n'ont pas eu d'enfant, ont fait des choix différents. La première n'a jamais souhaité « rester à la maison » :

*« J'ai un travail qui me plaît, j'ai pas de gosses donc je vois pas pourquoi je vais rester à la maison, en train de profiter pendant que le mari travaille, j'ai pas été élevée comme ça, j'aurais eu des enfants peut-être que je me serais arrêtée, mais je sais pas, je sais pas parce qu'il y a une forme d'indépendance à laquelle on a goûté ».*

Mme Jost se réfère sur ce point à sa mère, qui n'a jamais travaillé et, l'ayant « toujours regretté », a encouragé ses filles à avoir un métier et à assurer par cette voie leur indépendance matérielle<sup>2</sup>. Son discours se colore d'une revendication féministe d'indépendance vis-à-vis du conjoint :

*« C'est vrai que les femmes actuellement, le fait d'avoir un métier, ça permet d'avoir une forme d'indépendance vis-à-vis des hommes, avant elles étaient soumises... ».*

On rejoint ici l'analyse de C. Baudelot et M. Gollac lorsqu'ils soulignent que « la généralisation du travail féminin salarié n'a pas réussi à émousser la vigueur d'un sentiment très vif d'émancipation par le travail<sup>3</sup> ».

Mme Fonviel, à l'inverse, est restée sans travailler pendant les quelques années de son mariage, pour des raisons difficiles à saisir qui semblent tenir à la fois à son état psychologique très dégradé (période d'alcoolisme) et à la relation conflictuelle avec son mari. Elle dit pourtant qu'elle voulait « avoir des enfants et travailler » et souligne qu'elle « s'ennuyait beaucoup » et trouvait dans le sport un moyen de s'occuper et de fuir le foyer.

Pour toutes celles qui auraient pu ou pourraient ne pas travailler, l'activité professionnelle répond à un désir de réalisation de soi, d'ouverture sur le monde et de construction d'une identité personnelle positive. Ainsi, si **Mme Delache** a

---

<sup>1</sup> Pour Mme Brax cela n'a pas été sans poser problème avec son mari qui ne voulait pas qu'elle retravaille et qui est même intervenu personnellement auprès d'un employeur pour qu'elle ne soit pas embauchée. Pour son emploi actuel, Mme Brax a donc adopté une autre stratégie : « quand j'ai trouvé cette place je lui ai pas dit, je lui ai dit après que j'étais rentrée, comme ça il a rien pu faire ».

<sup>2</sup> On voit ici, et cette remarque peut être généralisée, que le rapport au travail et à l'emploi commence à se construire avant même l'entrée dans la vie active, dans le contexte des histoires familiales et des relations avec l'entourage.

<sup>3</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit., p. 129.



repoussé de quelques mois sa recherche d'emploi pour passer du temps avec ses enfants et finir des travaux dans la maison, elle n'envisage pas de rester inactive :

« *La question s'est posée, j'aurais pu ne pas retravailler pour l'instant, j'ai largement de quoi faire (rire) (...) Donc c'est vrai que je voulais retravailler, au-delà de raisons... la raison principale je dirais est plus une raison intellectuelle que financière quoi. (...) Donc oui c'est clair que je me verrais pas arrêter de travailler* ».

De la même façon, **Mme Brax** s'est arrêtée de travailler pendant 2 ans après la naissance de sa fille, mais a souhaité reprendre ensuite une activité professionnelle :

« *Moi je travaille en fait pour mon équilibre personnel. (...) - Financièrement, vous pourriez ne pas travailler... - Ah oui oui ! Mais c'est moi qui veux travailler. D'abord pour mon indépendance, et puis bon, mon équilibre, et puis j'en ai envie, pendant 12 ans j'ai rien fait<sup>1</sup>, moi j'ai envie de travailler* ».

- L'alternative entre travail et non-travail peut également se décliner sur le plan financier lorsque, en-deçà d'un certain niveau de salaire, il y a équivalence de revenu entre travailler ou « vivre du social<sup>2</sup> ». La question s'est posée notamment pour **Mme Chafi** et **Mme Alpe**, qui ont fait des choix différents. La première a passé quelques mois sans travailler, avec le RMI pour tout revenu, et décrit son propre changement d'attitude à la suite de cette expérience :

« *C'est bien le RMI ! Pour ceux qui ont pas envie de travailler, c'est très bien le RMI. Mais c'est vrai que... j'en ai bien profité, mais c'est vrai que... actuellement, ils poussent pas tellement les gens à aller bosser quoi, c'est sûr. Je veux dire moi le RMI, je touchais 3000, tout rond, et en allant travailler, voyez, j'en touche 2700, non mais attendez... ! (...)*

- Donc ça veut dire que là, si vous aviez à choisir entre 2700 en travaillant ou 3000 de RMI sans travailler, vous choisiriez quoi ? - *Je travaillerais. Je travaillerais. (...) Je l'ai toujours le choix, puisque avec 2 enfants j'aurais quand même droit à un RMI, et je toucherais plus au RMI qu'en travaillant, c'est sûr. (...) Je me vois pas recommencer à vivre, à vivoter... parce que... je veux dire, à la limite moi mon avenir il était déjà tout tracé quoi, dans mon canapé avec... (rire)<sup>3</sup> Non non, je suis bien contente de bosser. (...) C'est vrai que bon maintenant que je travaille et que... je fais quelque chose qui me plaît, surtout, bé je vois que... pffiou, quand je suis à la maison avec les filles, il me tarde de repartir ! (rire) Je me dis t'es mieux au travail ! Ah oui* ».

Le travail est donc associé ici à une occasion de sortir de chez soi, pour trouver à l'extérieur une forme d'épanouissement personnel. On trouve cet aspect à plusieurs reprises dans le corpus :

« *Déjà ça te sort de la maison, tu es obligée de partir, et... tu t'épanouis autrement* »  
(Mme Artur)

<sup>1</sup> Mme Brax a cessé de travailler pendant 12 ans à la suite d'un accident de travail (une chute) et de multiples opérations du coude.

<sup>2</sup> L'expression est de Robert Castel, in *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit., p. 416.

<sup>3</sup> Mme Chafi fait allusion à cette période d'inactivité où elle est restée chez elle : « *je passais mon temps allongée dans le canapé, et le seul travail que je faisais c'était du canapé au frigo et du frigo au canapé, donc... (...) Je vivais pas quoi, je... Je m'ennuyais pas, je peux pas dire que je m'ennuyais, parce que la journée, je mangeais, bon, et le soir je sortais, j'allais rejoindre mon copain, je trainais dehors, donc... Je m'embêtais pas, enfin - je pensais pas m'embêter* ».

« Après [l'accouchement] j'ai quand même ressenti le besoin de retravailler parce que j'avais l'impression de tourner en rond, de pas servir à grand-chose, à part le ménage, la vaisselle et puis m'occuper de mon fils, enfin ça me plaisait, mais j'avais besoin aussi de vivre pour moi, de travailler pour moi, enfin de travailler quoi, d'avoir une vie sociale, ce que je n'avais pas du tout. (...) J'étais pas souvent épanouie, je me sentais pas du tout épanouie dans mes journées quoi... C'est dur à dire parce que... j'avais quand même un enfant et tout ça mais bon, c'est la vérité. (...) Je n'existais pas par moi-même en fait, je... Vraiment, je n'existais pas par moi-même, j'étais femme au foyer. (...) Quand j'ai trouvé cet emploi, c'était synonyme déjà d'avoir ma vie, d'avoir mon travail, de servir à quelque chose » (Mme Enzo)

« A somme d'argent égale, tu préférerais bosser que d'avoir le RMI par exemple... - Oui... voir du monde, m'activer... Vu que j'arrive pas à m'activer toute seule par moi-même, il faut qu'on me donne de l'activité, que je voie du monde » (Mlle Arène)

Chez Mme Alpe, c'est une autre conception du travail qui apparaît. Lorsqu'elle me dit qu'elle toucherait davantage au RMI que ce qu'elle gagne comme salaire actuellement, je lui demande pourquoi elle travaille :

« Bé je vais vous expliquer. On m'a déjà posé la question, et je vais vous dire pourquoi : parce que j'ai toujours travaillé, plus ou moins, et quand je travaillais pas... (...) J'ai préféré perdre les droits et me dire bon, t'as un avenir au bout, t'as du travail, les aides ça dure pas éternellement, et donc j'ai préféré rester dans le truc de... le cadre salarial. (...) J'aurais pu très bien rester à mon chômage aussi, parce que le chômage après, finissant, j'avais droit au RMI, systématiquement, mais c'est pas ma mentalité de vie, non. (...) J'aurais pas pu vivre aux crochets de l'État comme on dit. Parce que ça dure pas éternellement non plus. Donc finalement vous savez, vaut mieux rester dans le cadre... tant qu'on peut travailler. (...) Je suis pas quelqu'un à rester... Non... Je m'ennuierais même, chez moi. Non, moi il me faut être active. C'est pas le mental de tout le monde ça hein... Y'en a qui vont vous dire je préfère pas travailler parce que je touche plus en travaillant pas, mais moi non<sup>1</sup> ».

Dans cet extrait on retrouve l'activité professionnelle comme occupation du temps et comme centre d'intérêt hors du foyer, mais on repère également une éthique du travail : lorsque Mme Alpe déclare travailler « parce qu'elle a toujours travaillé », elle décrit le travail comme une activité normale, évidente, intégrée à une « mentalité » et à une conception générale de la vie. Au nom de cette valeur-travail, Mme Alpe met à distance le statut lié aux revenus sociaux, non seulement parce que ces revenus ne sont pas assurés, mais surtout parce que selon elle, il vaut mieux « rester dans le cadre<sup>2</sup> ».

<sup>1</sup> Le « vouloir travailler » est ici à comprendre comme le résultat d'une double négation : « ne pas vouloir ne pas travailler », c'est-à-dire refuser une identité de non-travail (sur cette logique de la double négation, cf. : BOURDIEU P., DARBEL A., « La fin d'un malthusianisme ? », in DARRAS, *Le partage des bénéfiques*, Paris, Éd. de Minuit, 1966, pp. 135-154).

<sup>2</sup> Dans une recherche visant à comprendre les logiques et les décisions qui sont à l'origine de ce qui apparaît comme un « chômage volontaire », Y. Benarros montre que le calcul rationnel que l'on prête aux acteurs (gagner autant en ne travaillant pas), outre qu'il n'est pas toujours présent, est « la plupart du temps subordonné aux questions de sens et d'ontologie, ce qui nous éloigne assez radicalement du modèle de l'homo oeconomicus », cf. : « Les trappes d'inactivité : chômage volontaire ou chômage de résistance ? », *Travail et emploi*, n° 95, 2003, p. 74. Cf. également : BERNARD S., CANCEILL G., « Le travail occasionnel des

**M. Terray** quant à lui met en avant la nécessité subjective d'avoir une activité professionnelle, même lorsque le travail lui-même n'est pas intéressant :

« *Je pourrais rien en avoir à foutre, je sais que j'ai des allocations ASSEDIC hein, j'ai travaillé suffisamment pour toucher des allocations jusqu'à ce que je parte [en école de police], mais j'ai envie de bosser parce que déjà moi je m'épanouis avec le travail, avec les gens je m'épanouis... (...) J'aime bien m'épanouir, discuter avec les gens, voir comment ils travaillent, c'est une source d'enrichissement, enfin moi je le vois comme ça, même si c'est des boulots de merde hein... »*

On voit bien, à travers ces choix face à l'alternative travail/non travail, que le travail vaut pour lui-même et pas seulement pour sa dimension instrumentale (salaire<sup>1</sup>). Il est aussi, dans la plupart des cas, envisagé comme un support privilégié de participation à la vie sociale, une *activité* qui structure le déroulement temporel et, en particulier pour les femmes, fournit une occasion de sortir de la sphère domestique. Ces deux aspects - interaction avec autrui, ouverture sur le monde extérieur - constituent une partie des raisons qui font que l'on souhaite travailler, même lorsqu'on pourrait s'en dispenser sur le plan financier. D'autres dimensions sont évoquées dans ces quelques extraits d'entretiens : l'activité professionnelle peut être conçue comme une des composantes du bonheur, au sens où elle participe au bien-être, à la satisfaction de l'existence, au sentiment d'avoir ou non « réussi » sa vie. Le travail peut en outre constituer un ressort essentiel de la construction identitaire, de la réalisation et de la valorisation de soi, pour soi-même et pour autrui (ne serait-ce que dans la mesure où l'identité sociale d'actif en emploi est plus positive que celle de chômeur). En même temps, et c'est là toute son ambivalence, on sait que le travail peut aussi être une contrainte, une source de désagrément, de souffrance et même de malheur.

C. Baudelot et M. Gollac rappellent que l'association des notions de bonheur et de travail n'apparaît en France qu'au XVII<sup>e</sup> siècle, sur fond de naissance de l'individualisme moderne. Ils rapportent la controverse entre Helvétius et Diderot, le premier défendant l'idée que « l'homme occupé est l'homme heureux », tandis que le second insiste au contraire sur les pénibilités physiques et les atteintes à la santé (souvent mortelles) que subissent les travailleurs en cette période pré-industrielle. Mais Diderot est relativement seul dans ce camp. La vision dominante

---

bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique. Quels emplois? Quels revenus? », *Premières informations et premières synthèses*, n° 20.1, 2001.

<sup>1</sup> Je renvoie un peu rapidement le salaire à la dimension instrumentale : il s'agit certes d'un aspect quantitatif, mais qui fait l'objet de complexes évaluations qualitatives par les salariés, cf. : GODECHOT O., Gurgand M., « Quand les salariés jugent leur salaire », *Économie et statistique*, n° 331, 2000, pp. 3-24.

est alors celle d'Helvétius, et le travail est perçu avant tout comme un remède à l'oisiveté, dans le prolongement d'une conception morale et religieuse : le travail est rédempteur. Il allie le bonheur trouvé dans l'activité elle-même au plaisir de subvenir par soi-même à ses besoins, et à celui qui vient du profit que l'on reçoit de ses efforts – profit modéré toutefois, car il faut bien voir que « ce bonheur "petit-bourgeois" au travail n'a rien à voir avec la passion acharnée à réinvestir dans l'entreprise les profits infinis que s'efforcera d'y réaliser, à force de travail et de sacrifice, l'entrepreneur capitaliste et puritain du siècle suivant dont Max Weber a dressé le portrait<sup>1</sup> ». C. Baudelot et M. Gollac soulignent ensuite la « contradiction fondamentale » issue de la théorie marxiste, et qui prend corps au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. Marx fait en effet partie des nombreux auteurs qui ont largement insisté sur le travail comme source de malheur, en dénonçant l'exploitation de l'homme par l'homme et l'aliénation dans le travail. Mais il décrit aussi un travail « idéal » défini comme « agent de transformation du monde et d'accomplissement de l'humanité, de réalisation de soi et d'instauration du lien social entre soi et les autres », et si cette conception est « frappée du sceau de l'utopie, elle fonctionne dans beaucoup de têtes comme un idéal réalisable, sinon déjà en partie réalisé<sup>2</sup> ». C'est donc à partir de ce moment-là que dans les discours, mais aussi dans les expériences du travail, quatre qualités essentielles sont mises en avant : vertu économique du revenu, plaisir de créer de l'*homo faber*, plaisir du contact de l'*homo sociologicus*, et plaisir de se « réaliser » en tant que personne. Mais il y a loin de ce modèle à la réalité expérimentée par les travailleurs. G. Friedmann le constate lorsque, dans les années 1950, il cherche la trace, dans l'industrie moderne, de cet « oiseau rare » qu'est le bonheur (ou la joie) au travail.

A la fin du XX<sup>e</sup> siècle, la dimension de la réalisation de soi en tant que personne se déploie autour de la notion d'« épanouissement », qui introduit une dimension psychologique et identitaire : « être satisfait de son travail signifie pouvoir y réaliser les traits de son identité, y développer ses compétences. Un bon travail est celui qui permet à une personnalité de s'affirmer. (...) Un métier intéressant est un métier qui excite, qui stimule et permet à ceux et celles qui l'exercent de créer, d'innover, de se réaliser, voire de "s'éclater"<sup>3</sup> ».

---

<sup>1</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit., p. 22.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 33.

Ainsi le travail, et les extraits d'entretiens déjà cités le montrent bien, est une activité investie de sens différents qui se sont sédimentés dans l'histoire et en font aujourd'hui une notion polysémique aux contenus diversifiés<sup>1</sup>.

Sur les pas de C. Baudelot et M. Gollac, je tenterai de répondre avec les données du corpus aux questions qu'ils ont finement explorées : « quels sont les aspects du travail susceptibles de rendre les hommes heureux ou malheureux ? Sont-ils les mêmes pour tous ?<sup>2</sup> ». Comment les multiples composantes du bonheur ou du malheur, de la satisfaction ou de l'insatisfaction au travail s'expriment-elles chez les 30 salariés rencontrés ?

La première observation qui peut être faite est celle d'une profonde *ambivalence* des rapports au travail. Aucune des personnes rencontrées ne décrit son travail comme *totale*ment dénué d'aspects positifs, aucune comme *entiè*rement satisfaisant non plus. C. Baudelot et M. Gollac formulent le même constat : « il est rare de pouvoir gagner sur tous les tableaux. Le travail peut être intéressant, mais mal payé ; passionnant, mais épuisant ; tranquille, mais sans perspective de promotion ; intéressant, mais menacé ; dur, pénible et ingrat, mais bien payé<sup>3</sup> ». On peut rattacher chacun des termes de cette énumération à un aspect particulier du travail, et donc à l'une des composantes du rapport au travail : les adjectifs « intéressant, passionnant », « dur, pénible » et « tranquille » qualifient le travail en tant qu'activité concrète plus ou moins agréable à accomplir ; les « perspectives de promotion » renvoient au travail en tant que support d'identité, d'intégration et de reconnaissance sociales ; l'opposition « bien payé/mal payé » connote à la fois la reconnaissance du travail par sa rétribution économique et sa dimension instrumentale à travers la plus ou moins grande possibilité qu'il offre d'assurer des conditions de vie et de participer au monde de la consommation ; le terme « menacé » se rapporte au statut contractuel du travail (l'emploi) et au registre des protections sociales qui en découlent... Je m'attacherai dans les pages suivantes à explorer cette pluralité des sens et des composantes du travail, ce qui m'amènera à proposer une typologie des rapports au travail dont les axes constitutifs sont issus de l'analyse de contenu des 30 entretiens du corpus.

---

<sup>1</sup> Cf. : Chapitre II, §2.

<sup>2</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit., p. 18.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 71.

### ***a) Le rapport au travail doublement défini par la satisfaction dans le travail et l'investissement identitaire***

L'analyse des discours recueillis nourrie par leur mise en perspective avec différentes sources bibliographiques<sup>1</sup> fait apparaître deux axes d'intelligibilité fondamentaux permettant de décrire et de comprendre les rapports au travail qui animent les propos, récits et jugements formulés par les personnes enquêtées quant à leur situation professionnelle actuelle et passée. Ces deux axes rendent compte d'une double distinction : d'une part, celle qui oppose travail satisfaisant et travail sans satisfactions ; d'autre part, celle qui différencie des degrés d'investissement identitaire dans le travail et, dans un deuxième temps, des degrés d'adéquation entre l'identité professionnelle subjectivement projetée et l'activité professionnelle effectivement exercée.

Pour illustrer la nécessité de ce double niveau d'analyse, je prendrai l'exemple de **M. Bois**. Sur l'axe de la satisfaction dans le travail, il se situe (comme la plupart des personnes) à un niveau intermédiaire qui, dans son cas, penche plutôt du côté de l'insatisfaction : satisfait de ses relations avec ses collègues qui sont une source de plaisir pour lui, mais insatisfait des tâches qu'il accomplit (qui ne lui apportent et ne lui apprennent plus grand-chose), et insatisfait surtout d'une relation conflictuelle avec son directeur. Mais pour comprendre la nature du rapport que M. Bois entretient avec son travail, l'axe satisfaction/insatisfaction est insuffisant. M. Bois est globalement plutôt insatisfait, mais cet aspect est relativisé à ses propres yeux par le fait qu'il n'attend pas (ou plus) de son travail autre chose qu'un moyen de gagner sa vie. Rien ou presque de ce qu'il perçoit comme étant son identité (son « moi ») ne se joue au travail : à la suite d'une période particulièrement difficile de déstabilisation personnelle provoquée par le conflit avec son supérieur, il s'est désinvesti de son travail et ne le considère plus désormais que comme un « *gagne-pain* ».

Les extraits d'entretien suivants vont permettre de retracer ce processus.

Je rappelle que M. Bois (38 ans, marié à une institutrice, 3 enfants) travaille depuis l'âge de 19 ans comme vendeur dans un magasin de menuiserie, où il est entré sur les conseils d'un ami qui y était employé. M. Bois a connu d'abord une période de

---

<sup>1</sup> Principalement : BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit. ; DUBAR C., *La socialisation*, op. cit. ; GARNER H., MEDA D., MOKHTAR J., *La place du travail dans l'identité*, op. cit. ; PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, op. cit.

progression au sein de l'entreprise, jusqu'à devenir adjoint du chef de dépôt. Mais à l'arrivée d'un nouveau directeur, changement de perspective : M. Bois redevient simple vendeur et doit de plus endurer les reproches et les brimades de ce nouveau responsable. M. Bois décrit la souffrance qu'il a éprouvée dans un premier temps :

*« Plus on rentre dans le jeu et plus ça peut prendre la tête et... Je sais pas moi, il arrive des dépressions, des trucs comme ça, si on le prend trop à cœur... Moi je vois, des fois, au début, j'étais mal parti, pfou, c'était affreux quoi. (...) [J'étais] déstabilisé complet, se dire : je sais plus travailler, je sais plus... il a peut-être raison en fait, j'ai jamais su... ».*

On voit ici qu'il s'agit bien d'une remise en question de son identité au travail : M. Bois se sent jugé comme incompetent, voire malhonnête (accusation de vol).

Après environ 3 ans de cette expérience douloureuse, source de tensions dans le travail mais aussi à la maison<sup>1</sup>, M. Bois a changé d'attitude et essayé de prendre du recul :

*« C'est un déclic, un jour je me suis très énervé, je devais être très blanc, et... heureusement que je suis parti parce que je crois que j'allais... rentrer dans le lard quoi, et c'est là que je me suis dit : mais attends, c'est pas bon ça, ça peut pas se passer comme ça... Et puis en plus je suis pas du genre à me prendre trop la tête, donc... Non, j'ai dit stop, et puis après j'ai essayé de faire autrement, de faire l'approche autrement, de vraiment faire le vide, chaque fois qu'il me disait des choses, de toujours dire : oui oui, bien sûr, et puis voilà quoi. C'est un moule quoi, on rentre dans un truc, on se forge... On est quand même soi-même, mais bon, on s'adapte à la façon de travailler quoi ».*

Derrière cette formulation ambiguë (on est « soi-même » mais on « s'adapte »), il me semble qu'il faut comprendre que M. Bois a désormais dissocié son identité personnelle de son activité professionnelle. Ses propos ultérieurs le confirment :

*« Et quand vous dites que vous seriez bien "femme au foyer", ça veut dire que pour vous le travail c'est qu'un gagne-pain, c'est pas... y'a pas de valorisation, d'épanouissement là... ? – Ah c'est un gagne-pain, c'est clair. Je suis content d'y aller, j'aime bien y aller, ça me déplaît pas, parce qu'il y a des copains, ça va (...), mais épanouissement, bon... (...) – Donc vous ne diriez pas que votre identité, votre personnalité, passe par votre activité professionnelle... – Non. Non non, pas du tout. Mais ça ça a changé, c'est vrai qu'avant j'étais dans le système monter, devenir responsable du bureau, tout ça... Et c'est vrai que maintenant bon, ça... ça m'intéresse plus. Mais le travail en général quoi, ça m'intéresse plus ».*

Cet exemple montre bien que la satisfaction dans le travail (associée ici aux relations avec les collègues) peut être distincte de la dimension identitaire du travail. Pour M. Bois, le travail est source de plaisirs et de déplaisirs, mais il ne participe pas de son identité (c'est d'ailleurs pour cela qu'il en souffre moins

---

<sup>1</sup> MENAGHAN E. G., « Work experiences and family interaction processes : the long reach of the job ? », *Annual review of sociology*, n° 17, 1991, pp. 419-444.

aujourd'hui, tandis que lorsqu'il considérait son travail comme un lieu d'expression de son « moi », il était plus vulnérable aux remarques de son supérieur<sup>1</sup>). Une forme de détachement caractérise désormais la relation de M. Bois à son travail, et l'inscrit tout à fait dans un parcours typique que C. Baudelot et M. Gollac ont décrit dans leur enquête : celui de salariés qui, « passé 40 ans, se tournent vers d'autres univers que celui du travail dans la recherche de l'accomplissement de soi, en particulier vers la sphère privée et le domaine de la famille<sup>2</sup> ».

La typologie que je propose vise à permettre d'analyser ce type de rapport au travail caractérisé par un découplage entre satisfaction et investissement identitaire. Elle est construite par la combinaison entre les deux axes suivants :

- *l'axe de la satisfaction/insatisfaction dans le travail*, sur lequel les personnes se placent différemment selon qu'elles trouvent ou non dans l'exercice de leur travail une ou plusieurs formes de satisfaction. De façon schématique, je nommerai « travail-plaisir » et « travail-corrée » les deux pôles de cet axe ;

- *l'axe de l'investissement identitaire dans le travail*, qui se déploie entre les deux extrêmes que sont d'une part la conception instrumentale du travail comme simple « gagne-pain » - je qualifierai ce pôle de *travail-activité*, car le travail est ici seulement de l'ordre du « faire » ; et d'autre part celle du travail comme lieu d'expression et de construction identitaire - et l'on est alors dans le registre de l'« être », c'est pourquoi je propose de nommer ce pôle *travail-identité*.

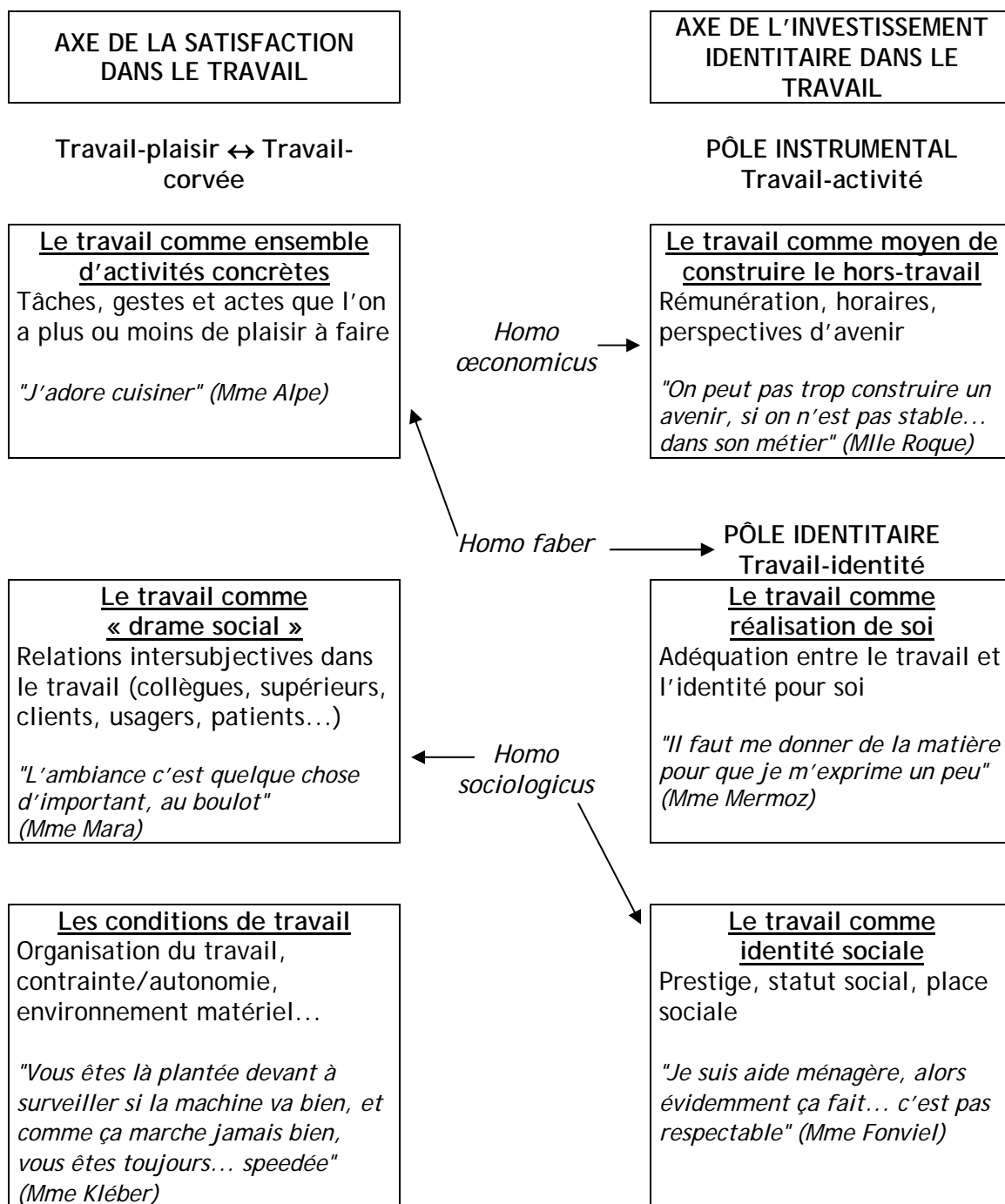
Le schéma ci-dessous fait apparaître les principales composantes de chacun des axes, illustrées chacune par un très court extrait d'entretien permettant de comprendre quel type de verbalisations s'y rapporte.

---

<sup>1</sup> On a vu dans le chapitre III que la souffrance au travail concerne tout spécialement les salariés qui exercent dans de mauvaises conditions et qui n'ont pas fait leur « deuil » d'un travail source d'identité et de reconnaissance.

<sup>2</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit., p. 170.





On trouve sur le premier axe les composantes de la *satisfaction* dans le travail, synthétisées autour de trois dimensions essentielles : celle des gestes, tâches et activités accomplis au cours du travail et qui peuvent être jugés comme plus ou moins agréables ; celle des relations intersubjectives dans le travail ; et enfin celle du contexte matériel et organisationnel d'accomplissement du travail.

Ces trois composantes de la satisfaction ne sont analysables qu'en référence à un emploi en particulier. Ainsi définie, la satisfaction est contextuelle et ponctuelle, et

donc susceptible de changer d'un emploi à un autre ou au cours d'un même emploi.

L'axe de l'*investissement identitaire* qualifie le rapport au travail à un niveau plus général et de façon relativement indépendante de l'emploi exercé en particulier. Dans le pôle du *travail-activité*, l'exercice d'une activité professionnelle est conçu essentiellement comme un moyen de construire l'existence hors travail, et l'engagement subjectif dans le travail est faible<sup>1</sup>. Les aspects pertinents sont alors la rémunération, la commodité des horaires, et la possibilité offerte par l'intégration professionnelle d'organiser à plus ou moins long terme la vie personnelle (la question de la stabilité de l'emploi se trouve donc incluse dans le pôle du rapport instrumental au travail).

Il faut préciser que cette conception instrumentale du travail est presque toujours présente : pour toutes les personnes rencontrées (sauf, on l'a vu, Mme Brax), le travail est une nécessité financière, il est le moyen indispensable d'assurer les conditions de vie au quotidien (même si, en fonction notamment de la situation familiale, cette nécessité est plus ou moins pressante et cruciale). Dès lors, les différences interindividuelles proviennent surtout de l'importance prise par l'autre pôle de l'axe, c'est-à-dire par le degré d'investissement identitaire dans le travail. Tel que je le définis, cet aspect du rapport au travail se rapporte à des logiques plus stables et plus durables (bien que non immuables) que celles qui sont en jeu dans l'axe de la satisfaction. On repère en effet dans les entretiens des conceptions différenciées du « travail en général » quant à ses liens avec l'identité subjectivement attribuée ou revendiquée. On peut distinguer deux versants de cet investissement identitaire dans le travail : le premier est exprimé sur un mode strictement individuel et renvoie à la perception d'une cohérence entre l'identité pour soi et le travail effectué ; le second fait intervenir les jugements extérieurs (supposés) portant sur l'image sociale associée à tel ou tel type d'activité professionnelle, image qui correspond plus ou moins à l'identité pour soi (je reviendrai un plus loin sur le concept d'identité).

On voit que le cadre d'analyse que je propose reprend en les organisant d'une autre façon les trois paradigmes classiques rappelés par S. Paugam<sup>2</sup> : l'*homo œconomicus*

---

<sup>1</sup> Ce type de rapport au travail caractérise l'« ouvrier de l'abondance » décrit par GOLDTHORPE J. H., LOCKWOOD D., BECHHOFFER F., PLATT J., *L'ouvrier de l'abondance*, trad. fr. : Paris, Seuil, 1972.

<sup>2</sup> L'analyse des types d'intégration professionnelle exposée précédemment s'appuyait sur une définition de la satisfaction plus large que celle qui est adoptée ici. L'approche de S. Paugam mêle en effet dans l'axe de la satisfaction des dimensions hétérogènes qu'il m'a semblé nécessaire de distinguer, notamment les aspects

est lié à la dimension instrumentale du travail ; *l'homo faber* se situe à la fois sur le premier axe, par le biais des satisfactions trouvées dans le travail comme activité concrète, et sur le deuxième axe, dans la mesure où la dimension identitaire est mobilisée dès lors que ces satisfactions s'inscrivent dans l'appartenance à un métier et traduisent une identité professionnelle ; enfin, le registre de *l'homo sociologicus* est lui aussi transversal puisqu'il se situe à la croisée entre la dimension des relations interpersonnelles dans le travail (axe de la satisfaction) et celle de la reconnaissance sociale d'une identité professionnelle (pôle du travail-identité)<sup>1</sup>.

Les deux axes ainsi différenciés correspondent donc à deux niveaux d'analyse du rapport au travail, l'un portant sur un « travail en particulier », l'autre sur le « travail en général ». Bien entendu ces deux registres sont à la fois distincts et interdépendants : les conceptions émiques du « travail en général » et de la place relative du travail dans l'identité participent aux jugements portés sur une situation d'emploi donnée, et inversement, les expériences effectives du travail peuvent influencer en retour sur les représentations du « travail en général<sup>2</sup> ».

La typologie des rapports au travail proposée ici est donc issue du croisement entre l'axe de la satisfaction et celui de l'investissement identitaire dans le travail. Sa confrontation aux données d'enquêtes suppose de situer les différents cas rencontrés sur chacun des axes, c'est-à-dire d'une part d'évaluer si la personne est globalement satisfaite ou non au regard des trois composantes du premier axe, et d'autre part de qualifier le degré d'investissement identitaire dans le travail.

Je m'arrêterai dans un premier temps sur l'axe de la satisfaction dans le travail. Les indicateurs pertinents pour situer les personnes entre le pôle du *travail-plaisir* et celui du *travail-corré* résident dans une analyse fine de la façon dont elles parlent de leur travail (en détail ou, au contraire, ne s'y attardant pas spontanément<sup>3</sup>), de leur réponse à la question souvent posée de savoir « comment ça se passe » pour

---

qui relèvent du « travail en lui-même » et de ses conditions (qui sont pour moi les composantes de la satisfaction *dans* le travail au sens strict), et les aspects extrinsèques (salaire, perspectives de promotion...) qui à mon sens relèvent plutôt de la satisfaction *par* le travail et que je situe sur le deuxième axe, dans le pôle instrumental du travail-activité.

<sup>1</sup> On pourrait même lier également *l'homo sociologicus* à la dimension des conditions de travail, dans le sens où l'« ambiance » (relationnelle) au travail peut être considérée comme un aspect du contexte d'accomplissement du travail.

<sup>2</sup> Comme on l'a vu dans le chapitre II, on aura d'autant plus tendance à considérer que le « travail en général » est important dans l'identité que le « travail en particulier » est source de bonheur et de satisfaction.

<sup>3</sup> On peut souligner que le degré de détail dans la description du travail effectué est bien un indicateur du rapport au travail, et non de la plus ou moins grande « sophistication » des tâches elles-mêmes.

elles sur ce plan-là, ainsi que des différents modalisateurs verbaux associés aux propos sur le travail. Un motif d'insatisfaction par exemple peut être présenté comme une exception, ce qui indique un rapport majoritairement positif au travail (le faible nombre d'heures est « *le seul truc* » qui ne convient pas pour Mme Chafi), ou au contraire comme un inconvénient de plus dans un arrière-fond d'insatisfaction (M. Bois : « *en plus il va y avoir les 35 heures* »). Toutes les nuances apportées dans le vocabulaire, l'intonation, l'ordre des énoncés... sont donc ici centrales dans l'analyse. D'autre part, il faut constamment veiller à identifier des discours « conjoncturels » dont le sens peut être influencé par exemple par un événement précis qui a eu lieu la veille de l'entretien et qui oriente ponctuellement la teneur du discours. La confrontation entre questionnaire et entretien a été ici instructive : plusieurs personnes, revenant sur le questionnaire pendant l'entretien, ont été étonnées de leurs propres réponses et les ont interprétées précisément comme des mouvements d'humeur liés à certains événements survenus dans la période précédant immédiatement la passation du questionnaire. Ce travail de tri entre énoncés de surface et discours de fond a donc constitué l'un des principes directeurs de l'analyse de la satisfaction dans le travail.

Je ne présenterai pas cette analyse de façon exhaustive pour les 30 entretiens du corpus. Pour en proposer une exploration indicative, je m'appuierai sur la distinction élaborée par C. Baudelot et M. Gollac qui ont identifié quatre sources du plaisir au travail.

### **Les quatre sources du plaisir au travail**

Ces auteurs ont posé aux 6000 personnes de leur échantillon<sup>1</sup> la question suivante : « au travail, avez-vous l'occasion de faire des choses qui vous plaisent et que vous ne pourriez pas faire ailleurs ? si oui, lesquelles ? ». On notera tout d'abord que 62% des personnes ont répondu « non » à cette question, ce qui est en cohérence avec d'autres résultats de l'enquête qui montrent la « difficulté qu'éprouvent la grande majorité des actifs à penser le travail dans le registre de l'agrément. (...) L'épanouissement de la personnalité dans et par le travail a beau être présenté

---

<sup>1</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit.

comme un idéal de la gestion des ressources humaines et une nouvelle norme managériale, cette expérience est encore loin d'être éprouvée par tous<sup>1</sup> ».

A partir des réponses à la question ouverte, les auteurs ont repéré *quatre grands registres du plaisir au travail*, caractérisés chacun par un ensemble lexical spécifique : les termes « avec », « contacts », « gens », « personnes », « autres », « rencontrer » (etc.) indiquent un *plaisir du contact et de la relation avec autrui* ; « s'occuper », « aider », « utile » renvoient à un autre registre, celui du *plaisir altruiste du service, des soins, de l'aide apportée à autrui* ; les verbes « faire » et « créer », associés aux mots « création », « informatique » ou « cuisine » dessinent un autre espace, celui du *plaisir de la création*, de la maîtrise technique ; enfin les termes « voyager », « découvrir », « apprendre » connotent le *plaisir intellectuel* (qui n'est pas nécessairement un plaisir « d'intellectuel ») de la *découverte* et de l'enrichissement personnel<sup>2</sup>.

Voyons comment ces quatre formes de satisfaction (et, lorsqu'elles sont absentes, d'insatisfaction) se déclinent dans le corpus, comment elles se combinent, et éventuellement comment elles peuvent se compenser ou s'opposer.

### *Être en contact avec autrui*

Cette source de plaisir n'est pas un ensemble homogène. D'une part, les autrui avec qui l'on a des contacts peuvent être des collègues de travail (travailler « avec »), ou bien une clientèle (travailler « pour »), ou bien encore des personnes dont on s'occupe (travailler « sur »). D'autre part, ce qui circule dans ces relations (lorsqu'elles sont associées au plaisir) n'est pas seulement de la sympathie, mais peut aussi relever d'apprentissages mutuels, d'entraide, de reconnaissance de son propre travail par d'autres... Le discours de **Mme Pinson** (animatrice pour enfants dans sa municipalité) fait bien apparaître ces différentes dimensions :

*« Entre nous c'est tout de suite "tu", et ci et ça, et puis alors y'a pas de barrière d'âge, y'a pas... (...) Ce qu'il y a de bien c'est que celui qui sait ne cache pas ce qu'il sait, au contraire. Tout ce qu'on a en doc, on se fait des photocopies, celui qui sait fait des*

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 167.

<sup>2</sup> Le premier registre (et également en partie le deuxième) recouvre la dimension du travail comme « drame social », les trois autres sont inclus dans le travail en tant qu'ensemble de tâches et d'activités. Le troisième élément que j'ai distingué sur l'axe de la satisfaction (la dimension des conditions de travail) relève du contexte d'accomplissement du travail, qui ne constitue pas à proprement parler une source de satisfaction mais peut influencer sur sa possibilité d'existence. Comme on l'a vu dans le chapitre III, une organisation du travail trop rigide, tout comme une organisation à l'inverse défailante, privent de l'autonomie ou des moyens nécessaires pour éprouver un plaisir dans le travail, et la satisfaction disparaît dès lors que la pression temporelle et la règle de l'urgence ne laissent pas la possibilité de s'approprier le travail.

*photocopies pour les copains quoi. Et c'est ce que je trouve génial quoi, c'est super. (...) C'est des copines quoi, on se fait des sorties... (...) Entre nous on a besoin de se voir. (...) On avait des réunions toutes les semaines, et... après les réunions, on essayait d'avoir une soirée grillades »*

Le plaisir du contact avec une clientèle est exprimé par **Mme Mara** :

*« C'était les clients qui nous apportaient beaucoup de choses, les clients. Alors moi avec les clients c'était super »,*

et il est souhaité par **Mme Beban** :

*« Là j'aimerais bien rentrer dans l'administration. L'accueil, tout ce qui est accueil, bon même si y'a du travail de paperasse ça fait rien, c'est pas grave, mais au moins l'accueil, le contact avec les clients, ça c'est... ».*

Chez **Mme Mermoz**, en cohérence avec le « nouvel esprit » du capitalisme qui imprègne son univers professionnel, c'est l'image du « réseau » qui est mise en avant :

*« J'aime beaucoup travailler avec les gens, j'ai des capacités managériales certaines. (...) Je suis spécialisée dans l'informatique, dans les bases de données, dans tout ce qui est internet et réseaux, mais parce que ça... parce que justement c'est le réseau, ça permet de connecter plein de gens entre eux... ».*

Mme Alpe quant à elle exprime bien le plaisir du contact avec les personnes dont elle s'occupe : « les personnes âgées m'apportent beaucoup, comme moi je leur apporte<sup>1</sup> ». De la même façon, **Mme Lavaur** apprécie le contact avec les malades de la clinique psychiatrique où elle travaille :

*« Si j'ai choisi ça c'est parce que je veux être en communication avec les gens, que j'aime le contact avec autrui, et que j'aime tout ce qui se passe entre les gens, que ça soit des gens sains d'esprit ou des gens qui sont en difficulté passagère dans leur vie. (...) Le moment de placer la perfusion c'est un moment privilégié pour entrer en contact avec le malade, y'a une intimité, une confiance qui peut s'installer, on rassure le malade, etc. »*

Mais le cas de Mme Lavaur permet également de voir que les conditions et l'organisation du travail peuvent inverser ce rapport avec autrui et le transformer en source de frustration et de souffrance. Mme Lavaur estime que la désorganisation du travail dans cette clinique nuit aux malades, remet en question le travail thérapeutique et, par là, son propre sentiment de « bien » faire son travail<sup>2</sup>. Elle souligne notamment le comportement des médecins, qui ne respectent pas les horaires de visite aux malades, ce qui crée encore plus d'angoisse pour ces derniers et complique la tâche des infirmières qui doivent « tamponner » :

---

<sup>1</sup> Mme Alpe souligne également les dangers d'une relation « trop » proche, et la difficulté à trouver la « bonne distance » : « on prend chaque problème à cœur un peu, et... c'est pas bon. Je suis trop sociable. Voilà. Trop sociable. Quand je peux apporter beaucoup de choses je l'apporte. Mais ma limite est trop... ça me perd des fois ».

<sup>2</sup> Mme Lavaur rejoint ainsi les 14% de salariés français qui déclarent ne pas pouvoir effectuer correctement leur travail à cause de l'impossibilité de coopérer. Cette proportion est en hausse depuis 1991, cf. : DARES, Enquêtes Conditions de travail.

« *Y'a cet énorme écart entre le travail de l'infirmière et la compréhension du médecin. Bon, moi j'attends pas d'eux qu'ils soient là à me dire : ah, qu'est-ce que c'est dur tout ça..., mais au moins le respect de ce qu'on fait, mais même ça on l'a pas, parce qu'ils nous traitent vraiment comme si on était... (...) C'est des conditions de travail qui pourraient être beaucoup plus agréables quoi, si les médecins se prenaient un peu plus de temps* ».

La dimension relationnelle dans le travail est parfois le seul plaisir qu'il reste quand toute autre forme de satisfaction a disparu. C'est le cas de **M. Bois**, qui mentionne des rapports de plus en plus difficiles avec la clientèle, un conflit avec le directeur actuel, une absence de perspectives professionnelles..., mais souligne la bonne entente avec ses collègues :

« *La relation entre nous est très bien, ça se passe très bien. (...) En général l'ambiance est sympa. (...) Ce que j'aime bien moi là-bas c'est que je me sens bien quand j'y vais, c'est sympa comme truc, bon, donc là pour ça y'a pas de problème* ».

Les termes « *pour ça* » indiquent ici que cet aspect du travail est bien le seul à ne pas être problématique pour M. Bois.

Le contact avec autrui dans le travail est une dimension essentielle de cette notion complexe qu'est « l'ambiance » au travail, que Mme Jost par exemple perçoit comme fortement dégradée dans le contexte des restructurations multiples qu'a connues le supermarché où elle travaille comme infirmière. Pour Mme Enzo, c'est le passage aux 35 heures qui a engendré une « *ambiance déplorable dans l'institution* ». Mme Anam souligne de son côté que « *s'il y a pas l'ambiance qui m'intéresse, le travail marche pas* ».

Ainsi le plaisir de l'*homo sociologicus*, qui met en jeu des aspects relationnels et affectifs mais qui est aussi un support essentiel de la reconnaissance dans le travail et de l'intégration sociale, est une composante majeure du rapport au travail.

### ***Servir, aider, être utile***

Dans cette forme de satisfaction, le plaisir vient du sentiment d'être utile à quelqu'un ou à quelque chose, et s'appuie sur une certaine éthique du don de soi (de son temps, de ses compétences, de son écoute...). On la trouve par exemple dans la description que fait M. Terray de son futur métier de policier : il « *pense avoir une expérience d'écoute des problèmes* » qui lui permettra d'aider les autres à « *instaurer un dialogue* » et à résoudre des conflits.

Aider les autres constitue pour **Mme Jost** une véritable vocation qui l'a amenée à choisir le métier d'infirmière :

*« J'ai choisi ce métier parce que ça me plaisait d'être avec les gens, de pouvoir aider quelqu'un. (...) Les gens savent très bien que je me débrouillerai pour les arranger... ».*

Elle décrit son travail comme à la fois médical et social, avec une grande part d'écoute permettant aux personnes de se sentir « soulagées » :

*« Si c'est mon domaine, un petit peu les relations avec la Sécu et tout, je leur dis vous me portez ça et ça, je m'en occupe, donc elles se disent je suis tranquille, quelqu'un s'occupe de moi ».*

Le plaisir né du sentiment d'aider les autres est également exprimé par **Mme Blondel**, qui insiste beaucoup sur la satisfaction qu'elle trouve à résoudre les problèmes d'emploi des personnes dont elle s'occupe, que se soit dans le cadre d'un plan social ou dans celui de la « cellule évolution » dont elle est responsable :

*« Cet espace est là pour aider les gens aussi à bouger, s'ils en manifestent le désir, ou à se perfectionner. (...) Y'en a qui souhaitent évoluer mais on les... pour différentes raisons on les écoute pas trop. Et moi je mets les pieds dans le plat. C'est vrai que ça avance. Et ils sont ravis, ils sont ravis, parce que depuis longtemps ils demandaient des choses qu'ils n'avaient pas, ils viennent me voir, pof, ça se fait, alors ça c'est formidable ».*

Trouver des solutions adaptées à chacun, intervenir dans les différents services pour favoriser la mobilité d'un salarié, « récupérer » quelqu'un qui n'avait plus d'espoir de trouver un poste qui lui convienne... sont des aspects longuement développés par Mme Blondel, qui expose en détail deux cas particuliers où son action a été particulièrement appréciée par les personnes. On peut souligner également que Mme Blondel évoque aussi les aspects gratifiants de son activité dans le cadre de plans sociaux :

*« Même si c'est beaucoup plus dur, dans le cadre d'une mission emploi, c'est beaucoup plus gratifiant pour vous parce que les gens vous les portent vraiment. Vous les ramassez à la petite cuillère, dans des états épouvantables, et vous arrivez à leur redonner confiance, et vous leur donnez le goût de faire autre chose, et ça c'est formidable ».*

Dans des emplois peu qualifiés de services aux personnes, le sentiment d'être utile peut constituer la seule source de satisfaction dans un travail par ailleurs pénible, peu reconnu et très mal payé. Les services aux personnes âgées correspondent à cette description pour Mme Anam, Mme Artur, et ici **Mme Fonviel** :

*« Au moins, qu'ils vivent leurs dernières années – parce que y'en a qui peuvent vivre très longtemps – le mieux possible, c'est-à-dire, bon, une femme, j'ai remarqué qu'une femme, même si elle perd la tête, elle reste toujours une femme. Vous lui faites les ongles, elle est contente, vous la coiffez, elle est contente... (...) Par exemple quelqu'un qui est malade, qui est fatigué, bon, vous lui prenez la main, bon, comme je fais... Vous vous agenouillez, vous lui prenez la main doucement, vous lui faites ça, je crois que ça lui fait du bien ».*

Mais encore faut-il que cette satisfaction minimale trouve à s'exprimer, ce qui n'est pas toujours le cas. Ainsi Mme Fonviel souligne que « ça va pas assez loin, on n'a pas assez de temps, ça va pas assez loin. Et puis je suis pas... j'ai pas de... je suis le dernier maillon de la



chaîne quoi », et **Mme Artur** a même démissionné d'un CDI car elle n'y trouvait pas cette satisfaction :

« Les personnes âgées, je voulais les aider, je voulais être auprès d'eux et tout ça. (...) Moi je pensais que c'était plutôt humanitaire mais je me suis rendu compte que c'était plutôt... surtout la rentabilité, aller courir, même pas faire attention à la personne, il faut courir, il faut pas prendre le temps de lui donner à manger, tout est chronométré, alors qu'ils ont besoin de plus de temps d'écoute, de patience, de choses comme ça... Et moi quand j'ai vu que je remplissais pas vraiment ma mission... au bout d'un moment j'étais saturée, je pouvais plus supporter ».

Ici encore les types d'organisation du travail pèsent lourdement sur la possibilité d'existence de cette forme de plaisir au travail.

On peut remarquer que cette satisfaction liée au sentiment d'être utile peut constituer un idéal professionnel, comme pour **Mme Jeco** :

« Moi ce serait aider les autres. Ceux qui en ont besoin. (...) Aider peut-être les... S... sans domicile fixe, machins comme ça, mais à être payée, pas bénévole. Moi je voudrais gagner ma vie aussi, faut bien gagner sa vie mais, mais genre comme ça quoi. Être avec les autres et aider les autres. Parce que je sais qu'est-ce que c'est, être dans le besoin ».

Elle peut aussi être trouvée hors du travail, dans des engagements associatifs par exemple (Mlle Arène).

### *Faire, créer*

« On pénètre ici dans la région la plus traditionnelle du plaisir au travail, celle à laquelle de nombreuses philosophies, des plus idéalistes aux plus matérialistes, ont conféré depuis longtemps ses lettres de noblesse<sup>1</sup> ». L'homme au travail est ici *homo faber*, créateur, constructeur, producteur d'œuvres. Cette « figure de la dignité au travail » est historiquement associée au mouvement ouvrier et à l'éthique du « travail bien fait », source de fierté. Si cette dimension du travail ouvrier est en déclin, on en trouve la trace dans certains entretiens. Chez **Mme Kléber** par exemple, ouvrière en biscotterie, qui malgré les pénibilités du travail dit y avoir toujours trouvé une motivation :

« La motivation, disons de faire bien son travail quoi, pour que, que ça... qu'il y ait des bons résultats. (...) Je crois que j'ai essayé de faire le mieux possible quoi. Et d'essayer d'aider les autres pour qu'ils fassent le mieux aussi ».

**Mme Jodu**, qui a été ouvrière dans le textile, mentionne aussi cette part de satisfaction qui naît du geste même, du savoir-faire technique, même si le travail à la chaîne le limite partiellement :

---

<sup>1</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit., p. 180.

« **La confection, c'était bien, j'aimais bien.** (...) J'ai travaillé dans les vestes, et après je suis allée à une autre [entreprise] où il y avait les pantalons. Mais la veste, à l'époque, quand j'ai commencé, j'étais apprentie, et **je rabattais toutes les doublures des manches à la main**, voilà. Et à la chaîne, aussi. Alors, vous savez, il faut en faire des doublures de manches hein, vous rabattez, vous... **Tout à la main, tandis que maintenant ils font tout à la machine, mais moi c'était tout à la main.** Si si, oui, moi la couture ça m'a toujours plu ».

Dans un autre contexte, **Mme Jeco** décrit avec un plaisir certain les gestes de manutention et de saisie informatique qu'elle a à accomplir :

« Je fais tout ce qui est conditionnement, c'est... **Déjà, la réception**, quand les fournisseurs - parce que c'est pas nous qui fabrique les implants, on les reçoit, alors moi quand on reçoit par exemple 2000 ou 1000 implants, c'est moi, moi **je les réceptionne sur ordinateur** quoi, il faut que... Par numéro de... Par exemple les codes barre, les numéros de fabrication, les dates de fabrication, les numéros de série... par implant. Et même si y'en a 2000, faut que je fasse ça quoi, sur ordinateur. Je mets ça, on stocke quoi, **je rentre dans le stock**, on met ça dans le stock, sur ordinateur. **Et une fois que j'ai fait la réception, je les mets en boîtes**, je sors les étiquettes, où y'a les dioptries, parce que bon, les yeux y'a des... dioptries, c'est pas pareil, les yeux... C'est **minutieux en plus...** (...) **C'est manuel, c'est manuel, à la fois manuel et à la fois informatique, moi c'est ça que je recherche en fait.** (...) Il fallait que je trouve quelque chose de manuel, il fallait que ce soit manuel..., et puis informatique quoi. Malgré que j'en avais jamais fait j'adorais ça ».

On retrouve ici l'aura de l'informatique qui, même dans des emplois peu qualifiés, apporte une « valeur ajoutée » au travail effectué<sup>1</sup>.

On est bien ici dans un plaisir d'*homo faber* : « renvoyant à l'acte de travail lui-même, et à l'épanouissement qu'il procure à celui qui le réalise au moment où il le réalise, ce type de satisfaction répond à la définition à la fois aristotélicienne et stoïcienne d'un bonheur en acte qui n'a pas d'autre fin que lui-même<sup>2</sup> ».

Cette satisfaction peut également prendre une forme plus intellectuelle dans le plaisir que l'on trouve à créer, concevoir, inventer, réaliser des travaux ou des œuvres. On le trouve exprimé chez **Mme Artur** :

« Moi j'ai envie de... d'être en activité quoi, je sais pas, de me dépenser, de **voir que je fais des trucs, que je réalise**, je sais pas, même si c'est pour taper un rapport, tu le sors, **tu le montes, tu le conçois, c'est formidable** quoi » ,

ou chez **Mme Fonviel**, qui insiste sur son plaisir à « construire » :

« **J'ai toujours voulu créer**, par exemple, lorsque je faisais des vidéos X, ce qui me plaisait c'est qu'il y a **une forme de création**, c'est-à-dire que - parce que vous en avez plusieurs, vous pouvez faire un truc lesbien, un truc homo, un truc..., bon, parce qu'il y a plusieurs scènes, vous faites des découpages, vous faites des flous, bon, vous montez la jaquette vous-même, en PAO... (...) **C'est un travail artistique à la limite**, construire la jaquette, c'est vachement bien... (...) **J'ai besoin de construire, soit des choses, soit des objets. Soit des êtres** ».

<sup>1</sup> GOLLAC M., GREENAN N., HAMON-CHOLET S., « L'informatisation de l'ancienne économie : de nouvelles machines, de nouvelles organisations et de nouveaux travailleurs », *op. cit.*

<sup>2</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, *op. cit.*, p. 145.

Et elle ajoute que précisément, son emploi d'aide ménagère auprès de personnes âgées ne lui procure pas ce plaisir-là : « *je construis pas, puisque c'est des gens qui vont mourir* ».

On retrouve chez **M. Thimas** ce double aspect matériel et humain de l' « œuvre » : M. Thimas se dit « *éducateur dans l'âme* » et met également en avant son goût pour « *démarrer les trucs, les mettre en place* » :

« *J'ai toujours été intéressé moi par tout ce qui est animation, d'un côté, c'est-à-dire créer quelque chose avec des groupes de gens pour animer quoi que ce soit, que ce soit un spectacle ou une fête ou un anniversaire ou n'importe quoi, j'ai toujours aimé ce côté-là, c'est-à-dire tout ce qui est logistique quoi, mettre en place quelque chose. Et ma seconde passion c'est les enfants* ».

L'analogie avec le travail artistique suggérée par Mme Fonviel mérite d'être soulignée : il s'agit bien en effet du plaisir de la création, dont le type pur est la création artistique. Cette forme de satisfaction dans le travail est peut-être la plus étroitement liée à la notion d'identité, puisqu'il s'agit d'affirmer une personnalité, d'exprimer une part de soi (Mme Mermoz : « *il faut me donner de la matière pour que je... je m'exprime un peu* »).

M. et Mlle Arène sont également attachés à cette forme de créativité dans le travail, mais tandis que le premier exprime sa crainte d'exercer « *un travail où ma personnalité elle s'exprime pas du tout* » (d'où l'éventualité évoquée de choisir l'artisanat) et repousse son entrée dans la vie active, Mlle Arène a été amenée à accepter un emploi de « *manutention pure et dure* » très éloigné de ses goûts et de sa formation en histoire de l'art.

### ***S'enrichir, apprendre, découvrir***

Cette dernière forme de satisfaction dans le travail prend sa source dans la possibilité qu'il offre d'apprendre, de découvrir, de s'instruire ou de perfectionner des connaissances. Il ne faudrait pas penser que ce plaisir est réservé aux métiers strictement intellectuels : M. Terray par exemple qualifie d' « *intéressant* » un travail manuel dans l'électronique où il a acquis de nouveaux savoirs, allant jusqu'à travailler chez lui avec des livres pour mieux s'approprier cette connaissance.

Mais il est vrai que les personnes qui insistent le plus sur l' « intérêt » qu'elles trouvent à leur travail sont celles qui, dans le corpus, occupent les emplois les plus qualifiés : Mme Blondel, **Mme Delache** et Mme Mermoz. La première emploie 8 fois le terme « intéressant » pour qualifier son travail actuel ou passé, et toujours

pour signifier qu'elle a *appris* des choses au fur et à mesure de ses changements de poste. La deuxième en fait un critère de choix des emplois :

« L'objectif c'est ça, c'est d'**avoir une activité intellectuelle** (...), donc bon, je dirais mon objectif c'est pas rentrer chez France Télécom à tout prix, c'est plus d'**avoir un travail intellectuellement intéressant** ».

Et pour **Mme Mermoz**, effectuer un travail qui lui permet d'apprendre sans cesse est une nécessité absolue :

« **J'ai besoin d'apprendre, je suis une grande curieuse.** Je pense que... toute ma vie je ferai des études quoi. Donc **si j'apprends pas dans mon boulot je vais m'emmerder comme un rat mort**, c'est clair. Ah ouais, c'est terrible. (...) Le domaine d'activité, je m'en fous un peu, a priori. **On peut apprendre partout.** Là dans ce que je fais, c'est... c'est tourné vers les réseaux virtuels de téléphonie, les réseaux voix, j'avais jamais fait ça, **j'apprends des choses quoi, c'est intéressant** ».

Comme pour les autres sources de satisfaction dans le travail, le plaisir d'apprendre peut être le seul intérêt d'un travail donné. Ainsi pour **M. Blagnac**, qui va commencer un CES de secrétariat :

« **J'en attends trop trop trop rien de... de ce CES.** (...) Ce qui va être **intéressant** pour le CES c'est d'utiliser une base de données qui est faite non pas par un constructeur en informatique, mais ça va être une base de données qui est faite par l'Éducation Nationale, et si c'est celle-là à laquelle je pense, c'est une base de données qui est très mal faite, donc je pourrai voir **pourquoi elle est mal faite, par curiosité...** Mais après, bon... Après je **vais pas trop apprendre...** ».

L'intérêt que l'on peut trouver à son travail est peut-être l'une des différences entre le simple « travail » et le « métier ». C'est ce qui ressort des propos de **Mme Kléber**, au détour d'une question sur la façon dont elle organise son temps depuis qu'elle ne travaille plus :

« Il y a des gens que ça angoisse d'avoir à organiser eux-mêmes leur temps... - Oui, les gens super angoissés déjà de... de nature. Ou **les gens qui sont vraiment, qui ont un métier vraiment intéressant.** Bon, mais nous, dans les usines, vous savez... **C'est des métiers... C'est un travail quoi** ».

Le travail en usine (ainsi d'ailleurs que le travail de ménage) est plusieurs fois cité comme le parangon du travail « pas intéressant », que l'on y ait goûté ou non (Mme Beban : « là c'était **pas du tout intéressant**, c'était **l'usine** quoi, pas du tout intéressant », M. Terray : « là c'était du cartonnage, bête et méchant, donc nul - enfin, **pas intéressant pour moi** »).

A travers ces quelques extraits d'entretiens (beaucoup d'autres pourraient être cités), on voit que les sources de plaisir et de satisfaction intrinsèques au travail

sont variées<sup>1</sup>. Elles peuvent bien sûr se combiner, et les associations entre leurs modalités positives ou négatives construisent les ambivalences du rapport au travail : chez Mme Jeco par exemple les satisfactions d'*homo faber* et d'acquisition de nouvelles connaissances cohabitent avec une insatisfaction d'*homo sociologicus* (relations médiocres avec ses collègues). La satisfaction reste cependant dominante. Tandis que chez Mme Brax, si le travail effectué (du moins une partie, selon les tâches qu'on lui donne) satisfait son goût de « faire » et de maîtriser une technique, les relations avec ses supérieurs sont tellement conflictuelles que l'insatisfaction l'emporte. On voit également que tous les degrés de satisfaction ou d'insatisfaction sont illustrés, avec, à l'intérieur de cette dernière, un point de basculement qui distingue la simple absence de satisfaction réelle, qui pourrait être considérée comme une forme faible de l'insatisfaction (Mlle Arène, Mlle Portet) d'une forme forte dans laquelle les pénibilités physiques et psychiques se traduisent véritablement dans le registre de la souffrance au travail (Mme Faya, Mme Mara, Mme Lavour...).

L'enquête statistique de C. Baudelot et M. Gollac montre que si des formes de satisfaction peuvent être trouvées dans toutes les professions (dans des proportions différenciées et avec des associations privilégiées cependant), il reste que « plus on s'élève dans la hiérarchie sociale, et plus l'activité professionnelle propre à une profession se diversifie, s'autonomise, s'intellectualise et élargit ainsi la gamme des sources potentielles de plaisir et de satisfactions<sup>2</sup> ». Le corpus analysé se situe dans cette tendance : parmi les 15 personnes exerçant des emplois qualifiés<sup>3</sup> (à des degrés divers), 10 sont plutôt ou très satisfaites dans leur travail, tandis que les 15 salariés occupant des emplois non qualifiés sont 9 à être plutôt ou très insatisfaits<sup>4</sup>. Mais on note donc par ailleurs que 5 personnes en emploi qualifié sont insatisfaites<sup>5</sup>, et que 6 personnes en emploi non qualifié trouvent dans leur travail

---

<sup>1</sup> Il faudrait y ajouter les satisfactions que l'on trouve à l'occasion de l'activité professionnelle mais ailleurs que dans son contenu direct et qui constituent aussi la toile de fond de la vie au travail, cf. : BOZON M., LEMEL Y., « Les petits profits du travail salarié. Moments, produits et plaisirs dérobés », *Revue française de sociologie*, vol. XXX, 1989, pp. 101-127.

<sup>2</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit., p. 189.

<sup>3</sup> Mme Beban, M. Blagnac, Mme Blondel, M. Bois, Mme Brax, Mme Delache, Mme Enzo, Mme Jost, Mme Lavour, Mlle Loci, Mme Mara, Mme Mermoz, Mme Pinson, M. Sernin, M. Terray.

<sup>4</sup> On se souvient également que dans l'enquête par questionnaire, les salariés exerçant des professions intermédiaires et supérieures sont de loin les moins nombreux à déclarer qu'ils ne disposent pas d'une initiative suffisante dans leur travail, et à juger que leur travail est « répétitif et monotone », cf. : Chapitre IV, §2.

<sup>5</sup> M. Bois, Mme Brax, Mme Enzo, Mme Lavour, Mme Mara.

des sources de plaisir<sup>1</sup>. Il est intéressant également de remarquer qu'à travail comparable, le degré de satisfaction est extrêmement variable : Mme Fonviel et Mme Alpe par exemple se différencient nettement sur le plan des satisfactions qu'elles trouvent dans le « même » travail d'aide ménagère. Pour comprendre ce type de variations interindividuelles, il faut recourir à un autre registre d'analyse : celui de l'investissement identitaire dans le travail et de ses différentes modalités.

### **Le travail entre activité et identité**

Avant d'aller plus loin dans l'analyse de la dimension identitaire du rapport au travail, il est nécessaire de préciser ce que j'entendrai par « identité ». Au vu de l'imposante littérature sociologique (philosophique, psychologique...) produite autour de cette notion, la définition que j'adopterai est relativement modeste : elle consiste, dans la lignée de l'approche éémique choisie dans ce travail, à désigner par « identité » le « moi » affirmé ou revendiqué par les personnes, tel qu'il est visible ou reconstituable à travers les propos recueillis en entretien. Il s'agit donc de l'« identité pour soi », ce que Goffman appelle l'« identité réelle<sup>2</sup> », qui correspond à « l'histoire que les individus se racontent sur ce qu'ils sont<sup>3</sup> ». Ce versant de l'identité est en dialogue permanent (et parfois en conflit) avec l'identité virtuelle, c'est-à-dire celle qui est attribuée par autrui à travers les diverses formes d'étiquetage – ou plutôt, celle que la personne pense qu'on lui attribue.

On retrouve ici l'une des définitions interactionnistes de l'identité, plus précisément celle de R. Turner : « l'identité est faite à la fois de qualités stables (qui rendent compte de l'idée populaire d'identité où stabilité et authenticité de l'acteur sont liées comme dans l'expression "vouloir être soi-même"), et de traits plus éphémères ou conjoncturels, qui eux rendent compte des modifications d'image à chaque changement de miroir, c'est-à-dire de partenaire dans une situation concrète<sup>4</sup> ». Selon R. Turner, « la conception que chacun se fait de lui-même est le résultat d'un laborieux compromis entre nos idéaux et les images que notre conduite imparfaite dans les situations concrètes nous imposent<sup>5</sup> ». L'intérêt d'une telle définition réside notamment dans son caractère non substantialiste : l'identité pour soi est

---

<sup>1</sup> Mme Alpe, Mme Anam, Mme Chafi, Mme Jeco, Mlle Roque, M. Thimas.

<sup>2</sup> GOFFMAN E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps* (1963), trad. fr. : Paris, Éd. de Minuit, 1975.

<sup>3</sup> La formulation est celle de R.D. Laing, citée in DUBAR C., *La socialisation, op. cit.*, p. 114.

<sup>4</sup> DE QUEIROZ J.-M., ZIOTKOVSKI M., *L'interactionnisme symbolique, op. cit.*, pp. 43-44.

<sup>5</sup> Cité par J.-M. De Queiroz et M. Ziotkovski, *ibid.*, p. 44.

certes composée d'une représentation d'un « vrai soi-même » relativement stable et durable, mais elle est aussi travaillée en permanence au fil des interactions sociales dans lesquelles cette conception de « soi » est constamment reconstruite, éprouvée, ajustée et enrichie (ce travail de « mise en ordre » identitaire est bien sûr favorisé par la situation d'entretien semi-directif)<sup>1</sup>.

Privilégier une approche émique ne suppose pas d'adopter un point de vue subjectiviste ou psychologique : si le « moi » auto-attribué est exprimé dans le registre des traits personnels et du « caractère » individuel, l'analyse sociologique rappelle que l'identité est *sociale* : elle s'adosse aussi à des formes identitaires socialement constituées, comme les rôles, les identités de genre, d'âge ou de génération, d'appartenance sociale ou de travail. L'identité est alors une synthèse (celle que l'on peut percevoir au moment de l'entretien) de ces différents éléments à la fois subjectifs et objectifs, individuels et sociaux, qui sont en interstructuration constante. J.-C. Kaufmann propose ainsi de définir l'identité comme « le mouvement par lequel l'individu reformule toujours davantage la substance sociale qui le constitue<sup>2</sup> ».

Parmi les cadres sociaux, structurels et historiques qui participent à la construction des identités, ceux qui ont trait au travail et à l'emploi peuvent avoir une importance variable. Autrement dit, l'identité pour soi peut être plus ou moins liée à la sphère professionnelle. On a vu avec l'exemple du parcours de M. Bois que l'activité professionnelle exercée peut ou non mettre en jeu une part de l'identité personnelle, et que cet investissement identitaire dans le travail est susceptible d'évoluer au fil de la biographie. Dès lors, l'analyse consiste à répondre, pour chacun des cas étudiés, aux questions suivantes : dans quelle mesure et de quelle façon le rapport au travail met-il en jeu l'identité pour soi ? Ce que l'on perçoit comme son « vrai soi-même » est-il au moins partiellement défini en référence à la sphère professionnelle, ou en est-il dissocié ? Ce que l'on *fait* doit-il, d'un point de vue émique, être en concordance avec ce que l'on *est* ? Il faut également garder à

---

<sup>1</sup> P. Ricoeur apporte des réflexions précieuses sur ce point en montrant que « sans le secours de la narration, le problème de l'identité personnelle est voué à une antinomie sans solution ». Cette antinomie oppose d'un côté une conception substantialiste du sujet « identique à lui-même dans la diversité de ses états », et de l'autre une conception où l'identité disparaît puisque le sujet est dissous dans cette diversité. Face à cette alternative, « le dilemme disparaît si, à l'identité comprise au sens d'un même (*idem*), on substitue l'identité comprise au sens d'un soi-même (*ipse*). (...) A la différence de l'identité abstraite du Même, l'identité narrative, constitutive de l'ipséité, peut inclure le changement, la muabilité, dans la cohésion d'une vie », cf. : *Temps et récit, 3. Le temps raconté, op. cit.*, p. 443. Cf. également : VOETLI M., « Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence », *Lien social et politiques - RIAC*, n° 51, 2004, pp. 145-158.

<sup>2</sup> KAUFMANN J.-C., *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 90.

l'esprit que le fait de concevoir ou non le travail comme une dimension de soi n'est pas un attribut individuel donné une fois pour toutes. Une conception du travail située initialement dans le pôle du *travail-activité* peut, si les caractéristiques des emplois occupés le permettent, se transformer en *travail-identité*. Le chemin inverse est également possible.

J'ai mentionné précédemment les critères qui ont servi de guide à l'analyse de la satisfaction dans le travail, et qui ont permis de situer chacune des personnes rencontrées vers le pôle de la satisfaction ou vers celui de l'insatisfaction. Les critères pertinents sur l'axe de l'investissement identitaire dans le travail sont plus difficiles à désigner, car le plus souvent ce n'est qu'en mettant en rapport des propos de nature très diverse, éparpillés tout au long de l'entretien, et parfois furtivement énoncés, que l'on peut caractériser le lien que le travail entretient subjectivement avec l'identité personnelle, c'est-à-dire le degré et la forme de sa contribution à la définition de « soi<sup>1</sup> ». On peut cependant citer quelques « nids » heuristiques particulièrement féconds : il y a d'abord le récit de l'entrée dans la vie active (ou même, plus en amont, celui des choix scolaires) et la mise en intrigue des premières orientations professionnelles ; parfois également la description (sollicitée par moi) de ce que serait le travail « idéal », si on avait le choix, dans l'absolu ; les propos sur la formation, les diplômes ou l'éventualité d'une reprise d'études sont également souvent très révélateurs ; enfin, l'utilisation du terme « métier » pour qualifier l'activité actuelle ou souhaitée est un signe solide de l'existence d'un investissement identitaire dans le travail<sup>2</sup>. En dehors de ces aspects précis fortement chargés de signification, c'est par recoupements et reconstitution a posteriori que se construit l'interprétation<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> On pourrait dire que le travail d'analyse effectué autour de la composante identitaire (ou non) du travail a consisté à reconstituer la réponse que chacune des 30 personnes rencontrées aurait donnée à la question de l'enquête « Histoire de vie - Construction des identités » : quelle est la place du travail dans l'ensemble des choses qui permettent de *dire qui vous êtes*.

<sup>2</sup> Un indice complémentaire existe pour les 15 personnes ayant répondu au questionnaire : l'hypothèse d'un licenciement de l'emploi actuel n'est considéré comme un « échec personnel » que lorsque le travail comporte une dimension identitaire.

<sup>3</sup> D. Demazière et C. Dubar parlent d'un « véritable détour sémantique » (DEMAZIERE D., DUBAR C., *Analyser les entretiens biographiques, op. cit.*).



## ***La « vocation » et ses variantes : pluralité des engagements identitaires dans le travail***

### *La vocation, forme pure du travail-identité*

La manifestation la plus explicite d'un rapport au travail conçu sur le mode identitaire est la *vocation*, dans laquelle l'identité se définit en grande partie dans l'affinité avec une profession. Deux personnes dans le corpus correspondent particulièrement bien à ce cas de figure : **M. Sernin** et **Mme Jost**. Ces personnes ne pourraient que difficilement et au prix d'un renoncement douloureux faire un autre travail que celui vers lequel elles se sont senties attirées et qui a tous les attributs d'un « métier » (M. Sernin : « *je me vois pas faire autre chose que de travailler avec des mômes* »). Mais si pour Mme Jost le parcours a été linéaire (choix du métier d'infirmière, diplôme puis emploi), pour M. Sernin les débuts ont été plus indécis puisqu'il s'est d'abord orienté vers l'horticulture (CAP et BEP), puis a passé plusieurs années en alternant travail en clubs de vacances et « *petits boulots, dans la restauration, en maçonnerie, en horticulture...* ». Ni l'horticulture ni l'animation n'apparaissent au début comme des vocations, mais plutôt comme des moyens de fuir une ambiance familiale difficile :

*« En passant un BEP d'horticulture, c'était surtout pour accéder à la protection de la nature et de l'environnement, donc soit travailler en forêt, ou partir travailler en Afrique, parce que c'est vrai que l'Afrique à ce moment-là ça me branchait bien, et bon c'était déjà pour me casser quoi. Et si je suis parti en centres de vacances tout de suite après, c'était vraiment pour partir ».*

Mais par la suite les affinités de M. Sernin avec le travail d'animateur auprès d'enfants se révèlent, et la dimension éducative lui tient aujourd'hui très à cœur :

*« Je me sens bien avec les enfants quoi, avant tout. (...) Ce qui me plaît c'est le fait de pouvoir leur apporter quelque chose... c'est un rôle éducatif, c'est très difficile de... Y'a des choses que j'ai envie de leur apporter, et puis y'a beaucoup de choses que eux m'apportent, et on pourrait appeler ça comme une symbiose quoi, c'est vraiment... Et je m'en lasse pas ».*

On peut noter également que le goût pour les questions d'environnement, qui avait orienté le premier choix scolaire, réapparaît dans le contexte du travail d'animateur : M. Sernin souhaite en effet « *monter des projets et vraiment travailler avec eux sur... sur beaucoup de choses quoi, entre autres le respect de l'environnement* », il déclare aussi faire de la « *prévention* » en évitant d'acheter des aliments contenant des OGM lorsqu'il accompagne des enfants en séjours.

Ce n'est que plus tard dans l'entretien que M. Sernin met en intrigue cette vocation avec son histoire familiale, et argumente la dimension identitaire de son rapport au travail :

*« J'ai toujours aimé les enfants avant de... de travailler en centres de vacances je faisais déjà... Ma mère étant instit, quand elle avait besoin de monde j'allais aider à l'école, donc... C'est quelque chose qui me plaît quoi, je suis bien avec les enfants, maintenant c'est sans doute psychologique, ça a été une thérapie quoi je pense aussi... C'est se trouver en travaillant avec des enfants, et c'est peut-être les aider... dans moi ce que j'ai pas eu ou... ».*

On note donc que même dans sa forme la plus nette, la « vocation » n'est pas (du moins dans le corpus analysé ici) cet impérieux appel intérieur que connote le terme dans ses acceptions religieuses et ordinaires. La vocation apparaît bien comme construite à la fois dans l'histoire familiale et personnelle et dans les opportunités professionnelles<sup>1</sup>.

Le motif de la vocation peut prendre des formes moins « pures » que dans ces deux cas. Par exemple, chez **M. Thimas**, c'est une triple vocation qui est affirmée : la vente, l'animation et les transports. M. Thimas a occupé de très nombreux emplois différents, dans ces trois secteurs mais aussi dans d'autres (restauration, bâtiment...). Ce sont pourtant ces trois activités-là qu'il met en avant au titre de ce qui le définit professionnellement – et personnellement (« je suis éducateur dans l'âme »), c'est pourquoi je considère que le travail comporte pour lui une dimension identitaire. Il établit des liens entre les activités de vente et d'animation (« si on réfléchit c'est toujours du contact, c'est toujours animer, convaincre, c'est toujours pareil »), et se réfère également à son histoire familiale pour expliquer ces vocations multiples :

*« Mon grand-père il était chef des ventes, il vendait des camions, voyez déjà, la vente, et les véhicules. Mon autre grand-père était concessionnaire BMW : la vente et les véhicules... ».*

Si M. Thimas peut être considéré comme un exemple de *vocation plurielle*, on trouve chez **Mme Pinson** une autre configuration : celle des *vocations successives*. Après avoir d'abord travaillé dans l'entreprise de peinture de son mari, elle tente de revenir, mais indirectement, à sa première aspiration pour le domaine artistique : « j'avais pas pu faire les Beaux-Arts, enfin j'ai manqué de caractère, parce que mes parents ont pas voulu, mais si j'avais dit je fais, je l'aurais fait ». Elle obtient un BTS de publicité par correspondance car elle s'était « mis l'idée en tête qu'en faisant de la pub, c'était du graphisme ». Elle ne trouve pas d'emploi dans cette branche (et n'en cherche pas

---

<sup>1</sup> F. Dubet montre que dans les métiers du travail sur autrui, la notion de vocation s'est éloignée d'une conception héroïque et sacrificielle pour prendre un sens plus « protestant » et plus lié à l'épanouissement personnel, cf. : *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.

vraiment après s'être rendu compte que le BTS de publicité ne l'aurait de toute façon pas amenée à un travail de dessinatrice). Après cette première vocation inassouvie, elle travaille pendant 20 ans comme hôtesse d'accueil dans un magasin de grande distribution, et bien que ce travail lui ait plu (du moins jusqu'au début des restructurations qui ont abouti à la fermeture de l'établissement), elle ne le reconstruit pas comme vocation. En revanche, l'emploi d'animatrice qu'elle occupe aujourd'hui apparaît bien comme une réalisation de soi, et à nouveau trouve ses racines dans une caractéristique identitaire ancienne :

« [son interlocutrice à l'ANPE] a dit **le mot magique**, elle a dit : pour encadrer les petits et la restauration à la cantine. **Alors moi les petits...** On a 15 neveux et nièces, et **la tatie gâteau c'était moi**, quand on avait les mariages, les communions et tout ça, qui c'est qui faisait l'andouille dans l'herbe avec les petits, c'était moi ! Et alors, **j'ai tout de suite dit oui parfait** ».

On peut ajouter que les deux vocations de Mme Pinson (le dessin, les enfants) réapparaissent dans la sphère du hors-travail, puisqu'elle a récemment écrit et illustré des contes pour enfants.

Chez **Mlle Roque**, on trouve formulé précisément le travail « idéal », et à nouveau la référence à l'ancienneté de l'attirance professionnelle :

« Vous dans l'absolu, qu'est-ce qui vous plairait ? – **Si j'avais le choix ? Oui, je rentrerais dans la police, si j'avais le choix. Oui. Mais bon j'ai déjà passé le concours une fois, je l'ai pas eu, et donc ça m'a un peu démoralisée...** – Et pourquoi la police ? – **C'est... depuis que je suis toute petite, ça a toujours été ça. Je voulais passer un Bac en fait pour passer ce concours et... comme je l'ai pas eu du premier coup, après pour s'y remettre...** – Et vous avez l'intention de le retenter ou... ? – **Je pense oui, je pense** ».

Nous sommes donc ici en présence d'une vocation contrariée, qui n'est pas abandonnée mais dont la réalisation est loin d'être acquise.

L'existence d'une vocation « en suspens » caractérise également la situation de **Mlle Loci**, à ceci près que pour cette dernière, le projet de concrétiser son aspiration professionnelle (devenir bibliothécaire) n'est pas remis à un futur indéterminé et hypothétique, mais bien inscrit dans le présent (préparation des concours). On note qu'ici, la vocation apparaît plus tardivement : Mlle Loci se destinait dans un premier temps à une carrière dans l'enseignement. Ce n'est qu'après 4 années d'études de lettres, plus une année de préparation de l'agrégation, que ce projet est remis en question :

« **J'ai fait ma maîtrise sur les manuscrits médiévaux, et en fait j'hésitais, après ma maîtrise j'ai dit : bon qu'est-ce que tu fais ? Est-ce que tu passes les concours pour être enseignante ou est-ce que tu t'orientes plutôt vers la conservation de livres anciens ? Et puis je me suis dit bon, vaut mieux tableur sur l'enseignement, ça sera plus sûr et tout, et puis... bon, à l'époque c'était ça... Mais je gardais toujours en tête, justement de passer éventuellement les concours de bibliothécaire, et puis ben**

*maintenant... Non, c'est vraiment une envie, parce qu'après j'ai envie de me spécialiser dans la conservation des fonds anciens... (...) Je me suis rendu compte, malheureusement trop tard, que j'étais pas faite pour l'enseignement »*

Aujourd'hui la profession de bibliothécaire constitue un objectif exclusif : « je mise tout sur ces concours ».

Enfin, on trouve chez **Mme Artur** un cas de *vocation abandonnée*. Elle affirme dans un premier temps que le travail auprès de personnes âgées est un choix ancien (« j'ai toujours voulu travailler dans ce milieu-là »), mais on comprend par la suite que ce projet est lié à un événement précis de son histoire personnelle :

*« Quand on est tous venus en Europe, moi j'ai été la dernière à partir parce que je voulais pas quitter ma mère, je voulais pas partir. Ma mère je voulais pas la laisser toute seule là-bas. (...) Et puis quand je suis partie, 1 an après elle est morte. Et ça ça m'a... ça m'a toujours culpabilisée, je me dis que peut-être si j'étais restée là-bas, comme elle a été malade une semaine et demie et puis c'était fini, moi je me dis qu'elle avait personne pour s'en occuper, effectivement parmi ses enfants y'avait plus personne là-bas. Et ça ça m'a vraiment beaucoup beaucoup... beaucoup interpellée. Et puis aussi, ici, mon beau-père qui est mort tout seul, tout seul quoi, dans son coin, alors qu'il a des enfants et tout, ça m'a tuée ça aussi, ça m'a tuée. Et puis quand je vois comment les personnes âgées vivent, je ne sais pas, c'est venu comme ça... Je sais pas si c'est pour rattraper ces coups-là, le coup de ma mère ou le coup de mon beau père, je sais pas... Je me dis que... J'ai peut-être une dette envers eux et qu'il faut que je la paie ».*

Mais on a vu que l'expérience de Mme Artur dans ce domaine d'activité s'est révélée profondément décevante, à tel point qu'elle a démissionné de son emploi – ce qui confirme d'ailleurs l'importance de la perception d'une adéquation entre le « moi » et le travail, non seulement dans le rapport subjectif au travail mais aussi dans la conduite concrète des parcours professionnels. Elle a même renoncé définitivement à ce projet professionnel (« même aujourd'hui si on me proposait de rentrer dedans, malgré les problèmes que j'ai je refuserais. Je n'irais pas ») et parle désormais au passé de cette vocation qui correspondait pourtant à une aspiration personnelle très profonde :

*« Et sur le plan professionnel, ce qui vous plairait ? – Sincèrement... Ce qui me plaisait c'était l'aide aux personnes âgées, c'est ça qui me plaisait plutôt, jusqu'à maintenant c'était ça qui me tenait à cœur ».*

On verra un peu plus loin qu'à la suite de ce renoncement douloureux à un choix à la fois personnel et professionnel, Mme Artur envisage aujourd'hui son intégration professionnelle dans un registre essentiellement instrumental.

Si la vocation représente le cas le plus prononcé d'assimilation entre identité personnelle et identité professionnelle, on trouve dans le corpus d'autres formes d'investissement identitaire dans le travail. J'en distinguerai trois, qui sont à

comprendre comme des composantes pouvant coexister, avec des dominantes plus ou moins marquées.

### *L'attachement à un métier ou à un secteur d'activité*

La première peut être considérée comme une forme affaiblie de vocation. Elle correspond aux cas où le rapport au travail est caractérisé par l'attachement à un *métier* ou à une branche d'activité. C'est alors la *nature des activités* effectuées qui est mise en avant comme étant ce qui « convient », ce qui correspond à l'identité subjectivement perçue et aux goûts personnels. La satisfaction éprouvée dans les gestes et les activités de travail dépasse le seul niveau pragmatique pour prendre une portée identitaire, le plaisir d'*homo faber* s'appuie sur l'identification à un métier ou à un type précis d'activité choisi entre tous et dans lequel on se reconnaît. Le cas de **Mme Brax** illustre bien cette forme d'investissement identitaire dans le travail. Elle exprime en effet à plusieurs reprises son attachement au secteur de l'imprimerie et à son métier d'infographiste, bien que sa première orientation professionnelle ait été différente :

*« J'ai voulu faire de l'électronique, donc j'ai fait CAP d'électronique. (...) Et je l'ai pas exploité, je l'ai fait comme ça... (...) Et puis après j'ai fait 2 ans de comptabilité, dans une école privée, mais là j'ai dû arrêter parce que j'avais été malade. (...) Et puis bon comme je trouvais pas de travail, je suis rentrée dans une imprimerie, là où travaillait ma mère. Et puis après j'ai fait ce travail, l'imprimerie, et puis j'ai voulu rester dans ce secteur. Parce que vraiment c'est un travail qui me plaît. L'art graphique, tout ça ».*

Aujourd'hui Mme Brax se reconnaît pleinement dans ce métier (« j'ai quand même fait 12 ans d'imprimerie... Donc je connais mon boulot. Je sais ce que je fais »), qui d'ailleurs est en affinité avec ses qualités personnelles de créativité et de sens artistique :

*« C'est pour ça que je voulais faire de la PAO, parce que je suis très décoratrice, j'adore tout ce qui est graphique, j'adore décorer, tout ce qui est architecture, des trucs comme ça, paysagiste... ».*

Son engagement dans ce secteur professionnel fait également apparaître une identité collective de métier, dont on sait qu'elle caractérise très fortement les travailleurs de l'imprimerie : « ça me plaît, parce que le monde de l'imprimerie c'est bien. Il faut y avoir travaillé, parce que c'est une solidarité l'imprimerie ».

Si l'on ne peut pas véritablement parler d'une vocation, c'est parce que Mme Brax se dit prête à exercer d'autres types d'activités :

*« Ça m'est égal. Même standardiste ça me serait égal. N'importe quoi. N'importe quoi, mais que je ne porte pas du poids, que... Sinon ça m'est complètement égal ».*

Cependant, elle précise bien qu'une réorientation professionnelle serait un dernier recours :

« **Je veux l'imprimerie**, ce secteur-là. Mais si vraiment je trouve rien, je me donne une base de 6 mois, **si vraiment je trouve rien**, je me relancerai dans autre chose ».

On retrouve chez **Mme Enzo** la présence d'une identité de métier, associée au choix initial de travailler « dans le social » :

« Après le Bac, j'ai... J'étais un peu perdue, **je savais pas trop ce que je voulais faire...** C'était assez vague pour moi, **je savais que c'était dans le social** mais bon, éducatrice, assistante sociale... Je savais pas bien ».

Sa formation puis son premier emploi d'assistante sociale lui conviennent :

« **Le travail me plaît vraiment**, ce que je fais me plaît, le contact avec les jeunes... (...) **Mon métier je le fais bien** et je pense être quand même compétente, et on me le dit, enfin... (...) **Je l'aime mon métier** ».

Cependant, cette identité professionnelle n'est pas conçue comme exclusive :

« Ça me plaît, ça me plaît, **mais c'est pas vraiment une vocation**. Je bloque pas sur le travail social, enfin... Mes parents m'ont aidée aussi dans le choix de cette formation, y'avait le marché de l'emploi qui était ouvert, enfin y'a eu... Ça me plaisait mais bon, **y'avait d'autres métiers qui me plaisaient aussi hein.. J'étais plutôt artiste hein au départ...** »

Interrogée sur l'éventualité d'une réorientation professionnelle, Mme Enzo répond que « c'est quelque chose qui me trotte dans la tête » :

« **Une formation, je l'exclus pas** parce qu'il y a d'autres métiers qui me plaisent, et puis **changer carrément de branche même hein, ça me dérangerait pas du tout...** A un moment j'avais envie de faire un CAP fleuriste, ou quelque chose comme ça enfin, j'aime travailler de mes mains, j'aime bien faire des choses... ».

On voit donc que si Mme Enzo conçoit le métier d'assistante sociale comme une identité professionnelle satisfaisante et adéquate à son identité personnelle, cette affinité n'est pas présentée comme exclusive ni définitive (contrairement à ce que l'on observe dans la forme forte de la vocation).

### *La réalisation de soi au-delà de la nature des activités*

Une autre forme d'investissement identitaire dans le travail peut être observée lorsque l'activité professionnelle est conçue comme un lieu d'expression et de *réalisation de soi*, de façon relativement indépendante de la nature des activités effectuées. Les cas de **Mme Mermoz** et **Mme Blondel** relèvent de ce rapport au travail caractérisé par la recherche de *l'épanouissement* dans le travail : la catégorie traditionnelle du métier s'efface au profit de celle de compétences, au sens où

celles-ci sont individuelles, identitaires, ce que ne sont pas les qualifications<sup>1</sup> (qu'elles ont aussi par ailleurs). L'investissement identitaire dans le travail s'exprime ici de façon plus abstraite que dans le cas précédent, et passe par la possibilité donnée par l'activité professionnelle de satisfaire des goûts personnels et de cultiver des aptitudes intellectuelles et relationnelles : se former, « évoluer » (c'est-à-dire changer régulièrement d'activité pour apprendre toujours quelque chose de nouveau), faire preuve de créativité, surmonter des obstacles (Mme Mermoz : « j'ai besoin de challenge », Mme Blondel : « moi ce qui me fait avancer c'est la difficulté »), « manager » des équipes<sup>2</sup>... Mme Mermoz résume bien cette façon de concevoir l'activité professionnelle :

*« Le domaine d'activité, je m'en fous un peu, a priori. C'est sûr que je vais pas me lancer en droit bancaire hein, ça m'emmerderait royalement, voilà, mais bon autrement, je suis assez... On peut apprendre partout ».*

Chez **M. Arène**, l'enjeu de l'adéquation entre la personnalité et le travail est également mis en avant, mais de façon prospective. Il évoque plusieurs éventualités : poursuivre des études, devenir enseignant, rechercher des « débouchés » professionnels dans le journalisme, ou envisager son activité artistique comme un métier possible (« je pense souvent à des boulots liés à l'artisanat ou des choses comme ça »). L'indécision dans laquelle il se trouve vient du fait qu'il n'arrive pas à savoir quel type d'activité professionnelle pourrait lui permettre de s'épanouir, c'est-à-dire de cultiver sa personnalité tout en restant à l'écart du « système » :

*« Comme boulot je sais pas vraiment si j'ai un boulot idéal, un boulot prédéfini, je sais pas... Après c'est vrai que j'ai des activités qui me tiennent à cœur, mais... le boulot en soi, non, j'ai un peu de mal à me dire que je serai bien dans un boulot. (...) J'ai un peu de mal à m'admettre dans des boulots conventionnels. (...) J'ai beaucoup de mal à m'incarner dans un système où je serais... où on n'est pas libre forcément à 100%, où faut faire énormément de concessions et... plus je vieillis moins j'arrive à faire des concessions, donc... ».*

S'il ne sait pas quelle forme peut prendre son avenir professionnel, M. Arène sait au moins ce qu'il ne veut pas :

*« Je réfléchis, oui, à la place que je vais avoir plus tard. Ce que j'aimerais pas qu'il m'arrive c'est que par exemple je fais le choix de travailler, et que je me retrouve dans un travail où ma personnalité elle s'exprime pas du tout, ou... que je sois devenu un petit peu un esclave, c'est un peu fort mais... j'ai beaucoup cette crainte-là, d'avoir à faire quelque chose qui me convient pas du tout ».*

---

<sup>1</sup> Cf. : Chapitre I.

<sup>2</sup> L. Boltanski et E. Chiapello parlent d'une « esthétique de l'excitation » pour qualifier ce type de rapport au travail étroitement lié aux nouvelles formes d'organisation et de management, cf. : *Le nouvel esprit du capitalisme, op. cit.*

Le travail est donc bien conçu ici sur un mode identitaire, même si son contenu concret est encore indéterminé. Tout l'enjeu est de trouver une activité qui permette à M. Arène de « *rester personnellement ce que je suis là* ».

### *L'identité d'emploi dans le statut ou la carrière*

Enfin, un troisième mode d'investissement identitaire dans le travail se construit autour de l'identification à un *statut* professionnel et à un certain type de rapport à l'emploi. Deux variantes peuvent être distinguées.

- Plusieurs personnes expriment le souhait (réalisé ou non) d'intégrer la fonction publique territoriale ou d'État, dans des termes parfois confus mais qui indiquent un investissement identitaire dans le statut social associé à ce type d'emploi. Ainsi, **Mme Damo** décrit son « idéal » professionnel :

*« J'ai jamais pu travailler dans une collectivité. Ça aurait été mon rêve, mais c'est très dur... »*

On a donc ici une aspiration professionnelle qui au départ s'oriente moins vers un métier précis que vers un statut d'emploi : l'emploi public de service dans des établissements collectifs. Bien qu'elle soit titulaire d'un CAP d'employée de collectivité, Mme Damo n'a jamais pu intégrer ce secteur d'activité de façon stable. Après avoir envisagé de passer le concours d'aide-soignante, puis abandonné à cause de son niveau scolaire trop faible, elle a « *essayé de rentrer dans les hôpitaux en faisant un CV dans les cuisines et tout* ». On voit que la nature de l'activité exercée est secondaire : l'aide aux personnes revient à plusieurs reprises, mais c'est surtout le statut d'employée de collectivité qui concentre en lui-même l'identité professionnelle désirée.

*« C'est mon rêve ça, les maisons de retraite... Faire des stages... Ce qui m'aurait plu aussi c'est de travailler avec des personnes un peu mongoliennes, handicapées... Enfin c'est... Je pense que je suis faite pour ça. – Et quand vous dites que vous êtes "faite pour ça", c'est... ? – Oui, parce que je sens que je suis faite pour ça... Pour travailler, pour être... dans les collectivités, dans les grands... dans des collectivités, dans des grandes maisons, je suis faite pour ça. – Mais ce qui vous attire c'est quoi ? – C'est tout ! C'est... J'aime bien discuter, j'aime bien voir les personnes, j'aime bien avoir le contact avec des gens... C'est... j'aime bien m'occuper des personnes âgées, j'aime bien... c'est tout un... ».*

On peut comprendre ces aspirations professionnelles comme des alternatives à des emplois non qualifiés et peu valorisés :

*« Je sens que je suis plus faite pour ça que pour tous les métiers, tous les ménages ou quoi, bon, ça va un temps mais bon, j'ai pas envie de passer toute ma vie à faire des ménages ».*



On trouve un discours similaire chez **Mme Alpe**. A la différence de Mme Damo, celle-ci a finalement réalisé son souhait, après une première intégration professionnelle comme ouvrière dans la confection. Cette orientation initiale ne correspondait en rien à un choix personnel : dans une famille de 12 enfants où les parents « *ne savaient ni lire ni écrire* », c'est sa sœur qui « *remplissait les papiers* » et qui a « *mis couture d'office* » bien que, précise Mme Alpe,

*« déjà je voulais faire employée de collectivité, et elle m'a mis la couture, après, bon, ce qui fait que j'avais jamais pu... Mais ça me plaisait quand même après, ça m'a plu mais bon, c'était pas le métier que j'aurais... Parce que moi c'était agent d'employé de collectivité. De toute petite ».*

Lorsque je lui demande pourquoi elle est restée ouvrière en confection alors que ce n'était pas son souhait initial, Mme Alpe a une réponse toute pragmatique et qui indique bien la dimension instrumentale qui caractérisait son rapport au travail à cette époque-là :

*« Tant qu'il y avait du travail là-dedans, ben on travaillait là-dedans. – Mais vous n'avez pas voulu changer de travail ? – Mais oui mais y'avait encore du travail là-dedans, donc vous pouvez pas quitter un travail qui marche. (...) Donc j'ai dit ben je me dirigerai vers là quand y'aura plus de travail. Et c'est ce que j'ai fait ».*

En effet, lorsque Mme Alpe a « *atterri au chômage de la confection* » :

*« Je trouvais rien, donc j'ai passé par un stage de formation de remise à niveau, et j'ai pris mon projet... comme j'aime les personnes âgées, de dire bon, je me dirige là-dedans. (...) Je me suis renseignée à l'ANPE pour voir si y'avait pas des stages de formation pour me recycler de mon... de mon ancien métier, et puis comme j'aimais les personnes âgées, j'ai dit bon, je voudrais travailler là-dedans ».*

C'est alors que la vocation d'employée de collectivité se précise avec le souhait de travailler avec des personnes âgées. Ce souhait trouve d'ailleurs ses racines dans l'adolescence :

*« J'avais la grand-mère de mon amie là qui était... Elle avait... elle était handicapée un peu, mais très attachante, et j'ai gardé ce contact, de la grand-mère de mon amie : plus tard je m'occuperai de personnes âgées. Parce qu'elle voyait personne en fait cette... y'avait d'autres enfants autour, mais y'avait que moi qui m'intéressais à elle. Et je m'occupais d'elle, autant que je pouvais... ».*

Aujourd'hui, cette vocation finalement réalisée est concurrencée par une autre activité professionnelle, mais toujours à l'intérieur du même statut d'employée municipale. Mme Alpe est en effet depuis quelque temps employée également au service de restauration scolaire, un jour par semaine, et ce travail lui plaît également beaucoup :

*« J'adore travailler avec les enfants aussi. Donc je voudrais changer de service, si mon employeur me le permet. Autrement je reste aux aides ménagères. – Et travailler avec les enfants ce serait... ? – Pour être à la restauration, la régie de restauration, la cuisine. Dans la cantine des écoles. – Et là vous préféreriez pouvoir changer ? – Oui. J'aime*

*les deux en fait. Et l'un me plaît plus que l'autre. La restauration me plaît plus. Parce que je... me sens mieux... évaluée, mieux évaluée dans mon truc. Ça me plaît les personnes âgées aussi hein, mais je me sens mieux dans la régie de restauration que... - Et pourquoi ? - Ben parce que j'ai toujours aimé la cuisine en fait, et... et que j'aime... faire la cuisine. J'apprends toujours... on apprend tous les jours hein. Et puis j'aime la cuisine. J'aime cuisiner. (...) La régie de restauration qui sont dans les cantines, euh... ça me plaît. - C'est le travail ? - C'est le travail lui-même ».*

L'identité valorisée associée au statut d'employée municipale se décline ici dans deux métiers : l'aide aux personnes âgées, la restauration.

Les exemples de Mme Damo et de Mme Alpe sont révélateurs d'un phénomène plus large de promotion sociale dans et par l'emploi public pour des femmes sans bagage scolaire<sup>1</sup>. Il s'agit, pour ces personnes d'origine modeste et qui souvent ont « un tournant à prendre » après une rupture biographique importante (divorce, licenciement...), de mettre à distance à la fois l'identité de femme au foyer et l'intégration ouvrière en se ménageant des voies d'émancipation et d'intégration socioprofessionnelle dans une « classe moyenne », à travers des emplois peu qualifiés mais procurant un *statut* (Mme Alpe insiste notamment sur son grade de *titulaire*), et qui consistent souvent en une « professionnalisation » des activités domestiques traditionnellement féminines : cuisine, ménage, soins aux personnes... Au-delà du seul attachement à la sécurité de l'emploi (qui renvoie plutôt à une conception instrumentale du travail), il s'agit donc d'une aspiration – exprimée en termes identitaires – à l'emploi public comme statut socioprofessionnel reconnu et valorisé.

- Dans une autre variante, la dimension statutaire est associée à l'intégration au long cours dans une entreprise à l'intérieur de laquelle une « carrière » se dessine. L'identité professionnelle se traduit alors par une identification à l'entreprise, que l'on peut observer chez **Mme Blondel**, **Mme Delache** (dans la première partie de leur vie professionnelle) ou **M. Bois**. Mais c'est surtout chez **Mme Mara** qu'un lien affectif profond avec l'entreprise est exprimé – sans doute d'autant plus fortement que cette relation prend fin de façon conflictuelle et avec le sentiment d'une trahison. Au moment où je la rencontre, Mme Mara vient de réussir à faire le deuil d'une intégration professionnelle qui, pendant 21 ans, lui a « apporté beaucoup » :

*« C'était mon rêve. Parce que bon, j'ai pas de diplômes, j'ai rien, et arriver responsable du service financier... à 40 ans, c'est... (...) - Quel regard vous avez sur votre parcours professionnel ? - Que j'étais ravie d'avoir rencontré C. C'est vrai... ça m'a apporté beaucoup. Que j'ai eu beaucoup de chance. Que je ne crache pas sur le morceau, mais que je trouve que ça a beaucoup changé ».*

---

<sup>1</sup> MARUANI M., *Travail et emploi des femmes*, op. cit.

Après une période très douloureuse de remise en question de son statut et de ses compétences à l'intérieur de C. (« ça a été dur hein, très très dur. J'ai pleuré plus d'une fois hein ! »), Mme Mara est prête désormais à commencer une autre vie professionnelle :

« *J'ai passé mon cap. Je l'ai très mal passé mon cap, mais là maintenant ça y est. Pour moi il est fini, il est derrière. Bon, il sera tout à fait derrière quand tout sera signé, mais... ça y est. Dans ma tête maintenant je me dis : c'est un tournant. J'ai fait ce que j'avais à faire pendant tant d'années, peut-être que maintenant y'a autre chose qui m'attend* ».

Au moment de l'entretien, Mme Mara ne mentionne pas de projet professionnel très précis (« on verra ce que l'avenir réservera »). Il est donc difficile de la situer sur l'axe de l'investissement identitaire dans le travail.

Les trois formes d'investissement identitaire dans le travail qui viennent d'être décrites mobilisent à chaque fois une dimension différente du travail : ensemble d'activités spécifiques prenant sens dans la catégorie du *métier* ; activités non spécifiques permettant l'acquisition et le déploiement de compétences étroitement liées à la *personnalité* ; identification à un *statut* valorisé. Au-delà de leurs différences, ces trois déclinaisons ont en commun une mise en jeu de la dimension identitaire du travail : dans tous les cas, quelque chose de *soi* (identité personnelle et identité sociale, identité pour soi et pour autrui) se joue dans la place occupée dans le monde du travail.

Ces trois modalités sont souvent mêlées. Chez **Mme Lavour** par exemple, les composantes « identité de métier » et « réalisation de soi dans le travail » sont étroitement liées. Mme Lavour mentionne et revendique à de nombreuses reprises son identité d'infirmière psychiatrique (« nous les infirmières psychiatriques », « moi je suis infirmière psychiatrique », etc.). Le choix de cette profession, s'il ne relève peut-être pas pleinement d'une vocation<sup>1</sup>, correspond en tout cas à une aspiration personnelle forte et motivée. En effet, Mme Lavour parle volontiers et en détails du contenu de son activité, de ses savoir-faire spécifiques, et des multiples plaisirs qu'elle y trouve. Elle prend également parti pour une conception du soin psychiatrique qui n'est pas celle pratiquée dans la clinique qui l'emploie, et développe des considérations d'ordre général sur la « maladie mentale », les soins, les relations avec les patients... qui attestent de son intérêt très profond pour cette profession. En résumé, il ne fait pas de doute que l'activité d'infirmière psychiatrique correspond

---

<sup>1</sup> Mme Lavour dit avoir choisi ce métier à la fois par intérêt pour la psychiatrie et parce que les études étaient payées et les débouchés professionnels nombreux.

pour Mme Lavaur à une identité professionnelle de métier forte et valorisée, ce qui l'incite d'ailleurs à s'y investir au-delà de ce que l'on attend d'elle :

« Je m'occupe d'un **petit peu plus que seulement le travail** dans le service parce que... J'aime, j'aime ce travail, et j'aime bien m'investir dans mon travail plus que le **minimum** ».

Mais plus encore, cette identité vaut aussi sur le plan personnel, elle participe à part entière à la définition de soi. En témoigne la façon dont Mme Lavaur décrit ses difficultés professionnelles – causées à la fois par la précarité de son contrat et par la non-reconnaissance de son diplôme qui rend incertain son statut au sein de la clinique :

« C'est cette privation de liberté, due à un problème tout bêtement bureaucratique, qui me dévalorise **professionnellement et donc, aussi, personnellement**. (...) Maintenant, la reconnaissance du diplôme va de pair avec la reconnaissance de... de moi ».

On voit ici que les deux versants – professionnel et personnel – sont indissociables. Mme Lavaur précise d'ailleurs que cette remise en question de ses compétences d'infirmière l'ont atteinte personnellement :

« **Mon image narcissique a été si endommagée** ces derniers temps... (...) Et maintenant je commence à me considérer comme quelqu'un de nul aussi, voyez, je commence vraiment à rentrer dans le cercle, **je commence à me trouver nulle...** ».

Chez **Mme Beban** également l'investissement identitaire dans le travail mobilise à la fois le choix d'une profession – ou plutôt d'un genre d'emploi : « tout ce qui est **secrétariat administratif** » – et la recherche d'une adéquation avec l'identité et la personnalité subjectivement définies :

« **Ma voie**, ça serait peut-être plutôt l'administration, ou **les choses qui me plaisent** quoi, l'accueil, les choses comme ça, tout ce qui est accueil, le contact avec les clients. (...). Même si c'est un mi-temps, tant pis, c'est quand même **mon style** donc... ».

On note que Mme Beban est passée d'un rapport instrumental au travail, lors de ses emplois précédents de vendeuse, à un rapport aujourd'hui plus marqué par le désir d'un épanouissement personnel :

« Quand j'ai travaillé dans la vente, vraiment c'était parce que j'avais besoin d'un emploi, mais maintenant je me dis qu'en ayant un petit peu d'expérience et de recul, **j'essaie de faire, autant que possible, faire passer ce que j'aime avant** ».

**Mlle Arène** a quant à elle effectué le choix inverse lorsqu'elle a décidé d'arrêter ses études d'histoire de l'art pour chercher du travail et ainsi soulager ses parents d'une charge financière (le remboursement des traites de l'appartement qu'ils lui ont acheté) :

« Les études ça me plaisait mais c'était plus en dilettante, alors qu'à côté, **mes parents ils trimaient quand même pour...** Y'a que mon père qui travaille, pour faire rentrer les sous, pour payer l'appart' et tout ça, **donc je me suis dit bah je vais trouver du travail, je vais travailler** ».

Mais après s'être heurtée à de nombreux refus, Mlle Arène a dû renoncer à son souhait professionnel initial (utiliser ses connaissances artistiques comme formatrice ou animatrice). Elle a donc exercé des emplois alimentaires, jusqu'au CDI de manutentionnaire qu'elle a récemment accepté :

*« Vu que jusqu'à maintenant j'avais rien eu, j'en voyais jamais le bout, j'avais pas de salaire fixe, l'angoisse de pas pouvoir payer l'appartement, avec les nouvelles façades et tout ça... ça m'a vraiment soulagée d'avoir ça ».*

Mlle Arène se trouve donc aujourd'hui dans une situation où son épanouissement personnel est totalement dissocié de son activité professionnelle – mais permis par elle. Au moment où je la rencontre, Mlle Arène envisage en quelque sorte d'entériner cette dissociation, en cherchant hors de son travail des voies de valorisation identitaire (bénévolat, activités « pour soi » : « essayer de continuer à me cultiver, à m'intéresser à l'art »).

Chez **Mme Fonviel**, on trouve exprimées conjointement les dimensions « réalisation de soi » et « identité d'emploi », deux composantes du rapport au travail que sa situation actuelle ne permet pas de concrétiser. En effet, Mme Fonviel met en avant la contradiction profonde entre ce qui caractérise ses aspirations professionnelles (« construire quelque chose »), elles-mêmes liées à des facultés personnelles, et la nature même du travail d'aide à domicile pour personnes âgées (« je construis pas, puisque c'est des gens qui vont mourir »). L'épanouissement de soi dans le travail est donc presque inexistant. D'autre part, Mme Fonviel insiste sur l'importance de la « position sociale » procurée par le travail dans la construction et la valorisation de son identité personnelle, pour autrui (sa mère, son ex-mari...) et à ses propres yeux : « j'ai toujours existé que par le travail ». Or, l'absence de reconnaissance et le statut dévalorisé qui caractérisent son emploi actuel (« je dis que je suis aide ménagère, alors évidemment ça fait... c'est pas respectable ») vont à l'encontre de cette conception identitaire du travail. Par ailleurs, un métier précis apparaîtrait comme répondant à ses souhaits : celui de psychanalyste. Mais Mme Fonviel n'envisage pas de réaliser cette aspiration (« si j'avais une deuxième vie, bon... »), d'une part parce qu'elle s'estime « trop âgée » pour mettre en œuvre cette reconversion professionnelle, et d'autre part parce qu'elle n'est pas sûre qu'elle pourrait faire face à la souffrance d'autrui :

*« Professionnellement, j'aimerais être analyste. (...) Oui, je voudrais être analyste, oui. Parce que le mal de l'âme c'est... (...) Donc, ça serait faire éclore... faire éclore... Ben déjà essayer d'enlever une part de souffrance, parce que la souffrance morale bon ben... c'est indicible, c'est... c'est très très pénible à vivre. (...) Beaucoup de gens me disent que je*

*devrais être analyste, même mon analyste me le dit. Seulement bon, ça me plaît pas parce que ça me bouge trop, et puis je me sens pas le... j'ai pas de cabinet, je... ».*

Enfin, la façon dont M. Terray parle de son « futur métier » de policier semble relever à la fois des trois modalités d'investissement identitaire dans le travail. M. Terray met en intrigue cette bifurcation professionnelle (après une « carrière » d'intérimaire) en la rapprochant tout d'abord de son service militaire, qu'il a effectué comme volontaire en service long (24 mois) et à l'issue duquel il a souhaité s'engager dans l'armée, ce qui n'a pas été possible<sup>1</sup>. Il a également passé plusieurs autres concours, et il fait le rapprochement suivant :

*« Si vous regardez bien quand même, douanes, gardien pénitencier, police municipale, gardien de la paix, c'est un peu l'uniforme... Finalement c'est... La Poste aussi c'est un peu l'uniforme, bon c'est fonctionnaire mais bon, voyez... C'était pas si innocent que ça ».*

On voit ici que la profession de gardien de la paix correspond à la recherche d'une identité de fonctionnaire garante à la fois d'un statut (« l'uniforme ») et d'une stabilité de l'emploi : « j'ai une carrière quand même qui maintenant devrait... J'ai quand même une carrière qui se profile ». Mais M. Terray précise que ce qui l'attire dans cette profession « c'est la stabilité, c'est clair. Et l'emploi lui-même ». Et lorsqu'il parle de l'« emploi en lui-même », on constate qu'il en a une conception déjà bien précise et personnelle, et qu'il s'y identifie déjà :

*« Nous on fait notre boulot, après la justice elle fait le leur. (...) **Prévention**. La prévention... **On instaure un relationnel** quoi. Et ce que j'aimerais pas trop c'est faire de la répression, parce que c'est quand même le deuxième mot d'ordre quoi, dans la police, et j'espère que j'aurai pas trop à faire ça. Après c'est à moi de m'orienter peut-être pas dans ce sens-là... (...) Je vais pas me dire que je suis Zorro ou que... Non, je veux juste faire mon travail quoi, si je peux arranger les conflits... »*

Mais ici, pas de mise en cohérence avec l'histoire familiale, au contraire même : « mes deux frères ils sont étonnés, parce qu'ils ont fait un peu de bêtises aussi, alors ils sont très étonnés quoi ».

Selon M. Terray, les compétences et les savoir-faire requis pour ce métier sont en accord avec son identité, sa personnalité, son expérience de vie (ce qui n'apparaît pas du tout lorsqu'il parle des diverses expériences professionnelles qu'il a connues jusqu'ici) :

*« Moi c'est... Ouais, déjà **le relationnel** quoi, parce que je sais qu'ils vont m'envoyer en tant qu'îlotier ou police de proximité, c'est aller dans les quartiers difficiles, et essayer d'instaurer un dialogue quoi. J'ai quand même vécu au Mirail 2 ans, et je pense que ça me sert, ça. Et je pense que j'ai l'état d'esprit... (...) C'est une voie que j'ai choisie parce que je pense qu'au niveau de l'état d'esprit, moi je me sens capable de faire ce*

---

<sup>1</sup> A 24 ans M. Terray a été considéré comme « trop vieux ».

*métier, après deuxièmement, j'ai 30 ans et avec le vécu que j'ai, je pense que je me suis adapté à beaucoup de situations professionnelles ou d'environnement, de contact avec les gens, donc je pense que c'est un atout dans la police, surtout que je veux être dans la police de proximité ou en tant qu'îlotier, donc c'est du relationnel... ».*

En résumé, M. Terray déclare que « je le sens bien quand même, la police », même si par ailleurs il ne se départit pas d'une vision très pragmatique en termes d'équilibre avantages/inconvénients (qui, on le verra, constitue la clef de lecture dominante de son parcours dans l'intérim) :

*« Je sais que c'est pas évident parce que quand même gardien de la paix c'est l'échelle le plus bas de la police, et je peux vous dire qu'on fait du travail ingrat quand même, il faut le savoir... (...) Je sais qu'il y a de grosses contraintes parce qu'il y a quand même du risque, je sais que je vais bouger à Paris dans 2 ans, et donc Paris c'est pour 10 ans, je vais quand même en chier là-bas 10 ans, dans les quartiers difficiles, sans compter le climat, parce que je suis quand même du Sud... ».*

J'ai signalé précédemment que les deux axes, celui de la satisfaction et celui de l'investissement identitaire dans le travail, sont interdépendants. On a vu en effet que pour plusieurs personnes, l'insatisfaction extrême éprouvée à l'occasion d'un emploi en particulier finit par remettre en question la nature même du rapport au travail qui, initialement investi sur un mode identitaire, se limite par la suite au registre instrumental (Mme Artur, M. Bois). Dans d'autres cas, il semble qu'à l'inverse une conception identitaire du travail soit reconstruite a posteriori en fonction des emplois occupés, d'une façon que l'on peut considérer comme « ad hoc ».

Cela pourrait être le cas de **Mme Anam**, qui s'est récemment « découvert » une vocation pour le travail auprès de personnes âgées. Après l'obtention de son certificat d'études, Mme Anam se marie et ne commence une vie professionnelle que 13 ans plus tard, après son divorce. Sans qualification ni souhait professionnel précis, elle exerce des emplois de femme de ménage dans des hôtels et dans des sociétés de nettoyage (« j'en ai fait tellement ! »), et travaille comme cuisinière dans le restaurant de ses frères pendant 5 ans. Elle reste ensuite 5 ans auprès d'une personne âgée, en habitant avec elle chez la fille de celle-ci (à Paris). Il est difficile de dire si le goût de Mme Anam pour le travail avec les personnes âgées est antérieur ou postérieur à cet emploi (marqué par des conditions de travail intensives évoquant une forme d'esclavage moderne) : avant de trouver cet emploi, elle ne dit pas avoir cherché spécialement dans ce secteur-là, mais elle déclare par ailleurs que ce travail lui a « toujours plu ». A son retour à Toulouse, elle reprend le travail en sociétés de nettoyage, mais souhaite

*« travailler dans les cliniques, mais pas en tant que cuisinier, pas en cuisine, je veux pas. Je veux ASH, c'est-à-dire travailler dans les... Et quand j'ai trouvé la clinique P., je croyais que c'était ça ».*

Mais, nous l'avons vu, ce n'était pas « ça », et Mme Anam a dû abandonner cet emploi de plongeuse à la suite d'un problème de dos.

C'est donc seulement après une première expérience (pourtant négative) que le travail auprès de personnes âgées apparaît comme une vocation. Dans le cadre de son stage de reconversion comme travailleuse handicapée, Mme Anam réaffirme ce choix professionnel : contre l'avis des formateurs de l'organisme qui la suit, elle tient absolument à travailler dans une maison de retraite, et refuse catégoriquement de chercher dans un autre secteur :

*« J'ai dit : moi, ce qui me plaît, moi ce qui m'intéresse, c'est le contact des personnes âgées, et c'est vrai jusqu'à maintenant, et c'est vrai que quand je les vois, ils me font de la peine (...). C'est vrai qu'ils sont malades, et qu'on vient leur parler, alors ils sont contents. Et moi j'aime ce contact ».*

Après la fin du stage qu'elle effectue actuellement, Mme Anam espère trouver un emploi du même type :

*« Avoir un emploi là-dedans, oui ça me plairait. Mais si y en n'a pas là, ben je chercherai ailleurs ».*

On peut se demander dans quelle mesure le choix du travail auprès de personnes âgées n'était pas pour Mme Anam l'une des seules possibilités d'échapper à d'autres emplois plus disqualifiants à ses yeux (ménage, caissière). Mais le fait est qu'elle présente ce type de travail comme une voie d'épanouissement personnel, une activité dans laquelle elle se reconnaît et se sent valorisée. Il est intéressant de remarquer qu'en l'absence de tout diplôme, ce sont des caractéristiques personnelles que Mme Anam met en avant pour argumenter l'adéquation entre son « moi » et son travail :

*« Qu'est-ce que vous appelez vos compétences<sup>1</sup> ? - C'est-à-dire mes compétences professionnelles, mes compétences euh... Morales, c'est-à-dire avoir quelque chose de concret, c'est-à-dire avoir des bagages, avoir quelque chose que vous aurez dans les mains, et que vous pouvez faire... - Et donc vos compétences à vous, ce serait quoi ? Qu'est-ce que vous estimez savoir faire ? - Déjà je sais travailler. Hein... J'ai toujours travaillé, j'ai toujours... Mes compétences, bon ben c'est le travail, c'est... C'est tout, tout ce que je sais faire, tout ce que je peux donner aux gens... Tout ce que je sais, je peux leur donner... (...) En sachant qu'il y a beaucoup de personnes âgées qui ont besoin de vous, qui ont... Ils ont un besoin de vous, vous êtes là pour eux, alors*

---

<sup>1</sup> Ce passage de l'entretien se réfère au questionnaire : à la question : « estimez-vous que vos compétences vous permettraient de prétendre à un meilleur emploi ? », Mme Anam avait répondu « oui » (« meilleur » correspond dans ce cas à « stable », car au moment de l'entretien, elle sait qu'elle ne sera pas embauchée dans la maison de retraite où elle effectue son stage).



*vous avez des compétences, vous pouvez leur donner l'amour que vous avez, vous pouvez leur en donner un peu... ».*

On remarque ici que la « compétence » est avant tout une *capacité de travail*, qui se décline dans le double registre des qualités « morales » (compassion, empathie, amour) et des savoir-faire manuels (« *avoir quelque chose dans les mains* », « *tout ce que je sais faire* »).

On retrouve chez **Mme Jeco** des éléments comparables : après une première vocation abandonnée précocement (s'engager dans l'armée), elle a « *fait un peu de tout* » (emplois non qualifiés en CDD et en intérim), avant de trouver (par hasard) son emploi actuel qu'elle décrit comme une véritable réalisation de soi, un idéal enfin atteint :

*« Il fallait que je trouve mon, mon travail qui me passionnerait vraiment, qui me passionne dans ma tête, il fallait que... Il fallait que je trouve ma voie quoi, il fallait que je trouve la voie où... Moi il me fallait que je trouve un travail bien quoi. Et là j'ai trouvé. (...) J'ai trouvé ma voie, dans le médical ».*

Il semble ici que la satisfaction dans le travail (« *un travail bien* ») est surinvestie et transformée en une dynamique identitaire (« *ma voie* »), bien qu'aucun élément du récit, en amont, ne laisse supposer l'existence d'une identité professionnelle souhaitée ou même d'une préférence pour un certain type d'emploi ou d'activité.

Chez **Mlle Roque**, on ne peut pas véritablement parler d'un investissement identitaire dans son emploi actuel d'intérimaire dans une usine d'électronique, mais peut-être d'un début de construction d'une identité professionnelle « ad hoc ». Initialement, cet emploi d'ouvrière ne correspond en rien à une aspiration professionnelle (qui, on l'a vu, consiste pour elle à entrer dans la police). Après une orientation scolaire décevante vers la vente, Mlle Roque dit être devenue opératrice en électronique « *par hasard* », au gré des offres proposées par les agences d'intérim. On note cependant que la mère de Mlle Roque est ouvrière depuis 20 ans dans l'entreprise qui emploie aujourd'hui Mlle Roque, ce qui au départ ne donnait pas envie à cette dernière d'y entrer à tour, au contraire :

*« Quand je l'entendais parler, ça me donnait pas trop envie d'y rentrer quoi... (...) C'était quand même très compliqué, quand on entendait parler des circuits intégrés tout ça, moi j'y connaissais rien donc... Je me voyais mal un jour rentrer là-dedans quoi, maintenant que j'y suis c'est sûr qu'ils m'auraient embauchée, j'aurais dit oui de suite ».*

De la satisfaction à l'investissement identitaire dans le travail il y a, peut-être, une formation professionnelle qui permettrait à Mlle Roque de s'identifier à un véritable métier :

« Je vais peut-être faire une formation AFPA, de technicien, pour me spécialiser en fait dans... dans ce que je fais en ce moment quoi. Toujours pareil, dans l'industrie. (...) Pour me spécialiser dans ce que je fais en ce moment. Moi je suis opératrice, en fait c'est le **niveau supérieur de mon travail** ».

Dans ces exemples, la construction du rapport au travail est animée par un mouvement inverse de celui qui caractérise la vocation : dans celle-ci, l'individu part d'une identité professionnelle pour soi (un idéal professionnel) et cherche à la concrétiser dans la réalité de son parcours ; tandis que dans les cas de reconstruction « ad hoc », l'identité professionnelle est élaborée en situation, à partir de l'expérience concrète vécue dans un emploi particulier, que l'on est initialement amené à exercer par hasard davantage que par choix délibéré.

A travers l'hypothèse d'une reconstruction « ad hoc » du rapport au travail, mon objectif n'est pas de soupçonner une quelconque insincérité dans l'affirmation d'un épanouissement personnel trouvé dans le travail actuel. Il ne s'agit en aucun cas de porter un jugement sur l'authenticité de la « vocation » ou de l'aspiration professionnelle manifestée, mais de prendre acte du fait que le travail exercé est décrit comme adéquat avec le travail souhaité, et avec la conception de soi : le *faire* et l'*être* sont en affinité.

C. Baudelot et M. Gollac soulignent à juste titre l'ambivalence des déclarations à propos du travail, souvent déterminées par la conformation à l'attitude légitime qui est d'aimer son travail. « S'en plaindre et reconnaître qu'on n'y trouve pas de satisfaction est une attitude plus difficile à tenir devant l'enquêteur que de s'estimer content et de passer à autre chose ». Il existe donc une norme qui, « si elle n'impose pas nécessairement d'afficher un rapport positif et heureux à son emploi, incite pourtant à ne pas faire état publiquement de ses souffrances ou d'un rapport trop malheureux à son travail<sup>1</sup> ». C'est ainsi que les auteurs interprètent les scores « stakhanovistes » qu'ils ont obtenus pour certaines questions autour de la satisfaction dans le travail<sup>2</sup>. Ils estiment également qu'à « vouloir donner un maximum de chances à l'expression du bonheur », leur enquête ne saisit que

---

<sup>1</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit., p. 76.

<sup>2</sup> Scores contrebalancés par d'autres résultats concernant par exemple la perspective de la retraite, qui n'est pas perçue si négativement que l'on pouvait s'y attendre au vu des premières affirmations allant dans le sens d'une forte satisfaction dans le travail. De plus, lorsque les questions se font plus précises (conditions de travail, salaire...), les insatisfactions apparaissent. Les auteurs concluent donc que si les répondants se disent « globalement satisfaits, ils sont aussi localement plus malheureux » (p. 77).

difficilement la différence entre « une authentique passion et une manifestation de conformité à la norme du bonheur au travail<sup>1</sup> ».

Je considère sur ce point que l'approche adoptée ici, appuyée sur des entretiens semi-directifs, permet précisément de faire cette différence. C'est pourquoi il me semblerait erroné de réduire les propos de certaines des personnes rencontrées à des manifestations de cette norme du bonheur au travail – même si celle-ci est importante, et même si l'entretien peut être utilisé pour légitimer des conduites (par exemple justifier de rester dans un type d'emploi que l'on sait peu valorisé). Parler de reconstruction « ad hoc », ce n'est donc pas réduire ces rapports au travail à une expression de surface empreinte de normativité<sup>2</sup>, mais reconnaître la capacité des sujets à reconstruire positivement une identité en lien avec le travail, et considérer cette capacité d'ajustement comme une véritable ressource subjective qui permet de rendre le travail « tenable », de ne pas le subir, de s'approprier une expérience et de s'y investir. D'ailleurs, on constate que la recherche d'une adéquation subjective entre la conception de soi et le travail effectué n'est pas une simple affirmation de principe à laquelle la situation d'entretien donnerait lieu : bien souvent cette affirmation va de pair avec des choix professionnels parfois lourds de conséquences, comme le fait de refuser un CDI parce que précisément il n'est pas adéquat avec l'image professionnelle de soi (Mme Beban, Mme Artur), ou persister dans un type d'emploi qui met la santé en danger (Mme Anam, M. Sernin).

Une phrase de Mme Alpe me semble à elle seule résumer toute l'ambivalence de ces rapports positifs au travail inscrits dans des trajectoires professionnelles où l'espace des possibles semble pourtant a priori relativement réduit : « *faut aimer ce qu'on fait quand même hein* ». Cette phrase peut être interprétée d'au moins trois façons (et sans doute chacune comporte une part de justesse) : Mme Alpe, qui venait de me dire que certaines jeunes femmes ne « *tenaient* » pas plus d'une journée comme aides ménagères, voulait souligner combien son travail peut être pénible et difficile ; elle voulait également signifier quelque chose qu'elle a explicitement dit à un autre moment de l'entretien, à savoir qu'il faut faire un travail que l'on aime, que si l'on travaille à contrecœur « *on n'est pas bien* » ; enfin, il me semble que cette

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 43.

<sup>2</sup> Ni céder à un a priori d'intellectuel(le) consistant à penser que, par exemple, faire le ménage chez des personnes âgées et y trouver une réelle satisfaction, voire un épanouissement personnel, ne serait pas une attitude « crédible » et relèverait donc d'une forme de « mensonge ».

phrase peut aussi être entendue comme un équivalent de l'idée qu'il faut « aimer ce qu'on a », et trouver son bonheur dans ce qui est disponible (on a vu que Mme Alpe a finalement trouvé une certaine satisfaction dans un métier qu'elle n'avait pas choisi).

A l'autre pôle de l'axe de l'investissement identitaire dans le travail se trouvent les rapports au travail dominés par une conception instrumentale de l'activité professionnelle, où la valeur accordée au travail est extrinsèque, et où la composante identitaire est inexistante ou secondaire.

### ***Conceptions instrumentales du travail : le travail-activité***

Quels sont les éléments qui, dans les discours recueillis, permettent de considérer que la personne, à un moment de son parcours ou de façon plus durable, entretient avec le « travail en général » une relation essentiellement instrumentale ? Quatre registres de verbalisations me semblent traduire ce type de conception.

#### *Le travail pour construire le hors-travail*

Tout d'abord, on peut parler de rapport instrumental à l'activité professionnelle lorsque celle-ci n'est envisagée qu'au regard de ce qu'elle permet en dehors d'elle-même, c'est-à-dire de la possibilité qu'elle offre de construire la vie personnelle. J'ai déjà signalé que cette dimension est présente dans presque tous les cas : en tant que source de revenu, le travail est le moyen d'assurer des conditions d'existence, d'accéder à des pratiques de loisir, de participer à l'univers de la consommation, etc. Mais il n'est parfois *que* cela : un moyen, un biais pour atteindre un but extérieur.

Dans le corpus, ce statut instrumental du travail est observé par exemple chez des personnes pour qui l'activité professionnelle représente le moyen de gagner leur indépendance par rapport au foyer parental. **M. Blagnac** estime ainsi que, même s'il s'entend bien avec ses parents, « *là quand même ça commence à vraiment bien faire !* ». Son souhait le plus important dans l'avenir proche serait de pouvoir avoir son propre domicile :

*« Disons qu'ici je fais plutôt comme si j'étais à l'hôtel. Mais enfin, l'appartement oui, c'est... ça serait quand même... je sais pas moi, franchir le pas vers une vie d'adulte,*

*c'est peut-être un bien grand mot, mais... En tout cas moi maintenant, si j'ai une vision à plus ou moins long terme, c'est bien celle-là. Là c'est le boulot, et l'appart', etc. quoi. C'est vraiment... ».*

On peut ajouter que cette fonction instrumentale du travail apparaît très tôt dans le parcours de M. Blagnac. Après un échec au Bac, il a « *décidé que les études, c'était fini* ». Sa formation de maître-chien s'inscrivait dans « *ce souci de trouver rapidement du travail* ». Et si M. Blagnac reprend par la suite des études de comptabilité, ce n'est pas par goût (« *la comptabilité disons que c'est pas une grosse passion* »), mais parce que « *j'ai vu que peut-être ça pouvait servir* ».

Chez Mlle Portet également, l'accès à un emploi stable et à temps plein (elle exerce actuellement en CDI mais à temps partiel) est synonyme d'autonomie et d'entrée dans l'âge adulte :

*« Ce que je voudrais c'est gagner un peu plus d'argent pour avoir un peu plus d'indépendance. (...) J'ai besoin de faire des projets à moi toute seule, de construire ma vie ».*

Ce désir est d'autant plus vivement exprimé que Mlle Portet se compare à d'autres personnes de son âge qui ont déjà acquis leur indépendance :

*« Je vois au niveau de... Je le vois par rapport à mes fréquentations, par rapport à ma famille aussi, j'ai... Je vois mes cousins, mes cousines qui sont installés, qui travaillent, j'ai ma meilleure amie elle travaille, elle vient de s'installer... (...) Et... j'ai l'impression de régresser. Je... ça m'énerve, parce que j'avance pas, j'arrive pas à avoir mon indépendance, à avoir ce que je veux, je suis toujours en train de galérer avec le boulot et ça me saoule, et... voilà ».*

Chez d'autres personnes, la dimension instrumentale de l'activité professionnelle n'est pas associée à une recherche d'indépendance vis-à-vis des parents, mais plus généralement à la volonté de construire une vie hors travail, en particulier une vie familiale.

On a vu que cette perspective est celle de M. Bois. Interrogé sur ses souhaits professionnels d'avenir, il ne met en avant que le critère du temps libre qui lui permettrait de passer davantage de temps avec sa famille :

*« Pour l'instant on attend, et c'est vrai qu'une fois qu'on sera dans la nouvelle maison et qu'on sera installés, je pense quand même que je vais essayer de trouver quelque chose où je pourrais être plus proche des enfants ».*

mais se trouve très embarrassé pour préciser la nature de cette éventuelle nouvelle activité professionnelle :

*« Et vous avez une idée de... ? – Pas du tout ! (rire) Je sais pas. Du tout, je sais pas. – Mais est-ce qu'il n'y a pas un type de travail qui vous plairait, ou une branche... ? – Honnêtement non, en plus, c'est ça le pire, c'est que j'ai vraiment pas de truc qui me branche spécialement quoi. Si, à une époque je pensais monter une entreprise de services, un truc comme ça, qui était un peu en relation avec le travail que j'avais, mais bon, c'est toujours pareil, est-ce que j'aurais eu la possibilité d'avoir le temps libre que j'ai envie de*

*me donner, je sais pas, donc... C'est pour ça que c'est pas très très clair, j'avoue que... c'est pas très précis ! Bon, je sais pas. Pour l'instant je joue au Loto en attendant de gagner le gros lot et comme ça je pourrais arrêter complètement ! (rire) ».*

Outre cette absence d'identité professionnelle (même idéale et non réaliste), on sait que M. Bois signale explicitement que le « travail en général » n'est plus un enjeu personnel pour lui (« le travail en général quoi, ça m'intéresse plus ») :

*« Y'a des gens qui adorent leur travail et qui passent leurs loisirs au travail, ben moi, je peux pas... J'aime bien aller travailler, mais après... je me verrais pas me bloquer au travail tout le temps. (...) Le souhait le plus grand, à terme, c'est de trouver un travail qui permet d'avoir plus de loisirs avec ma famille ».*

**Mme Faya**, très insatisfaite dans son emploi actuel d'agent de service en maison de retraite (à la fois précaire et pénible), envisage d'obtenir un BTS de comptabilité, non parce que cette branche l'intéresse mais parce qu'elle y voit une possibilité d'emploi stable. Vivant en couple avec un enfant, Mme Faya aspire avant tout à « avoir si possible une profession, ne serait-ce qu'à mi-temps, qui puisse me permettre d'avoir un minimum de revenu ». On retrouve bien ici la conception instrumentale du travail, qui a surtout pour fonction de permettre

*« d'avoir des activités, de pouvoir s'occuper du reste, de mon fils, de la maison, de... d'avoir aussi une vie à côté quoi. (...) C'est pour construire quelque chose ».*

Associée à la pénibilité physique et psychique du travail, la dimension instrumentale est ici très proche de la définition de l'aliénation selon Marx, qui désigne les situations où le travail n'est « pas volontaire, mais contraint, c'est du travail forcé. Il n'est donc pas la satisfaction d'un besoin, mais seulement un moyen de satisfaire des besoins en dehors du travail<sup>1</sup> ». Mme Faya le dit autrement : « on trouve pas vraiment de motivation là-dedans, si ce n'est, bon, gagner de l'argent pour nourrir son enfant, ça c'est la motivation ». Cet exemple permet au passage de souligner, s'il en était besoin, que même si un rapport instrumental au travail peut être considéré comme plus distancié sur le plan subjectif, il n'en reste pas moins susceptible de donner lieu à des formes de souffrance, lorsque l'insatisfaction domine.

Chez **Mme Delache**, la dimension instrumentale du rapport au travail n'est pas pertinente sur le plan financier (son mari pourrait subvenir seul aux besoins du ménage), mais au niveau de l'équilibre entre travail et hors-travail. Lorsqu'elle parle de son emploi actuel, Mme Delache insiste en effet davantage sur la possibilité qu'il lui laisse de mener « à côté » une vie familiale satisfaisante que sur un éventuel épanouissement personnel dans le travail lui-même. Certes, elle juge que son poste est

---

<sup>1</sup> MARX K., *Manuscrits de 1844, op. cit.*, p. 112.

« **intéressant**, relativement autonome... C'est un poste de chef de projet donc y'a un côté justement de... de gestion de projet, d'autonomie et de... à la fois un contact avec les clients et un contact en interne avec les gens de France Télécom »,

mais elle ajoute immédiatement que

« **surtout**, ça permet.. En gros c'est un poste sur 38 heures, enfin par rapport à l'époque où j'étais quasiment 2 jours à Bordeaux, 2 jours à Toulouse, à faire les allers-retours en train et à jongler de baby-sitter etc., finalement par rapport à **l'équilibre vie de famille et avec les enfants...** (...) C'est quasiment la première fois que je travaille sans stress, et... c'est vrai que c'est pas désagréable non plus, je dirais de **réussir à avoir un peu de temps pour tout le monde et pour tout combiner.** (...) On a un équilibre, une **qualité de vie**, c'est vraiment les horaires vraies 35 heures, et du coup **ça laisse du temps**, enfin c'est un **bon équilibre pour combiner vie professionnelle et vie personnelle** ».

A aucun moment, lorsqu'elle retrace son parcours et ses choix professionnels, Mme Delache ne présente ses activités successives comme un prolongement de son identité personnelle ou comme un lieu de réalisation de soi. Son désir d'exercer une activité professionnelle ne met en jeu une dimension identitaire que dans la mesure où le travail permet de mettre à distance une identité de mère au foyer, que Mme Delache rejette :

« Bon là juillet-août les enfants étaient là, c'était sympa, mais à partir du moment où ils étaient à l'école toute la journée, **je suis pas du genre la sortie de l'école à midi, re-la sortie à 4h et demie**, bon. (...) C'est pas... c'est pas ma tasse de thé non. Je pense que **je m'ennuierais**. Mais c'est plus le côté intellectuel, le côté de **voir d'autres personnes, de discuter**, enfin... qui me manquerait quoi ».

Chez Mme Delache, le rapport au travail n'est donc pas centralement animé par la recherche d'une adéquation entre l'être et le faire. Son identité personnelle se situe plutôt dans un équilibre subtil entre l'engagement dans la vie familiale (important mais qui ne doit pas être exclusif) et le « contrepoids » d'une activité professionnelle (où la satisfaction est recherchée, mais qui n'est pas conçue en termes identitaires).

### *Une lecture « rationnelle » des conditions de travail et d'emploi*

Un autre signe révélateur d'une relation au travail conçue essentiellement sur un mode instrumental est l'insistance des personnes à décrire et à évaluer les conditions de travail, les rémunérations, les horaires, autrement dit à se livrer à un calcul coûts/avantages dont le résultat est le critère premier du jugement porté sur l'emploi exercé ou éventuel.

Cette attitude est particulièrement manifeste chez **M. Terray**. Dès le début du récit de son parcours professionnel, on comprend que l'intérêt d'un emploi réside pour

lui dans un ensemble d'aspects pratiques et économiques, bien plus que dans la satisfaction de goûts personnels ou dans l'adéquation à une identité professionnelle précise. En témoignent ces fragments d'entretien :

« Là j'étais "homme toutes mains", c'est-à-dire que c'était assez ardu quoi, de longues heures, **on faisait... 7h-15h, 17h-22h**, on avait 2 heures de coupure »

« Là, vendeur, y'avait **pas trop de contraintes** quoi, si ce n'est le **trajet** parce que j'étais à Montréjeau, en appartement... »

« J'avais travaillé à l'aéroport de Toulouse Blagnac comme bagagiste, je faisais que le week-end, **je faisais 4h-13h**. (...) Là ça c'était assez contraignant au niveau des **horaires**, le matin, bon mais c'était que 2 matins, **uniquement le week-end** quoi »

« J'étais inventeur aussi, ça c'était **le plus intéressant** parce que **je touchais bien** »

« Ils cherchaient des chefs de zone. Alors en fait j'ai passé le test, ça a marché, et après je les ai suivis dans la tournée, et j'ai fait une tournée de 7 semaines, et j'ai fait toute la France. Ça c'était **un super boulot** parce que c'était bien payé, pas de tracas »

« Là c'est à **4 km de chez moi**, et en plus je finis à **15h30** »

« Là j'étais **payé à 43F de l'heure**, et j'étais à **15 km**, je finissais à **16h30** »

« Et là, je savais que c'était à **5 km de chez moi**, que j'avais pratiquement pas d'essence à utiliser, et là je suis **payé à 55F15**, ce qui est **pas inintéressant** »

« Parce que faut voir aussi, **le travail de nuit, vous êtes payé plus...** Vous avez les horaires de nuit, **vous avez aussi un panier de nuit** qui normalement est plus important qu'un panier de jour, et **vous pouvez faire des heures supp'**, et les heures supp' de nuit, c'est banco quoi ».

On peut parler ici d'une approche « rationnelle », voire « utilitariste » du rapport au travail, au sens où il est dominé par la recherche d'une satisfaction d'*homo œconomicus* (et l'on a vu que cette conception du travail change radicalement lorsqu'il s'agit de sa future carrière dans la police).

Chez **Mme Chafi** également, la conception de la place et du sens du travail dans la vie ne fait nullement apparaître un quelconque investissement identitaire. Dès le début de sa vie active, son rapport au travail est caractérisé par la nécessité d'exercer une activité professionnelle :

« J'étais jeune, j'avais 18 ans, mais... Pour annoncer [ma grossesse] à mes parents avec un peu plus... donc j'ai cherché du boulot ».

Elle suit pendant un temps une formation de caissière en grande surface (« ça m'intéressait du fait que y'avait l'embauche en bout »), et son parcours professionnel se déroule ensuite en « petits boulots » nombreux, jusqu'à ce qu'elle trouve son emploi actuel (caissière dans une station-service à temps partiel) qui « est vraiment ce que j'ai trouvé de mieux ». Mme Chafi ne parle pas de son travail en termes d'épanouissement personnel ou d'adéquation avec un « moi » perçu, mais en termes de tâches plus ou moins plaisantes à effectuer, de commodité des horaires, de statut de l'emploi et de possibilités laissées par le travail pour construire sa vie en dehors de lui. Et face à la perspective de recherche d'un emploi complémentaire, elle met à nouveau en avant



ces aspects extrinsèques, sans mentionner aucune aspiration particulière quant à la nature du travail (ni, ce qui est assez révélateur, envisager de suivre une formation professionnelle) :

*« Là j'avais vu sur une annonce, pour faire 3 heures de ménage, mettons par semaine, bon, c'est quelque chose comme ça qu'il me faut, 3 heures par ci, 3 heures par là... Que je puisse aménager, parce que sinon c'est pas possible ».*

On voit que le seul critère de choix est la compatibilité horaire avec son emploi actuel, qu'elle souhaite conserver :

*« Je sais que tous les mois, au moins j'ai ça. J'ai 2700F, c'est pas grand-chose, mais même si vraiment je me retrouvais dans la galère, je sais que j'ai au moins ça ».*

*« Je cherche dans tout »*

La façon imprécise et abstraite dont Mme Chafi parle d'un éventuel emploi complémentaire (« quelque chose ») est l'indice d'un rapport au travail qui n'est pas conçu sur un mode identitaire. On retrouve cette caractéristique chez **Mme Artur** qui, on l'a vu, a renoncé à une aspiration professionnelle qui tenait de la vocation et se situe aujourd'hui dans un rapport essentiellement instrumental à l'activité professionnelle. Ceci l'amène à préférer n'importe quel travail (et si possible à plein temps, « parce j'ai tout mon temps ») plutôt que le chômage<sup>1</sup> :

*« Je cherche en fait dans tout quoi, moi je cherche à travailler, autant dans le secrétariat que dans l'aide à domicile que dans le ménage, dans tout quoi<sup>2</sup> ...».*

Et lorsque j'interroge Mme Artur sur ses aspirations personnelles, sa réponse montre bien que la question pertinente n'est pas celle de savoir ce qu'elle aimerait faire, mais celle des débouchés professionnels et du caractère réaliste d'un choix d'activité :

*« Et ce que vous aimeriez faire alors ? Parce que vous avez aussi une formation en secrétariat... – Moi j'aimerais bien continuer dans cette voie-là, mais le secrétariat, dès que... Moi j'ai 41 ans donc... c'est pas évident quoi. (...) – Mais vous ce qui vous intéresserait, c'est ça, ou les personnes âgées ? – C'est les personnes âgées aussi, mais entre temps aussi j'aimerais... j'ai commencé à prendre contact avec... des organismes, j'aimerais bien monter un truc, parce que je me dis que... Je sais pas, il faut que je voie si je peux pas faire du travail à domicile, du télétravail à domicile, j'ai un*

---

<sup>1</sup> En réalité, on a vu qu'il existe une activité que Mme Artur refuserait - celle qui précisément a été associée à sa grande déception : l'emploi d' « aide à vivre » en maison de retraite.

<sup>2</sup> Ce type de logique s'oppose nettement à celle qui est exprimée par d'autres personnes, et qui consiste à refuser par principe certains types d'emplois considérés comme trop dévalorisants. Cf. par exemple Mlle Loci : « Pendant la période où vous avez été au chômage, vous auriez pu faire n'importe quel travail ? - Non franchement, je me voyais pas faire le ménage, ça c'est clair. Non parce que faut quand même se respecter un peu. Enfin je sais pas, y'a pas de sot métier, mais je... (hésitation) Je veux pas paraître méchante ou... - Non mais c'est par rapport à vous... ça vous aurait pas convenu... - Non, du tout, du tout ».

*ordinateur là... Ou alors monter un truc, monter une entreprise de nettoyage avec des copines quoi... ».*

La même logique de recherche « tous azimuts » est visible dans les propos de **Mlle Portet**. Actuellement (et, à ses yeux, temporairement) employée en CDI dans une chaîne de restauration rapide, sa grande difficulté est de n'avoir pas encore identifié le travail « idéal » où elle pourrait « s'épanouir », ce qui donne lieu à une forme de souffrance et d'amertume à ne pas avoir « trouvé sa voie ». Le récit que fait Mlle Portet de ses premières orientations scolaires et professionnelles fait apparaître une conception plus instrumentale qu'identitaire du travail :

*« Le choix du BEP vente, c'était un choix, y'avait un projet ou... ? - Au départ y'en avait un. C'est vrai que la vente ça m'intéressait. Le projet à la base c'était de gagner des sous, parce que je voulais mon indépendance, je voulais me payer le permis, donc il fallait bien que je me débrouille, et... CAP-BEP vente parce que... oui, parce que je me suis dit qu'il y aurait peut-être des débouchés, ou que si ça m'intéresse je pouvais continuer après ».*

Mais les expériences faites par Mlle Portet dans ce secteur se sont révélées décevantes<sup>1</sup>, c'est pourquoi elle cherche aujourd'hui à s'orienter dans un autre domaine :

*« J'ai eu peut-être les idées trop arrêtées sur la vente, c'est la vente qui m'a intéressée, et puis voilà. C'est vrai qu'il faut bien commencer par quelque chose pour savoir si ça nous plaît ou si ça nous plaît pas... (...) Mais bon maintenant, j'ai envie de changer. (...) Je cherche à avoir une nouvelle expérience dans un autre métier, qui pourrait m'être favorable et qui pourrait m'intéresser ».*

Comme souvent lorsque le rapport au travail est essentiellement instrumental, on observe chez Mlle Portet une grande difficulté à formuler un souhait professionnel précis :

*« Et quel autre métier ? - Je sais pas. Je sais pas... - Dans l'absolu, juste l'envie... ? - L'envie de quelque chose de... Là pour le moment je suis assez intéressée par le bâtiment (...) Mais euh... je sais pas. (...) Moi ce que je recherche c'est surtout le travail. - Mais est-ce que vous n'avez pas quand même un... un rêve, même si c'est pas réalisable ou réaliste, mais dans l'absolu est-ce qu'il n'y a pas un métier qui vous irait vraiment bien... ? - Non, j'ai... J'ai beaucoup d'envies mais jusqu'à présent j'ai pas réussi à... j'ai pas réussi à les définir. Enfin je sais que y'a beaucoup de choses qui m'intéressent, mais en regroupant j'ai pas pu trouver une famille de métiers qui pourrait éventuellement m'intéresser ».*

Mlle Portet vit très douloureusement ses propres hésitations et incertitudes (« je suis toujours obnubilée par le temps parce que je sais que j'ai perdu du temps, et j'en ai marre d'en perdre encore »), à la fois pour elle-même et par rapport à son entourage, qu'il s'agisse des intervenants de la Mission locale :

---

<sup>1</sup> « Le fait d'attendre comme ça, d'attendre après le client une fois que tout le travail est fait... Moi je suis quelqu'un d'assez dynamique, j'ai besoin de, quand je suis au travail, de me dépenser, de savoir que je travaille pas pour rien, et... ça m'ennuie à ce niveau-là ».

« Je pense que **la personne qui me suit elle doit avoir du mal à me suivre aussi, parce que j'ai tendance à... à changer souvent d'avis quoi** »,

ou de ses parents :

« Ils doivent se dire que peut-être je suis un peu folle, ou... Non, **ils doivent penser que je sais pas trop exactement ce que je veux faire, c'est vrai qu'ils doivent se dire que j'ai besoin de gagner des sous et que c'est peut-être pour ça que j'essaie de faire toutes ces démarches, que j'essaie à droite à gauche...** ».

Mlle Portet est tentée dans un premier temps d'attribuer ses difficultés actuelles à l'absence d'aide apportée par ses parents et à une condition sociale qui ne lui a pas laissé le choix<sup>1</sup> :

« Il m'arrive parfois de me demander pourquoi mon père ne s'est pas investi plus au niveau de mes études, pourquoi... je sais pas. Est-ce que c'est le fait que ma propre famille n'a pas fait de trop longues études qui m'a fait comprendre qu'il fallait que je me débrouille **le plus tôt possible**, pour justement essayer de... de les soulager eux... ? Mais je pense aussi qu'il y a le fait que **j'ai pas eu assez le temps de rêver** je pense. C'est... (silence). Enfin je sais qu'il y a certaines familles qui par exemple suit leurs enfants quand ils font des études, ils arrivent au collègue : bon alors, qu'est-ce qui t'intéresserait ? »,

Mais Mlle Portet (comme elle le fait à plusieurs reprises dans l'entretien pour des sujets divers) estime finalement qu'elle est la seule responsable, et en ressent d'autant plus de culpabilité :

« Je sais pas, j'aurais vraiment vraiment voulu faire quelque chose, ou j'aurais été passionnée par un sport ou... j'aurais voulu étudier quelque chose où il aurait fallu que je parte en internat, euh... bon je pense que mon père aurait été là pour qu'on en parle, pour prendre la décision. C'est vrai que maintenant quand j'y pense, **j'aurais voulu vraiment étudier quelque chose, j'aurais eu l'opportunité**. Si je voulais j'aurais pu me réveiller bien plus tôt et avoir tout ce que je veux maintenant alors que bon... **J'aurais commencé à chercher des formations ou à chercher ce qui m'intéresse plus tôt, je veux dire... c'est clair que j'en serais pas là où j'en suis quoi, tout simplement** ».

Mlle Portet est aujourd'hui partagée entre la hâte d'être autonome et intégrée professionnellement (« d'entrer dans le bain »), et paralysée en même temps par ses doutes et par la peur de s'engager dans une voie qui ne lui apporterait pas de satisfaction (comme ce fut le cas avec la vente) :

« Faudrait que j'arrive franchement à me décider mais... (...) Je veux essayer toutes les opportunités et toutes les possibilités. (...) J'ai attendu, et j'attends encore, et je sais que j'attendrai encore jusqu'à ce que j'y arrive, mais bon.... **J'espère que le résultat en vaut la chandelle** ».

On se trouve donc, avec Mlle Portet, face à un rapport au travail en construction, où toutes les issues sont possibles, y compris peut-être la découverte d'une véritable identité professionnelle qui résoudrait le problème du choix à effectuer :

---

<sup>1</sup> Son père est exploitant agricole, et sa belle-mère est en attente de l'agrément pour devenir assistante maternelle.

*« Je me dis que peut-être à un moment ou à un autre, sans m'y attendre, en faisant toutes ces démarches, eh ben y'a quelque chose qui va me tomber dessus et... ce sera le choix qui... le meilleur choix possible à faire ».*

Un dernier exemple d'une recherche d'emploi marquée par une faible sélectivité peut être trouvé chez **M. Sernin**. Bien qu'il n'entretienne pas avec le travail un rapport instrumental (on a vu qu'au contraire, il représente un cas typique de vocation), sa situation actuelle est telle que pour atteindre un niveau de revenu convenable il s'apprête à rechercher « un troisième contrat, alors là n'importe quoi, une supérette ou... n'importe ! », qui lui permette « d'avoir assez de thunes pour vivre convenablement quoi, pas être emmerdé comme là je le suis actuellement par la banque, et voilà ». Ainsi, en composant avec plusieurs emplois, des horaires morcelés, des lieux de travail différents, M. Sernin tente de se construire une intégration professionnelle qui allie bonheur au travail et sécurité financière, « même si c'est complètement éclaté » . On peut ajouter que ce type d'expérience du travail et de l'emploi en forme de « puzzle », faite de fragments qu'il s'agit de faire tenir ensemble, est probablement amené à se banaliser si les processus de flexibilisation dans le monde du travail continuent à se développer.

*« Il fallait travailler »*

La dernière manifestation d'un rapport instrumental à l'activité professionnelle est observée chez trois femmes qui partagent un même type de parcours, au moins pour ce qui concerne la première partie de leur vie professionnelle. **Mme Kléber**, **Mme Jodu** et **Mme Alpe** ont en effet toutes trois connu une première intégration professionnelle ouvrière. Pour ces femmes peu qualifiées<sup>1</sup> issues de milieux ouvriers, la question même du choix d'une activité professionnelle ne s'est pas posée : il allait de soi qu' « il fallait travailler » (et cela dès 15 ou 16 ans) :

*« Est-ce qu'il y a un genre de métier qui vous aurait plu ? - J'ai jamais tellement réfléchi... (...) Il fallait travailler hein, comme tout le monde, parce que bon ma mère était veuve et... fallait travailler, bon ben j'ai trouvé ça, et puis bon j'y suis restée, 37 ans quoi » (Mme Kléber)*

*« A l'époque hein les parents ils vous tenaient pas aux études... Va travailler, c'est bien hein ! » (Mme Jodu)*

---

<sup>1</sup> Mme Alpe est titulaire d'un CAP de couture - orientation qui, on l'a vu, n'a pas été décidée par elle mais par sa sœur. Mme Kléber a obtenu un CAP de comptabilité, mais n'a pas pu trouver d'emploi dans cette branche.

Il allait de soi également que « *tant qu'il y avait du travail là-dedans, ben on travaillait là-dedans* » (Mme Alpe). Mme Kléber en particulier exprime bien l'impossibilité d'envisager une réorientation professionnelle une fois que la voie est tracée :

*« Au début, ça me plaisait, et puis après bon, vous êtes pris dans l'engrenage, vous dites bon, qu'est-ce que vais pouvoir trouver... comme travail. Et puis bon après, y'avait plus de travail, donc bon, vous... c'est un suivi, c'est un engrenage hein. (...) Et puis quand vous travaillez... quand vous faites les 2/8, quand vous rentrez vous êtes... HS, vous avez pas envie d'aller à droite à gauche pour... chercher éventuellement autre chose ».*

On ne peut donc pas parler de choix professionnel pour ces personnes, encore moins d'un quelconque investissement identitaire dans le travail - ce qui, soulignons-le, n'empêche pas l'existence de formes de satisfaction. Mme Jodu est sans doute celle qui porte le jugement le plus positif sur son travail d'ouvrière : « *la confection, c'était bien, j'aimais bien. (...) Oui, moi la couture ça m'a toujours plu* », même si elle précise tout de même que « *le travail à la chaîne c'est pas... c'est pas... ça n'a rien à voir avec la couture, la vraie couture, ça n'a rien à voir du tout* ». Sans doute ce jugement rétrospectivement positif est-il à interpréter à la lumière du fait que, par la suite, Mme Jodu a presque toujours connu l'intégration disqualifiante<sup>1</sup>.

De cette analyse des modes et des degrés d'investissement identitaire dans le travail, il ressort notamment que la recherche d'une adéquation entre le « soi » personnel et le « soi » du travail n'est pas un « luxe » qui serait réservé aux personnes déjà bien placées dans le monde du travail. Ce constat est double :

- il s'inscrit en faux contre l'idée que les personnes dont l'intégration est défaillante seraient amenées à se « rabattre » sur une conception purement instrumentale du travail. Plusieurs exemples montrent que, sur ce point, nécessité ne fait pas loi : même au risque du chômage, l'enjeu identitaire peut être privilégié (je pense notamment à Mme Artur qui choisit de démissionner plutôt que de « renier » son identité professionnelle pour soi) ;

- de la même façon, il serait erroné de considérer que seules les personnes les plus qualifiées pourraient « se permettre » de concevoir le travail sur un mode identitaire. On a vu que Mme Anam ou Mme Jeco par exemple, bien que non

---

<sup>1</sup> Il faut ajouter qu'une clef de compréhension de l'entretien avec Mme Jodu est sa tendance à juger que « c'était mieux avant », de façon générale et dans le travail en particulier : « *avant vous trouviez des places facilement hein, ah oui, que ce soit dans la confection ou... n'importe quoi, vous trouviez, c'était pas comme maintenant, maintenant vous avez du mal à trouver du travail. (...) A l'époque c'était pas... comme maintenant hein, y'avait pas... Quand j'entends dans la télé, le patron l'a... lui a fait des avances, ou l'a... A l'époque y'avait pas tout ça. A l'époque ça arrivait rien de tout ça. Ça a changé hein, ouh la la ! Avant y'avait pas tous ces problèmes hein. (...) Les gens ils sont plus comme y'a des années, ça a beaucoup changé ».*

qualifiées, engagent leur identité dans leur travail, tandis qu'à l'inverse chez Mme Delache, hautement qualifiée, le travail est nettement dissocié de l'identité personnelle. Il reste vrai cependant que, s'il y a recherche d'une adéquation entre identité pour soi et profession exercée, les salariés les plus qualifiés ont en général davantage de marges de manœuvre pour atteindre cette harmonie.

La présence ou l'absence d'une conception identitaire du travail n'est donc pas mécaniquement déterminée par l'employabilité objective (c'est-à-dire statistique) et subjective dans le monde du travail. En revanche, la nature des aspirations et des identités professionnelles projetées n'est pas indifférente à l'origine sociale et aux dispositions formées au cours de la socialisation familiale et de l'expérience scolaire<sup>1</sup>. On remarque en effet que la quasi-totalité des personnes rencontrées expriment des choix et des souhaits professionnels qui se situent, en termes de stratification sociale, dans une relative continuité avec le niveau social d'origine<sup>2</sup>. On peut donc sur ce point souscrire à l'analyse de Pierre Bourdieu : « on est toujours surpris de voir à quel point les volontés s'ajustent aux possibilités, les désirs au pouvoir de les satisfaire<sup>3</sup> ». Ces ajustements sont cependant complexifiés par les processus de précarisation qui traversent le monde du travail, rendant les identités professionnelles plus instables et plus fragiles, et remodelant profondément les espaces de la mobilité sociale inter- et intra- générationnelle.

### ***b) Six types de rapport au travail***

Les six types de rapport au travail que je vais décrire sont issus du croisement entre l'axe de la satisfaction éprouvée dans le travail actuel et l'axe de l'investissement identitaire dans le travail. Sur ce deuxième axe, une distinction doit être faite au sein du pôle du *travail-identité*, qui caractérise les cas où il existe une identité professionnelle pour soi, c'est-à-dire un idéal, une aspiration, une affinité explicitement formulée avec un métier, un genre d'activité ou un type d'emploi subjectivement adéquat avec l'identité personnelle. Il faut en effet différencier les situations selon que cette identité professionnelle visée est concrètement réalisée ou non. On a vu par exemple que Mlle Loci, dont l'identité professionnelle « rêvée »

---

<sup>1</sup> DUBAR C., *La socialisation*, op. cit.

<sup>2</sup> Seules trois personnes s'inscrivent dans une trajectoire de forte mobilité sociale ascendante : Mme Blondel, Mme Jost et Mme Mara.

<sup>3</sup> In *Méditations pascaliennes*, op. cit., p. 257.

s'incarne dans la profession de bibliothécaire, travaille actuellement comme secrétaire dans un cabinet d'expertise comptable. Nous sommes donc dans un cas où l'investissement identitaire dans le travail est fort (le travail « en général » est envisagé comme une dimension de soi), mais où le travail actuellement exercé n'est pas en adéquation avec l'identité professionnelle souhaitée. C'est pour prendre en compte ce type de configuration que le pôle du *travail-identité* doit être subdivisé en deux possibilités : adéquation ou non-adéquation entre travail réel et travail souhaité.

Le croisement final entre les deux axes comporte donc six combinaisons, comme le montre le tableau ci-dessous<sup>1</sup> :

---

<sup>1</sup> Je précise, s'il en était besoin, que cette typologie n'est pas un modèle construit a priori pour être ensuite mis à l'épreuve de la confrontation avec les données : à l'inverse, elle est inductivement issue de l'analyse des entretiens.

Six types de rapport au travail

		<u>Axe 2</u> Investissement identitaire dans le travail	
<u>Axe 1</u> Satisfaction dans le travail	<i>Fort</i> Travail-identité		<i>Faible</i> Travail-activité
	<i>Avec adéquation travail souhaité/ travail réel</i>	<i>Avec inadéquation travail souhaité/ travail réel</i>	
<i>Forte</i> Travail-plaisir	<u>Bonheur</u>  Mme Alpe Mme Anam Mme Beban Mme Blondel Mme Jeco Mme Jost Mme Mermoz Mme Pinson M. Sernin M. Thimas	<u>Contentement</u>  Mlle Loci Mlle Roque	<u>Satisfaction</u>  M. Blagnac* Mme Chafi Mme Delache M. Terray
<i>Faible</i> Travail-corrée	<u>Frustration</u>  Mme Artur* Mme Brax Mme Enzo Mme Lavaur	<u>Malheur</u>  Mlle Arène M. Arène Mme Damo* Mme Fonviel	<u>Contrainte</u>  M. Bois Mme Faya Mme Jodu* Mme Kléber* Mme Mara* Mlle Portet

\* Personnes sans activité au moment de l'entretien : l'analyse concerne le dernier emploi occupé

Je dois expliciter les termes choisis pour qualifier chaque type de rapport au travail. Pour ce faire, j'illustrerai chacun d'une phrase (fictive) qui en résume l'essentiel de façon typique :

1. *Le bonheur au travail* : « je fais le métier que je voulais faire, et je le fais dans de bonnes conditions ».

Voilà le type « idéal » (au double sens d' « idéal » et de « parfait » du point de vue de sa valeur subjective) du rapport au travail : l'activité exercée correspond aux aspirations (voire à la vocation), et le contexte concret du travail est source de



satisfactions. Toutes les conditions sont donc réunies pour que se développe un rapport heureux au travail.

2. *Le contentement* : « je ne fais pas le travail que je voudrais faire, mais ce que je fais ne me déplaît pas ».

Ce type de rapport au travail n'est pas tout à fait « heureux », car il ne permet pas la réalisation de soi espérée, mais il procure tout de même des satisfactions et, dans ce sens, peut être associé au plaisir. Le terme « contentement » a été choisi en référence à l'expression « se contenter de », qui renvoie bien à l'idée que l'on n'a pas ce que l'on désire, mais que l'on trouve à se satisfaire de ce que l'on a (au moins provisoirement) : les satisfactions trouvées dans l'emploi actuel sont une sorte de « consolation » à cette inadéquation entre travail réel et travail souhaité.

3. *La frustration* : « je fais le travail que je voulais faire, mais dans des conditions qui gâchent mon plaisir ».

Ici, alors même que sont réunies les deux conditions essentielles du bonheur (existence d'un travail « idéal » et adéquation du travail réel à cet idéal), les conditions d'exercice du travail lui ne permettent pas d'exister.

4. *Le malheur* : « je ne fais pas le travail que je voudrais faire, et ce que je fais me déplaît ».

Dans ce type, la frustration s'ajoute à l'insatisfaction pour construire un rapport malheureux au travail.

Les types de la *frustration* et du *malheur* au travail peuvent être considérés comme des expressions, dans le domaine du travail, de ces « ratages » identitaires qui, selon R. Turner, résultent d'un écart trop grand entre les aspirations personnelles et l'identité pour soi d'un côté, les situations concrètes et les actes réels de l'autre : « on peut alors se percevoir en termes de chances gâchées ou de potentialités mal utilisées<sup>1</sup> ».

Il est important de souligner que seule la présence d'une conception identitaire du travail (types 1 à 4) peut donner lieu au « bonheur » ou au « malheur », car cette conception est à l'origine de l'investissement subjectif dans le travail. Lorsque le travail n'est pas a priori conçu comme mettant en jeu quelque chose de « soi », il n'y a ni bonheur ni malheur, mais satisfaction ou contrainte, qui sont les deux derniers types.

---

<sup>1</sup> Cité in DE QUEIROZ J.-M., ZIOTKOVSKI M., *L'interactionnisme symbolique, op. cit.*, p. 44.

5. *La satisfaction* : « le genre de travail que je pourrais faire m'importe peu, et celui que je fais me satisfait (ou : ne m'est pas désagréable) ».

Dans cette configuration comme dans la suivante, la référence à un travail « idéal » permettant la réalisation de soi n'est pas pertinente. Le rapport au travail ne se conçoit qu'à travers les plaisirs et les satisfactions qu'il peut procurer et que, dans ce type, il procure effectivement.

6. *La contrainte* : « le genre de travail que je pourrais faire m'importe peu, et celui que je fais ne me satisfait pas (ou : m'est désagréable) ».

Le terme « contrainte » connote ici le double aspect d'extériorité et de nécessité du travail. Dans ce rapport contraint, il n'existe aucune forme d'implication dans le travail, ni investissement identitaire (puisque nous sommes dans le *travail-activité*), ni même participation à des activités qui apportent du plaisir. Le travail est réduit ici à sa plus élémentaire fonction instrumentale : il est un gagne-pain. Au mieux, il est indifférent : ni particulièrement agréable, ni particulièrement pénible. Au pire, il est source d'insatisfactions et de désagréments (on peut alors parler de souffrance au travail). Mais dans les deux cas, le bonheur, l'épanouissement et les « choses agréables » de la vie ne se situent pas dans l'activité professionnelle<sup>1</sup>.

Le type de la contrainte n'est pas sans rappeler l'identité de *retrait* définie par R. Sainsaulieu<sup>2</sup>. Bien que les critères de définition de l'identité au travail utilisés par cet auteur soient beaucoup plus complexes que les dimensions qui ont été retenues ici, le type de la contrainte partage avec le concept de retrait un élément central : le rapport instrumental au travail et l'investissement personnel dans le hors-travail. On peut d'ailleurs considérer le retrait comme une variante du rapport de contrainte, dans laquelle le détachement à l'égard du travail a un effet protecteur en ce qu'il permet de mettre une distance subjective entre soi et son travail et d'échapper quelque peu aux souffrances et aux insatisfactions.

Dans le tableau ci-dessus, chaque personne a été rattachée à un type de rapport au travail au regard du dernier emploi occupé (et même de la période la plus récente

---

<sup>1</sup> Dans leur enquête, C. Baudelot et M. Gollac parlent d'un « fatalisme résigné » pour qualifier le rapport au travail d'un homme de 42 ans, magasinier dans une entreprise de cartonnerie depuis 25 ans. Pour cet homme, « le travail semble n'être apprécié que pour les satisfactions matérielles qu'il rend possibles : il est avant tout le moyen de s'assurer un salaire. Il ne procure pas en soi de satisfactions particulières (...). La question même de l'intérêt du travail, et encore plus celle du "bonheur" au travail, paraissent donc complètement incongrues à cet ouvrier » (p. 206).

<sup>2</sup> SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, op. cit.

dans le dernier emploi<sup>1</sup>). Ce classement s'appuie sur les analyses présentées précédemment et portant successivement sur l'axe de la satisfaction et sur celui de l'investissement identitaire dans le travail. Ainsi, la typologie proposée permet de situer chaque configuration individuelle dans l'espace des rapports au travail. Mais elle permet également, dans une approche longitudinale, d'analyser les « histoires de travail » en termes de mobilités et de circulations au sein de cet espace. On peut alors souligner la grande *variabilité* du rapport au travail au fil des parcours professionnels, en lien avec les nombreux cas de changement d'emploi mais aussi avec les transformations du rapport au travail au cours d'un même emploi. Sans présenter en détail l'histoire des rapports au travail successivement expérimentés par chacune des personnes rencontrées, je voudrais revenir sur quelques exemples qui permettent de décrire différentes modalités de transformation du rapport au travail et de mettre en lumière quelques-uns des paramètres explicatifs de ces transformations.

Le rapport au travail étant défini par la combinaison de deux axes, tout changement sur l'un des axes implique un déplacement dans l'espace des rapports au travail. On peut distinguer de façon logique trois types de mobilité dans cet espace : 1. un déplacement sur l'axe de la satisfaction, 2. un déplacement sur l'axe de l'investissement identitaire, 3. un déplacement simultané sur les deux axes, chacun de ces déplacements pouvant aller vers l'un ou l'autre pôle.

Le *premier cas* (un changement dans la satisfaction au travail sans modification de la composante identitaire) est illustré par exemple par **Mme Alpe**. Son métier d'ouvrière dans le textile, on l'a vu, n'a jamais été investi sur le plan identitaire. Mais sur le plan de la satisfaction, Mme Alpe laisse entrevoir une dégradation : après une période où le travail lui a plu, la perception accrue des pénibilités l'amène à préciser que « *si c'était à continuer non, j'aurais arrêté. Parce qu'il fallait soutenir les heures hein, et puis à la machine et tout...* ». L'opérateur de transformation du rapport au travail (de la satisfaction à la contrainte) réside donc ici dans le vieillissement et l'usure accumulée.

Le passage inverse (de la contrainte à la satisfaction) est observé chez **Mme Jodu** lorsque, après une longue période d'intégration laborieuse et disqualifiante, elle occupe pendant un an un emploi de gouvernante chez un homme âgé. Cette

---

<sup>1</sup> Il serait plus exact de dire : au regard du discours tenu au moment de l'entretien concernant la période d'emploi la plus récente...

période apparaît comme une parenthèse de grande satisfaction dans un parcours marqué par l'insatisfaction et la pénibilité :

*« Quand j'étais gouvernante, j'étais vraiment bien, ça me plaisait beaucoup de m'occuper de monsieur de B. Tandis que les autres emplois que j'avais retrouvés... c'était pas du tout pareil, je m'y suis pas fait, je m'y suis pas plu quoi ».*

Le cas de **Mme Faya** met en scène la possibilité, non encore réalisée, d'une transformation du rapport au travail dont l'opérateur décisif pourrait être l'acquisition d'un niveau de qualification plus élevé : Mme Faya projette en effet d'obtenir un BTS de comptabilité dans le but explicite de lui permettre d'échapper aux souffrances éprouvées dans un rapport au travail jusqu'ici vécu sur le mode de la contrainte.

Enfin, on trouve chez **Mme Blondel** un exemple de passage de la frustration au bonheur. Ses débuts en tant que responsable de la « cellule évolution » ont en effet été difficiles, notamment parce qu'elle venait de gérer le plan social de l'entreprise :

*« Je vous assure qu'au démarrage moi j'étais malheureuse, parce que je me suis dit : tu as accepté quelque chose là qui est voué à l'échec, et... j'étais très malheureuse, je me disais mais quelle horreur... Et puis finalement, maintenant que ça commence à avancer, je suis contente. C'est vrai, je reconnais que j'ai commencé à paniquer un peu trop vite, hein, en disant ça va jamais marcher, cette connotation... parce que nous étions connus malgré tout comme les personnes ayant traité le plan social, donc personnes qui étaient là... pour virer les gens quoi, hein ».*

C'est en gagnant peu à peu la confiance des salariés que Mme Blondel a pu faire connaître et reconnaître l'utilité de son rôle dans l'entreprise, et construire ainsi un rapport heureux au travail.

Le deuxième type de mobilité (déplacement sur l'axe de l'investissement identitaire sans modification majeure de la satisfaction dans le travail) peut prendre la forme décrite plus haut chez **M. Bois**, c'est-à-dire celle d'un désengagement progressif du travail qui conduit au retrait. Une transformation similaire est observée, de façon moins prononcée, chez **Mme Jost** : à l'approche de la retraite, et bien que le degré de satisfaction reste élevé, l'investissement identitaire dans le travail diminue au profit du hors-travail.

Dans un autre contexte, le parcours de **Mlle Loci** fait également apparaître une évolution du rapport au travail sur l'axe identitaire. Lorsqu'elle était employée en librairie, Mlle Loci entretenait un rapport heureux avec son travail, qui associait adéquation identitaire et satisfaction dans le travail. Son emploi actuel reste satisfaisant, mais il ne permet pas un épanouissement personnel. En changeant d'emploi, Mlle Loci est donc passée du bonheur au contentement (pour, peut-être, retrouver le bonheur si elle réussit à devenir bibliothécaire).

Le *troisième type de mobilité* au sein de l'espace des rapports au travail, défini par un déplacement concomitant sur les deux axes, est de loin le plus fréquent (ce qui n'a rien d'étonnant puisque les deux axes sont partiellement interdépendants). Le parcours de **Mme Mara** permet par exemple d'observer une histoire du rapport au travail qui se déploie d'abord entre satisfaction et bonheur, lorsque Mme Mara progresse dans son entreprise et s'y investit de plus en plus. Mais à la suite de son accident du travail et des transformations structurelles de l'entreprise, le rapport au travail de Mme Mara évolue vers le malheur : ses responsabilités réduites ne correspondent plus à ce qu'elle estime être son identité professionnelle, et les conditions de travail intensives restreignent fortement les satisfactions dans le travail<sup>1</sup>.

*« J'ai ouvert les yeux quand j'ai eu mon accident et que j'ai repris. Et là j'ai vu que beaucoup de choses avaient changé. (...) A l'époque je faisais radiotéléphonie, toutes les épargnes, les prêts voitures, les prêts maison, enfin tout. C'était super intéressant. Alors que là quand j'ai repris, d'avoir un chef, et de voir que tout avait changé, c'était... ça avait plus d'intérêt quoi ».*

Une dernière étape est franchie lorsque son licenciement apparaît comme la seule issue possible, ce qui coïncide avec une recomposition de l'identité pour soi dans laquelle la sphère professionnelle sera désormais moins centrale : *« y'a des priorités dans la vie, maintenant ça va être moi, un peu plus ».*

Un autre exemple de ce type de transformation du rapport au travail, positif cette fois, est celui de **M. Sernin** lorsqu'il quitte son emploi de vendeur dans un établissement de restauration rapide pour devenir animateur péri-scolaire. Plus adéquat en termes d'identité professionnelle et plus satisfaisant au quotidien, cet emploi lui permet de passer de la contrainte au bonheur dans le travail. Mais pour que ce bonheur se réalise pleinement, il faudrait que M. Sernin obtienne d'autres diplômes, qui lui permettraient d'atteindre son idéal professionnel : *« être responsable d'un foyer de jeunes, sur un village ou une petite ville, ou responsable d'une MJC ».* Mais M. Sernin n'est pas très enthousiaste à l'idée de se *« replonger dans un an d'études, ça m'intéresse pas vraiment quoi. S'il faut le faire je le ferai, mais... bof ! ».* Il espère plutôt gagner une reconnaissance interne dans la structure qui l'emploie *« sans franchement avoir le diplôme, peut-être passer des petits diplômes »*, et accéder aux postes qui l'intéressent sur la

---

<sup>1</sup> Le basculement vers un rapport négatif au travail se traduit notamment par le souhait de ne pas voir sa fille choisir la même profession : *« je lui ai dit : tu ne vas pas travailler dans une grande surface, je ne veux pas, ma chérie ! ».* C. Baudelot et M. Gollac montrent bien que le souhait de voir ou non ses enfants exercer la même profession que soi est un révélateur très pertinent du rapport au travail, cf. : *Travailler pour être heureux ?*, op. cit. (chapitre 7 : « Que voulons-nous pour nos enfants ? »).

base de son expérience et de son ancienneté. Mais cette position est difficile à tenir, notamment avec la « concurrence » des emplois jeunes :

« Je vois que là y'a pas mal d'emplois jeunes on leur demande d'avoir simplement 2 ans de psycho en fac, plus le BAFA, et j'ai un peu l'impression de... de me faire griller quoi, moi j'ai derrière moi 8 ans d'expérience dans l'animation avec des enfants, et c'est des gens qui débarquent qui ont accès aux emplois jeunes quoi, avec... avec pas grand-chose quoi, pas avec l'expérience que j'ai... ».

Cet exemple permet donc de souligner le rôle souvent essentiel du diplôme dans la construction d'un rapport heureux au travail, ce qui peut être problématique pour des personnes peu attirées vers l'univers scolaire. Cette difficulté est particulièrement visible chez **Mme Damo**, dont le « rêve » professionnel est abandonné à la suite du constat douloureux de son faible niveau d'instruction :

« Je regrette de pas avoir fait mes études parce que mon rêve était de rentrer dans un hôpital comme aide-soignante, et un jour j'ai essayé de passer un... le diplôme mais je... au niveau intellectuel j'avais pas les capacités, j'avais pas fait d'études, alors j'ai craqué, là, d'entrée, quand j'ai vu que j'avais 1 sur 20 en rédaction j'ai dit allez c'est bon, c'est même pas la peine que j'essaie de... parce que je savais même pas faire une division... Et j'ai craqué quoi, j'ai tout laissé tomber. (...) J'ai quand même un niveau d'études très bas, j'ai 31 ans, je me vois pas à 31 ans reprendre les livres de classe de la 6<sup>e</sup> à... C'est dur... ».

En l'absence de qualification objectivée dans un diplôme, et compte tenu de l'impossibilité subjectivement perçue d'en acquérir une, il reste à Mme Damo ses compétences personnelles premières :

« Je suis *bosseuse*... Je suis *vaillante*. Je suis vaillante. Ça me fait pas peur de me lever à 6h du matin et d'aller travailler moi. Je suis vraiment une femme vaillante ».

Chez **Mme Lavour** à l'inverse, la formation est conçue comme un élément favorisant la construction d'un rapport heureux au travail, en particulier lorsque les insatisfactions actuelles remettent en question l'identité professionnelle elle-même :

« Je me suis toujours dit, dans la trentaine, je reprendrai les études, et aussi *pour reconstruire un petit peu mon image narcissique* qui a été si endommagée ces derniers temps (rire), parce que vraiment je sens que j'ai besoin de me revaloriser intellectuellement ».

Plus que le diplôme lui-même, c'est l'ensemble du rapport au monde scolaire, à la formation et à la qualification qui peut jouer comme un opérateur de changement ou comme un frein dans l'histoire du rapport au travail. Finalement, le diplôme semble être au moins aussi central sur le plan subjectif des chances perçues d'accéder à certains types d'emploi (la perception de ces chances étant elle-même à l'origine de choix concrets dans la conduite du parcours professionnel), que sur le plan des possibilités objectives d'accès aux emplois.

Ces quelques exemples avaient pour but de souligner que le rapport au travail est susceptible de changer au fil du parcours socioprofessionnel : il doit donc être pensé comme une dynamique et non comme une entité immuable. Au-delà des seuls changements d'emploi, de multiples paramètres objectifs et subjectifs se transforment et reconfigurent le rapport au travail, parmi lesquels on peut citer le niveau de diplôme et les attitudes à l'égard de la formation, les conditions de travail (qu'il faut analyser en relation avec le vieillissement individuel), les perspectives de progression dans l'emploi, ou la place relative du travail parmi les autres sphères d'activités.

La typologie proposée ici permet donc d'éclaircir quelque peu la complexité et l'ambivalence des rapports au travail en faisant apparaître certains de leurs déterminants. L'origine sociale, le niveau de qualification scolaire et professionnelle, la structure du marché de l'emploi, les conditions de travail, les identités intériorisées ou projetées et leur lien plus ou moins étroit avec l'univers professionnel, la perception de formes de justice ou d'injustice lorsqu'on compare son sort à celui d'autrui<sup>1</sup>... sont autant de dimensions qui interagissent dans la construction des expériences du travail. C. Baudelot et M. Gollac le soulignent : « les décalages et les ajustements entre les aspirations formées dans les parcours scolaires, professionnels, familiaux, conjugaux, et les réalités professionnelles concrètes, permettent de comprendre la diversité des rapports au travail (...). Il n'y a pas de relation mécanique entre les conditions de travail et le degré de satisfaction ou d'insatisfaction ressenti : les schèmes de perception formés tout au long de la trajectoire sociale doivent être pris en compte car ils sont constitutifs (au même titre que les conditions objectives de travail) des rapports plus ou moins heureux ou malheureux au travail<sup>2</sup> ».

Dans cette dynamique, un aspect extrinsèque peut jouer un rôle important : il s'agit du rapport à l'emploi. Cette dimension a jusqu'ici été intentionnellement laissée de côté : il s'agit maintenant de la réintégrer dans l'analyse, afin de voir de quelle façon le rapport à l'emploi interfère avec le rapport au travail. C'est à l'étude de cette *dialectique travail-emploi* que je vais maintenant me consacrer.

---

<sup>1</sup> BÉNÉTON P., « Les frustrations de l'égalité. Contribution aux recherches sur la relativité des aspirations et la perception des inégalités », *Archives européennes de sociologie*, XIX, 1978, pp. 74-140.

<sup>2</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, *op. cit.*, p. 99.

### 3. La dialectique travail-emploi et les sens de la précarité

---

Réintroduire dans l'analyse la dimension de l'emploi, c'est non seulement s'intéresser à la nature du contrat de travail (stable ou précaire, assuré ou menacé) et aux temps de travail (temps plein, temps partiel, temps flexible), mais aussi aux horaires de travail (continus, morcelés, décalés, astreignants). C'est aussi, à travers l'attention portée à toutes ces formes d'atypisme de l'emploi, déplacer le regard de l'univers du travail vers celui du hors-travail, puisque les caractéristiques de l'emploi déterminent fortement l'organisation objective et subjective de la vie en général. Ainsi, si les deux axes qui construisent le rapport au travail qualifient la nature des expériences vécues *dans* le travail, la prise en compte du statut et des conditions d'emploi donne accès à l'analyse de la satisfaction (de la vie en général) *par* le travail. Le rapport à l'emploi constitue ainsi une deuxième échelle de valeur qui se surimprime à celle de la satisfaction dans le travail, donnant lieu à des arbitrages<sup>1</sup> entre les deux systèmes de préférences. Cette ultime section est consacrée à l'analyse de ces arbitrages entre satisfaction et épanouissement dans le travail d'une part, stabilité de l'emploi et construction du hors-travail d'autre part.

Voyons d'abord comment les rapports au travail qui viennent d'être décrits et les types d'intégration professionnelle se recoupent. Le tableau ci-dessous présente la répartition des situations individuelles au moment de l'entretien selon les trois axes constitutifs des deux typologies : celui de la satisfaction/insatisfaction dans le travail qui, combiné d'une part avec le degré d'investissement identitaire dans le travail construit les types de rapport au travail ; et combiné d'autre part avec l'axe de la stabilité/instabilité de l'emploi dessine l'espace de l'intégration professionnelle.

---

<sup>1</sup> Le terme « arbitrage », parce qu'il connote l'existence de contraintes extérieures à l'individu dans un « déjà là » au sein duquel il doit s'orienter, me semble préférable à celui de « choix », qui renvoie davantage à l'idée d'un individu entièrement libre de ses décisions.



Types de rapport au travail	Types d'intégration professionnelle			
	Intégration assurée n=7	Intégration incertaine n=9	Intégration laborieuse n=8	Intégration disqualifiante n=6
Bonheur n=10	Mme Alpe Mme Jeco Mme Jost M. Sernin Mme Pinson	Mme Anam Mme Beban Mme Blondel Mme Mermoz M. Thimas	–	–
Contentement n=2	Mlle Loci	Mlle Roque	–	–
Frustration n=4	–	–	Mme Artur*	Mme Brax Mme Enzo Mme Lavaur
Malheur n=4	–	–	Mlle Arène Mme Fonviel	M. Arène Mme Damo*
Satisfaction n=4	Mme Chafi	M. Blagnac* Mme Delache M. Terray	–	–
Contrainte n=6	–	–	M. Bois Mme Jodu* Mme Kléber* Mme Mara* Mlle Portet	Mme Faya

\* Personnes sans activité au moment de l'entretien : l'analyse concerne le dernier emploi occupé

Par construction, les salariés qui ont été rattachés aux types de l'intégration assurée ou incertaine se situent dans le pôle du *travail-plaisir*, tandis que les intégrations laborieuse et disqualifiante relèvent du *travail-corrée*. Simultanément, les modalités distinguées sur l'axe de l'investissement identitaire dans le travail permettent de subdiviser les types d'intégration professionnelle. Les cases contenant un tiret correspondent aux combinaisons impossibles logiquement compte tenu de la définition des axes de chaque typologie. On note donc que toutes les possibilités théoriques sont illustrées par un cas au moins (et bien davantage si l'on quitte le seul point de vue synchronique pour puiser dans les expériences professionnelles passées), ce qui confirme l'extrême diversité des expériences du travail et de l'emploi.

Un simple comptage fait apparaître que pour environ un tiers des personnes rencontrées, tous types de rapport au travail confondus, les conditions d'emploi sont problématiques. Pour certains, c'est la non-durabilité du contrat qui relativise

la satisfaction associée à l'activité professionnelle (ou accentue l'insatisfaction) ; pour d'autres, c'est l'insuffisance ou l'irrégularité des temps de travail et donc des revenus qui est en cause. Et si l'on ne considère que les 16 personnes dont le rapport au travail est positif (bonheur, contentement ou satisfaction), on constate pour que pour 8 d'entre elles, ces éléments liés aux conditions d'emploi constituent l'unique motif d'insatisfaction<sup>1</sup>. Autrement dit, pour le même travail effectué dans les mêmes conditions, si l'emploi était stable (CDI) et/ou si le nombre d'heures effectuées était plus grand ou plus régulier, on serait très proche d'une situation de travail idéale. La dimension « rapport à l'emploi » vient donc moduler l'appréciation globale de la situation professionnelle. De plus, elle peut infléchir l'expérience de travail elle-même, par exemple lorsque la nature de l'activité exige une présence régulière et durable. Cela apparaît de façon particulièrement nette chez M. Sernin, qui bien que cumulant deux contrats (l'un en CDI et l'autre en CDD) ne travaille qu'une quinzaine d'heures par semaine. Outre le faible revenu que ces contrats lui procurent, le petit nombre d'heures nuit à la qualité même du travail qui, aux yeux de M. Sernin, nécessite par nature un investissement dans la durée. Le temps quantitatif du travail contredit ici le temps qualitatif du métier :

*« Pour l'instant j'ai un petit contrat quoi, c'est 2 heures par jour scolaire, et ça consiste à proposer pendant les pauses des enfants, à proposer des activités quoi, et puis aussi à parler, euh... déceler aussi... (...) Alors malheureusement, c'est difficile de s'investir... A raison de 2 heures on peut pas faire grand-chose avec eux, et moi ce que je voudrais c'est pouvoir m'investir vraiment sur un travail de longue haleine avec un groupe ».*

Cette exemple montre que le rapport à l'emploi n'est pas toujours sans effet sur le contenu et le sens du travail lui-même.

Pour comprendre comment le registre du travail et celui de l'emploi (avec, en arrière-plan, les enjeux du hors-travail liés à la stabilité ou à l'instabilité de l'emploi) s'articulent, je propose de diriger le regard sur les *perceptions de la précarité de l'emploi* chez les 30 personnes rencontrées. La quasi-totalité d'entre elles se trouvent (ou se sont trouvées) confrontées à l'instabilité de l'emploi<sup>2</sup> : quelles

---

<sup>1</sup> Il s'agit de Mme Alpe, Mme Anam, Mme Beban, Mme Blondel, Mme Chafi, Mme Delache, Mlle Roque et M. Sernin.

<sup>2</sup> Seules trois personnes présentent des parcours professionnels continus en intégration laborieuse ou assurée, et n'ont donc pas été confrontées à la précarité de l'emploi : M. Bois, Mme Kléber et Mme Jost (cette dernière a tout de même connu une certaine mobilité professionnelle en tout début de carrière, mais à une période où le marché du travail était infiniment plus favorable, surtout pour une infirmière diplômée). Encore pourrait-on considérer que M. Bois et Mme Kléber ont été indirectement confrontés à la précarisation du travail dans le sens où ils ont fait le choix de rester dans des emplois en CDI qui ne les satisfaisaient pas nécessairement, plutôt que de risquer d'être exposés au chômage.

logiques de choix d'emploi et de travail ont été mises en œuvre ? A quels types d'arbitrages entre satisfaction<sup>1</sup> dans le travail et statut de l'emploi ces situations d'incertitude ont-elles donné lieu ? Quelle valeur (positive ou négative) est attribuée à la précarité de l'emploi, et quels sens prend-elle à chaque étape des parcours dans l'espace de l'intégration professionnelle ?

Une observation fondamentale doit d'abord être faite, car elle constitue un point de départ qui oriente toute la suite de l'analyse : parmi les 30 personnes rencontrées, seuls **M. Thimas**, **Mme Mermoz** et **Mme Damo** ne déclarent pas une préférence *de principe* pour l'emploi stable (CDI). Tous les trois mettent en avant leur goût du changement, leur refus de la routine, et une certaine difficulté à accepter d'être sous l'autorité d'un supérieur ou d'un patron. Pour échapper à ces relations hiérarchiques, deux grands types de stratégies :

- « partir » dès que les relations deviennent conflictuelles ou que l'on s'estime « exploité », comme Mme Damo :

*« Je suis assez caractérielle, de toute façon, et je ne supporte pas d'être exploitée par quelqu'un. Enfin, je ne supporte plus. Je l'ai tellement été que ça y est, maintenant ça passe plus. Alors c'est vrai que quand ça pète, ça pète ! C'est vrai que je cherche souvent du travail parce que je garde pas mes emplois. C'est parce que j'ai... j'ai mes raisons... D'ailleurs, moi je m'accroche facilement avec quelqu'un. (...) Ça gueule, je dis ce que j'ai à dire, et puis bon, s'il est pas content il va se faire enculer et je cherche ailleurs, et puis c'est tout hein. Je veux dire, du travail, j'en trouverai toujours. Mais c'est sûr que... Peut-être que j'arriverai jamais à garder une place... »*

*« Souvent les gens me disent qu'ils préféreraient n'importe quoi de fixe plutôt que d'être dans l'incertitude, d'avoir à rechercher à chaque fois... - Ah non, non, moi... Ben ça marche, eh ben je prends un peu d'argent, et puis si ça marche pas eh ben tant pis, je vais ailleurs... Je... Je me prends pas la tête pour ça quoi »,*

- créer sa propre entreprise, comme Mme Mermoz ou M. Thimas (« j'ai le profil du travailleur indépendant ») ou choisir des emplois avec une forte marge d'initiative et d'autonomie personnelle, ce qui correspond aussi bien au poste de chef de projet qu'occupe Mme Mermoz (« il vaut mieux que j'aie un poste à responsabilité, et qu'on me laisse faire mon truc ») qu'aux activités exercées par M. Thimas (chauffeur-livreur).

Ces trois personnes sont les seules à parler de la précarité de l'emploi comme d'un choix délibéré, les seules dont on pourrait dire que, *toutes choses égales par ailleurs*, elles préfèrent ne pas avoir un emploi fixe. L'expression « toutes choses égales... » signifie qu'on s'éloigne de la configuration de l'*arbitrage*, où la précarité de l'emploi

---

<sup>1</sup> Je reviendrai ici à un usage extensif du terme « satisfaction » pour désigner un rapport globalement positif au travail (sur l'axe des satisfactions et/ou sur le plan de l'adéquation identitaire), recouvrant donc les types décrits plus hauts du bonheur, du contentement et de la satisfaction.

peut ponctuellement être préférée ou choisie au regard de critères divers que j'analyserai par la suite. Ici, c'est la précarité comme échappatoire à la routine ou comme prolongement d'une instabilité personnelle<sup>1</sup> qui est intrinsèquement investie d'une valeur positive. Chez Mme Damo, il semble s'agir d'une préférence personnelle, d'un simple goût du changement (qui toutefois, comme on l'a vu, s'appuie probablement en arrière-plan sur un refus ou un évitement des situations de domination dans le travail) :

*« J'ai jamais eu un emploi vraiment stable. Sauf là où je suis restée 3 ans, c'est le plus long que j'ai eu fait dans ma vie. – Et ça, ça vous posait problème ? – Non. De changer, là, comme ça ? Non. Ça ne me dérange pas non. Non. J'ai un besoin de changer ».*

Chez Mme Mermoz et M. Thimas, ce choix correspond plus profondément au refus d'un modèle, celui de l'intégration assurée, synonyme pour eux d'ennui et d'un mode de vie auquel ils n'adhèrent pas :

*« Je crois vraiment que chez moi c'est un choix quoi. J'ai énormément de mal à me dire que je vais rester scotchée au même endroit pendant 20 ans, avec les mêmes tronches, ça c'est... moi c'est... c'est pas concevable quoi. (...) Quand je vois les grosses boîtes genre France Télécom, je me dis qu'il y a une telle force d'inertie que... moi je pourrais pas quoi. J'ai l'impression de mourir quelque part quoi. Quand tu passes 8 heures par jour... pour certains à attendre que l'horloge tourne, et puis la fin du mois, moi je comprends pas ça quoi, ça me... » (Mme Mermoz)*

*« En fait en gros, moi j'aime bien démarrer les trucs, j'aime bien les mettre en place, et puis quand ça tourne, ça me fait chier, ça m'intéresse plus, donc je passe à autre chose. (...) Moi j'ai un grand problème, c'est que... Comment dire... Je n'ai aucun respect pour la hiérarchie. Alors c'est difficile d'être fonctionnaire, c'est difficile d'être dans une entreprise. (...). Je rentre pas dans le moule. Donc je savais très bien que... et puis à la limite ça m'intéresse pas quoi. Passer sa vie à payer les crédits, à partir en VVE... C'est pas mon truc quoi. Disons que je suis pas fait pour ce monde-là » (M. Thimas)*

Cependant, même pour ces trois personnes, la valorisation de la précarité est tout de même relative. En dernière analyse, Mme Damo reconnaît qu'elle souhaiterait, après la naissance de son enfant, trouver un CDI, « mais faudrait que vraiment l'emploi me plaise. Faudrait que je m'y sente bien dedans ». M. Thimas de son côté ne cache pas que « quand on bouge beaucoup y'a toujours un moment où on a envie de se poser, donc on a forcément

---

<sup>1</sup> On retrouve cet aspect, aujourd'hui révolu, dans le parcours de M. Sernin : « souvent les choix que j'ai faits, euh... c'est peut-être pas le mieux, mais enfin j'avais l'impression que c'était le mieux pour moi quoi, quand je partais travailler 3 mois dans un camping au Cap d'Agde, alors qu'en parallèle je pouvais arriver à avoir un contrat qui me rapportait deux fois plus sur Nîmes, je préférais me casser quoi. Et... J'ai raté, c'est clair, j'ai raté des opportunités quoi... De me trouver une place, de CDD qui pouvaient se transformer en CDI ou... Mais souvent c'était à des périodes où je pouvais pas rester à Nîmes quoi, parce que la ville était trop petite, parce que beaucoup de choses m'étaient arrivées.... (...) Là maintenant ça va mieux, parce que... J'ai encore envie de bouger, c'est pour ça que je le fais pendant les vacances, mais maintenant avec le CDI que j'ai, je vais m'accrocher quoi. (...) Je suis parti souvent à l'aventure, pour aller travailler je sais pas où, et en fait j'ai envie pendant un temps de me stabiliser, parce que... je fatigue aussi. J'ai envie d'être chez moi quoi, c'est un peu ça. J'ai envie d'être seul, avec un bon boulot, d'être tranquille quoi, voilà ».

*besoin de stabilité de temps en temps, même si c'est pour une petite période, ou si c'est pour la vie* ». Le souhait qu'il formule de « *se mettre au vert* » dans un avenir proche (ouvrir un hôtel-restaurant à la campagne) peut ainsi être interprété comme la volonté de trouver un peu de stabilité (son état de santé jouant ici un rôle essentiel). Enfin, Mme Mermoz utilise dans un premier temps le terme de « *galère* » (« *parce que je suis pas en CDI* ») pour désigner sa situation professionnelle actuelle, avant d'analyser finalement cette situation comme le résultat d'un choix. Un peu plus tard elle fait état de l'espoir qu'elle a eu récemment d'être embauchée en CDI à la suite d'un long CDD (« *je me suis dit quand même ce serait bien cool, être posée quelque part* »), mais elle ajoute aussitôt qu'elle ne regrette rien (« *et puis en fait... ça a pas fonctionné, et j'en suis pas mécontente, parce que franchement je me vois pas quoi* »). Mme Mermoz exprime toutefois un certain désir de stabilité, peut-être pas sur le plan professionnel, mais au moins géographique :

*« J'ai pas envie de déménager tous les 6 mois, ça va bien là, je l'ai assez fait, j'ai dû le faire... une dizaine de fois en 10 ans, pfff, ça va là, je suis un peu fatiguée, j'ai envie de me poser ».*

Ainsi, même lorsque la précarité – entendue comme mobilité – est valorisée comme un choix de vie, ce choix semble atteindre tôt ou tard ses limites.

En dehors de ces trois personnes, la précarité de l'emploi est toujours considérée non pas comme totalement négative, mais en tout cas comme moins satisfaisante a priori qu'une situation professionnelle stable<sup>1</sup>. La question qui se pose alors est la suivante : puisqu'il est acquis que la stabilité de l'emploi est recherchée, à quel prix accepte-t-on de la payer ? Jusqu'où choisit-on de privilégier l'emploi stable au détriment notamment de la satisfaction dans le travail, et inversement, jusqu'à quel point fait-on passer le rapport au travail avant le rapport à l'emploi ? C'est dans la réponse à ces questions et dans les décisions concrètement prises au fil du parcours professionnel que se déploient les *arbitrages* entre caractéristiques de l'emploi (et donc de la vie qu'il permet) d'un côté, caractéristiques du travail de l'autre.

Je distinguerai *quatre cas de figure typiques* (avec des variantes) repérables dans les situations d'arbitrage, c'est-à-dire celles où les personnes ont à s'orienter dans un système d'alternatives mettant en concurrence emploi stable et emploi précaire d'une part, travail perçu comme satisfaisant ou non satisfaisant d'autre part. Dans

---

<sup>1</sup> Je rappelle que dans le questionnaire, la quasi-totalité des personnes n'exerçant pas en CDI ont déclaré qu'elles souhaiteraient trouver un emploi de ce type.

ces processus d'arbitrage, le sens donné à la précarité est un élément central. Ce sens étant toujours construit, travaillé et réajusté dans l'expérience concrète, on peut voir coexister différentes logiques chez une même personne, à des moments différents de son parcours et parfois simultanément.

### *a) La précarité apprivoisée dans la cité par projets*

On a vu que dans le type d'emplois qu'occupe **Mme Mermoz**, la précarité (entendue comme mobilité et changement fréquent) est valorisée en tant que telle, et devient un élément constitutif de l'identité professionnelle (adaptabilité, capacité de passer d'un projet à un autre, etc.). En effet, dans la « cité par projets » décrite par L. Boltanski et E. Chiapello, « la vie est conçue comme une succession de projets, d'autant plus valables qu'ils sont plus différents les uns des autres. (...) Chacun sait, au moment où il s'engage dans un projet, que l'entreprise à laquelle il va contribuer est destinée à vivre un temps limité, que non seulement elle peut, mais qu'elle doit se terminer ». La cité par projets est animée par une « exigence de légèreté » qui suppose « le renoncement à la stabilité, à l'enracinement, à l'attachement au local, à la sécurité des liens frayés de longue date<sup>1</sup> ». La question de la stabilité de l'emploi n'a pas de pertinence dans l'univers professionnel auquel appartient Mme Mermoz – mais elle en a une, cependant, pour sa vie personnelle. Il y a donc un hiatus, très perceptible d'ailleurs dans ses propos, qui révèle une contradiction entre deux systèmes de valeurs : celui de la cité par projets d'une part, que Mme Mermoz s'est approprié<sup>2</sup>, celui de l'épanouissement personnel d'autre part, rendu parfois difficile par l'incertitude quant à sa situation professionnelle.

On retrouve des éléments similaires chez Mme Delache et surtout chez **Mme Blondel** :

*« Je crois que la précarité en soi c'est pas un problème... ça veut dire quoi, précaire ? Ça veut dire changer, au lieu de se trouver dans une situation linéaire, calme, plate... finalement quelquefois ça a un grand intérêt... Il faut se remettre en cause en permanence, il faut se dire qu'aujourd'hui on fait ça, demain on fera autre chose, aujourd'hui on est là, demain on pourra être ailleurs, c'est un mode de vie. Moi, personnellement, je ne trouve pas du tout gênant ».*

---

<sup>1</sup> BOLTANSKI L., E. CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit., pp. 166 et 183.

<sup>2</sup> « Le fait de... faire une mission là, faire un boulot là, de ci de là, j'ai... apprivoisé la précarité, bon, quand je suis au chômage pour moi c'est des vacances, donc j'en profite, j'en profite pour me former moi-même (...). Y'a des avantages. Je dois y trouver mon compte, sinon je... j'aurais fait passer dans la réalité autre chose ! Je dois y trouver mon compte, c'est pas possible autrement, ça me paraît clair ».

Mais Mme Blondel insiste en même temps sur la probable difficulté qu'elle aura dans l'avenir à maintenir ce rapport heureux à la précarité :

*« J'ai la chance de... d'avoir toujours travaillé finalement, hein. Quand ça s'arrêtera par contre, je sais que je vais me retrouver confrontée à de réelles difficultés, et c'est vrai qu'on peut dire... Si on se donnait rendez-vous dans 2 ans, euh... je pense que là ça sera totalement différent, parce que j'aurai plus de 50 ans, et que vraiment je pense que je retrouverai pas de travail quoi, c'est clair. Sauf à titre de conseil ».*

L'âge apparaît donc ici comme un facteur important dans la possibilité d'un rapport positif à la précarité<sup>1</sup>. On peut ajouter que la qualification en est un autre, car si Mme Blondel a eu la « chance » de toujours travailler (et Mme Delache également), c'est entre autres raisons parce qu'elle dispose de qualifications valorisées sur le marché de l'emploi actuel. De même, ce qu'après avoir obtenu plusieurs diplômes que Mme Mermoz a pu cesser d'exercer des emplois « purement alimentaires » (« quand on se sent... pris à la gorge, et qu'on est obligé d'accepter un peu n'importe quoi parce qu'on peut pas se permettre avec 2 enfants de faire la difficile ») :

*« Maintenant c'est fini ça, parce que je suis suffisamment formée, j'ai suffisamment d'expérience dans pas mal de secteurs pour qu'on me propose des missions qui correspondent à mes compétences et qui sont de toute manière intéressantes. (...) Mon pain noir je l'ai mangé ».*

### ***b) La précarité sélective dans la recherche du « bon » travail***

Dans le cas de figure précédent, la précarité est préférée *a priori* à l'emploi stable (avec, on l'a vu, certaines limites), car elle est symboliquement associée à la mobilité, à la nouveauté et même à la liberté, par opposition à l'immobilité, à l'ennui et à la contrainte. Dans la précarité « sélective », la non-durabilité des contrats n'est pas un choix de principe, car l'emploi stable reste la norme d'aspiration, mais une étape plus ou moins utile en attendant de trouver l'emploi « idéal » (que ce soit sur le plan identitaire ou simplement en termes de satisfaction).

Deux variantes peuvent être distinguées selon l'utilisation qui est faite de l'expérience de la précarité dans cette quête d'un idéal professionnel.

---

<sup>1</sup> Cet aspect est également souligné par Mme Mermoz : « Je pourrai pas faire ça tout le temps parce que c'est vrai que... à partir d'un certain âge, dans notre pays, à part pour les hommes politiques, vous êtes considéré comme foutu ». Il est aussi mentionné, mais a contrario, par Mme Delache (la plus jeune des trois) : « Le choix que j'ai fait aujourd'hui à 35 ans, je l'aurais peut-être pas fait à 45 ».

## « Trouver sa voie »

Dans cette variante la précarité relève avant tout d'une logique de *différent de l'emploi stable*<sup>1</sup>. Elle est un moyen de *temporiser* en acceptant (plutôt qu'en choisissant) une intégration professionnelle « faute de mieux », associée à une certaine sélectivité : on essaie de se rapprocher le plus possible du type de travail recherché.

Le cas de **Mme Beban** illustre particulièrement bien ce type de rapport à l'emploi précaire, avec les multiples incertitudes qui le caractérisent. Mme Beban a une représentation relativement précise du type de travail qu'elle souhaite effectuer : accueil et secrétariat. Au nom de ce souhait, et également au nom de son niveau de formation (Bac+2), elle sélectionne autant que possible les emplois successifs qu'elle exerce. Ainsi, à la suite d'une mission d'intérim en manutention (emballage de produits), qu'elle n'avait acceptée que par nécessité financière, elle refuse de prolonger le contrat :

*« Ils voulaient me renouveler, mais... Ils m'ont proposé oui, ils m'ont même proposé un contrat CDD mais moi j'ai pas voulu, je me suis dit : quand même j'ai fait des études, bon, il faut quand même que je voie ».*

Cette logique lui a même fait refuser un CDI, décision difficile quand on sait que Mme Beban souhaite aussi « stabiliser [sa] vie » :

*« Bon, je fais des choix, c'est peut-être pas toujours les meilleurs choix parce que c'est vrai que... Tout le monde me dit ça : on te propose un CDI, quand même, accepte-le ! On m'en a proposé puisque j'ai travaillé à la Maison de la Presse à Leclerc, on m'a proposé de m'embaucher, et j'ai pas voulu parce que bon... C'est pas trop mon style, je [ne] voulais plus aller dans la vente, et bon, des fois c'est vrai que je me pose des questions, je me dis : pourquoi tu acceptes pas, pourquoi tu restes comme tu es... Bon, c'est pas évident ».*

Dans ce type d'expérience, la précarité présente l'« avantage » (pensé plutôt comme un « moindre mal ») de permettre éventuellement de refuser certains types d'emplois :

*« Si je reste dans l'intérim, au moins essayer d'avoir quelque chose un peu... pas trop travailler la nuit par exemple, rester avec des horaires fixes. (...) Ce qu'il y a de bien dans l'intérim c'est que si vraiment ça vous plaît pas, on peut arrêter ».*

On peut aussi préserver une marge de manœuvre au cas où des opportunités se présenteraient :

*« Ou si jamais par exemple, par hasard on trouve un emploi ou quoi, on peut arrêter. Y'a toujours possibilité de changer. (...) C'est pas mal quoi, parce que si on a un CDD ou un CDI, bon ben on est un peu coincé ».*

---

<sup>1</sup> J'emprunte l'expression à L. ROULLEAU-BERGER, *Jeunesses et cultures de l'aléatoire*, op. cit.



Cette stratégie – qui relève au fond d'un *pari* pris sur la possibilité d'arriver à terme à ses fins – n'est pas toujours facile à tenir car elle suppose d'une part que l'on ait les moyens de maintenir certaines exigences quant aux emplois exercés, et d'autre part elle a un coût car elle suppose que l'on y sacrifie certains aspects de la vie personnelle.

L'un des moyens dont Mme Beban dispose pour soutenir ces choix est son niveau de formation :

*« J'ai quand même un CV qui sert de culture générale, ça m'a toujours aidée dans ce sens-là. (...) Ça m'a toujours servi. Même pour moi, je suis plus sûre de moi en ayant fait des études qu'en ayant juste un CAP ou quelque chose comme ça. Donc je regrette pas ».*

Mais Mme Beban souligne l'ambivalence d'une formation généraliste comme la sienne (DEUG de langues) qui, si elle a pu lui être utile lorsqu'elle travaillait comme vendeuse, ne suffit pas à lui ouvrir les portes du type d'emploi qu'elle recherche actuellement :

*« Dès qu'on veut aller dans l'accueil, ou dans le standard, ils [agences d'intérim] veulent pas parce qu'on n'a pas un diplôme précis de standardiste ou quelque chose comme ça ».*

Et si l'intérim présente des avantages, Mme Beban estime que *« c'est dommage qu'on puisse pas faire en même temps une petite formation, pour avoir des emplois un peu plus valorisants ».*

L'autre ressource sur laquelle s'appuie Mme Beban est le fait que son conjoint a un emploi en CDI. Dans le cas de ce couple, c'est une véritable gestion partagée des parcours professionnels qui est mise en place, *« une carrière pour deux »* en quelque sorte<sup>1</sup> :

*« Lui jusqu'à maintenant il était à mi-temps, donc moi il fallait quand même que je complète le salaire. (...) Là ils l'ont passé à trois-quarts temps, donc avec moi on essaie de compléter. On s'est toujours dit : celui qui a un boulot plein, l'autre il complète, enfin on s'arrange quoi. (...) Avant, c'était lui qui faisait l'intérim dans les trucs qui lui plaisaient pas, mais on faisait ça pour l'argent quoi, parce qu'on avait besoin de... de s'en sortir quoi. (...) Bon, il a réussi avant moi, bon tant mieux, je veux dire, il faut bien qu'il y en ait un des deux qui réussisse ! Maintenant c'est à moi ».*

Le « prix » que paie Mme Beban pour cette sélectivité des emplois et pour son refus de se résigner à une intégration laborieuse se traduit d'abord par la frustration et la souffrance associées aux difficultés d'une existence marquée par les incertitudes :

*« Si j'étais fixe aussi, je serais pas en train de galérer des fois, d'avoir un emploi oui, un emploi non, ou alors un mi-temps, ou rien du tout, ou faire du trajet comme j'ai fait tout le temps quoi... ».*

---

<sup>1</sup> NICOLE-DRANCOURT C., « Stratégies professionnelles et organisation des familles », *Revue française de sociologie*, vol. XXX, 1989, pp. 57-80.

La contrepartie se situe également du côté de sa vie personnelle et familiale :

*« Même mon ami il me le dit, il me dit : si t'avais un contrat fixe, on pourrait faire des choses... C'est vrai que je l'avoue, des fois les choix sont pas évidents. Donc je suis un petit peu... dans la balance quoi. (...) On n'a pas de revenu fixe, on peut pas faire de crédit, on peut pas envisager des projets... (...) Déjà on a fait le sacrifice de pas avoir d'enfant. On n'a pas le choix, parce que bon, déjà on galère à deux, alors on peut pas galérer à trois... Moi j'aimerais bien en avoir un parce que j'ai quand même 33 ans... Là, c'est... Bon, c'est vrai que, à force, c'est pas évident ».*

On voit ici que le désir d'enfant, l'avancée en âge et le souhait d'une stabilisation de la vie personnelle peuvent, à terme, faire basculer le sens de la précarité sur un versant entièrement négatif où l'on n'aura plus le « choix de faire des choix » :

*« Il va bien falloir faire un choix, au bout d'un moment il va bien falloir faire un choix. Parce que je pense que quand mon ami va être à plein temps, il va pas vouloir que je... Enfin, il va vouloir que je fasse un choix. Pour l'instant il me dit : bon, garde un pied à France Télécom, bon, du moment que je travaille, bon. Mais après, bon... Peut-être il va falloir d'ici septembre, ou peut-être un an, il va falloir que je fasse un choix. Disons que je vais pas avoir le choix, ça c'est... Donc je sais pas ».*

« Trouver un CDI... mais pas dans n'importe quoi », voilà donc l'enjeu auquel Mme Beban est confrontée. Elle se donne encore un peu de temps pour réussir ce pari, et résume finalement ainsi la ligne de conduite qu'elle adopte pour l'instant :

*« Je me dis que je resterai dans la précarité tant que j'aurai pas trouvé ma voie ».*

La précarité apparaît donc bien ici comme le lieu d'un compromis temporaire dans la quête d'un rapport heureux au travail.

La préférence donnée à la satisfaction dans le travail au détriment de la stabilité de l'emploi est un type d'arbitrage que l'on trouve également chez Mme Lavaur, qui raconte un cas de refus d'un CDI :

*« On m'a proposé de m'embaucher, parce qu'ils étaient contents de moi, et c'est moi qui ai pas voulu parce que je trouvais que travailler de nuit, travailler à 50 km, euh... Avoir un statut d'aide-soignante en faisant fonction d'infirmière, avec des salaires... pas terribles, des conditions de travail très très... très difficiles, ça m'a fait décider... ».*

On note à nouveau ici que la présence d'un diplôme augmente la marge de liberté dans le choix des emplois. Mais il n'est pas indispensable de se percevoir comme facilement « employable » pour refuser un emploi stable : ce choix a été celui de Mme Anam à l'issue des 5 années passées à s'occuper à domicile d'une personne âgée :

*« Malheureusement elle est rentrée à l'hôpital, et ils ont voulu me garder en tant que femme de ménage, je n'ai pas voulu, voilà, je n'ai pas voulu. Je n'ai pas voulu m'occuper d'elle, de son mari et de ses enfants et de sa maison, j'ai dit ça, pas question, parce que j'ai vu comment elle m'a exploitée au temps que sa maman était avec moi ».*

Un raisonnement comparable est repérable, à certains moments de leur parcours, chez Mme Artur, Mlle Portet et M. Terray. Mais ce dernier met surtout en scène un

autre type d'utilisation de la précarité de l'emploi, plus stratégique, consistant à en faire un moyen d'acquisition et de diversification de l'expérience professionnelle.

### Construire son employabilité

Le parcours de **M. Terray** se caractérise par le passage progressif d'une première période de « petits boulots » alimentaires à une phase de meilleure adéquation entre la qualification et les emplois exercés, jusqu'à une carrière d'« intérimaire professionnel » où la précarité est de plus en plus maîtrisée et de moins en moins subie – jusqu'à la bifurcation finale de l'entrée en école de police qui donne rétrospectivement un autre sens à l'ensemble du parcours.

Un élément central qui a selon M. Terray orienté en grande partie son histoire professionnelle réside dans le fait qu'après l'obtention de son BTS en électrotechnique, il a effectué 2 ans de service militaire. Lorsque par la suite il a commencé à rechercher un emploi « dans sa branche » et en CDI, il s'est heurté au refus des entreprises :

*« Ça a eu du bon et du mauvais cette rupture, parce que quand même j'ai loupé 2 ans, et j'étais un jeune diplômé, alors c'est intéressant, y'a des entreprises c'est intéressant pour eux, mais après finalement avec la coupure, j'ai perdu 2 ans et demi, et donc finalement euh... j'avais pas d'expérience<sup>1</sup> ».*

Il se tourne alors vers le travail intérimaire, qui lui permet dans un premier temps de trouver des emplois qu'il qualifie de « sous-évalués » au regard de son diplôme : manutention, bâtiment... : « j'ai fait vraiment **un peu de tout** quoi, et ça ça m'a dispersé un peu », « j'étais **pas difficile** parce que j'ai vraiment pris de la manutention donc, quand même<sup>2</sup>... ».

M. Terray reste ensuite pendant un an et demi en CDI dans un emploi de manutentionnaire : « je m'étais dit quand même qu'il était temps que j'aie un boulot, parce que j'avais quand même 27 ans hein... Pas de CDI... ». Mais à la suite d'un conflit avec son supérieur (« harcèlement moral »), il change « d'optique » sur ce travail (« j'ai commencé à me dire que c'était un boulot pénible, et pas dans ma branche »), et décide de démissionner. Cette rupture, bien que douloureuse sur le moment, sera finalement positive en lui

---

<sup>1</sup> Si l'interruption de 2 ans l'a défavorisé, M. Terray souligne également que même indépendamment de cela, il aurait eu du mal à être embauché en CDI dans un bureau d'études, contrairement à ce qu'on lui avait laissé entendre au cours de sa formation : « ça c'est ce qu'on vous a dit aussi à l'école, mais je vois que à côté, c'est différent quoi. Y'a un espèce de décalage quoi, il serait temps que l'Éducation nationale se mette un peu à la page ».

<sup>2</sup> M. Terray évoque d'ailleurs le décalage qu'il a ressenti avec la plupart de ses collègues intérimaires non qualifiés : « moi dans ces boulots je dis pas que j'ai le BTS, je dis que j'ai que le bac quoi, parce que sinon je sais les réflexions : qu'est-ce que tu fous là, pourquoi tu vas pas ailleurs... Alors je dis que j'ai le bac, et déjà le bac, ils sont étonnés quoi ».

donnant l'occasion de « *repartir enfin dans ma branche* », puisque par la suite il trouve des missions d'intérim en électrotechnique, puis en électromécanique et plus récemment en électronique. Au fur et à mesure de ces différentes missions, M. Terray gagne en expérience, prend confiance en lui, apprend à maîtriser le fonctionnement des agences d'intérim et à se faire connaître et reconnaître par elles (« *ils me connaissent maintenant, parce que j'ai bossé avec tout le monde là, c'est ça l'avantage* »). L'expérience peu à peu acquise, et l'assise antérieure du BTS qui reprend toute sa valeur dès lors qu'il n'est plus débutant, permettent à M. Terray de se montrer de plus en plus sélectif quant aux choix de ses missions<sup>1</sup>, qui s'effectue selon deux ensembles de critères : le contenu du travail d'une part, la rémunérations et les aspects pratiques de l'autre. On a vu que M. Terray examine les moindres détails pour accepter ou non une mission : les horaires de travail, le tarif horaire de la rémunération, la distance par rapport à son domicile... Le rapport de pouvoir s'inverse peu à peu avec les employeurs potentiels :

« *J'avais fini 2 mois, par intérim, et au bout de 2 mois ils m'ont dit : on peut vous renouveler, et j'ai dit non, je veux changer. – Mais... ça vous plaisait pas ou... ? – C'est-à-dire j'avais envie de faire autre chose quoi. J'avais goûté à 2 mois, ouais, c'était bien, donc j'ai pesé le pour et le contre, et j'ai dit je vais repartir dans une autre boîte, dans ce boulot, toujours dans la maintenance. – Et vous avez trouvé après ? – Ah ouais, ouais ouais, en intérim, c'est bon... Alors là en plus je me vantais : ouais, j'ai un peu d'expérience (rire). Parce qu'il faut quand même un peu se vendre quoi... (...) Après je suis reparti dans l'électromécanique. Là pareil j'ai fait un mois, ils voulaient que je reste, mais j'ai dit moi j'aimerais être embauché. Là j'ai commencé à avoir des prétentions, parce que je faisais quand même 40 km, matin et soir, (...) alors j'ai dit : embauchez moi. Ils voulaient pas, alors je suis parti. L'avantage de l'intérim c'est qu'on peut choisir, on peut être exigeant quoi* ».

Il faut tout de même souligner que cette appropriation positive de la précarité de l'emploi n'est pas sans impliquer un « coût » subjectif :

« *Là je vais quitter une entreprise, il va falloir que je me refasse à une autre entreprise... Quand vous changez d'entreprise, à chaque fois c'est une remise en question... Vous arrivez dans l'entreprise déjà vous avez à vous adapter au travail... Faut se motiver hein... On m'abandonne vendredi, il faut que je recherche quelque chose. Alors y'a une adaptation qui se fait, pratiquement au quotidien, je peux vous dire que des fois c'est pas facile<sup>2</sup>* ».

---

<sup>1</sup> M. Terray souligne cependant qu'il se trouve « *souple* » par rapport à certains intérimaires qui ne « *veulent pas de travail posté, par exemple* », qui « *n'ont pas de véhicule ou qui veulent pas aller trop loin* », qui « *veulent pas travailler le week-end* », « *veulent pas être manut' ou manœuvre* », « *veulent pas travailler sur les quais ou dans un entrepôt parce qu'il fait trop froid...* ».

<sup>2</sup> On trouve des propos similaires chez Mme Delache, qui met en avant le « *coût cognitif* » de l'apprentissage dans un nouvel emploi : « *intellectuellement, y'a eu quand même un gros effort de formation, là on a fait un gros effort de formation quand même pendant 1 mois, 1 mois et demi, bon, on continue d'apprendre, mais je suis pas sûre que j'aurais tous les 6 mois la capacité d'apprendre... (...) Je suis pas sûre que je réinvestirais le même niveau d'investissement personnel pour - enfin que j'aurais la capacité je dirais*

Alors qu'il est de plus en plus proche d'une forme d'intégration « assurée » dans l'intérim, et que la précarité recouvre en réalité pour lui une prévisibilité positive, M. Terray est admis au concours d'entrée à l'école de police. J'ai décrit précédemment comment cette réorientation apparaît comme une vocation à la fois professionnelle et personnelle. On peut rappeler également que la stabilité de l'emploi est l'un des avantages que voit M. Terray dans cette perspective de carrière. Enfin, M. Terray ne l'exprime pas comme un élément explicatif, mais il mentionne par ailleurs le projet d'avoir très prochainement un enfant avec son amie. On peut supposer l'existence d'un lien entre les deux événements, sans qu'il soit possible de savoir si ce projet d'enfant a influencé le choix d'une stabilité professionnelle, ou si, à l'inverse, la perspective de cette stabilité va permettre de concrétiser ce projet plus rapidement.

Ainsi dans ce parcours la précarité, dans cette forme spécifique de l'intérim qualifié, est plus qu'un passage « en attendant mieux » (ce qu'elle est néanmoins finalement au regard de la réorientation finale) : elle est également mise à profit pour construire et perfectionner une employabilité dont on peut supposer qu'elle aurait en définitive débouché sur une intégration assurée dans le domaine de l'électrotechnique. On peut dire ici que l'arbitrage entre travail et emploi, constamment réévalué, se solde par une satisfaction dans les deux registres.

Ces exemples de « précarité sélective » montrent que, même lorsque le CDI est un modèle d'aspiration, la stabilité de l'emploi (et même la stabilité relative du CDD par rapport à l'intérim) n'a pas nécessairement une valeur positive : au contraire, elle peut même fonctionner comme un piège qui finalement éloigne du travail « idéal » au lieu d'en rapprocher.

Une autre façon de mettre à profit la précarité professionnelle est de l'utiliser en quelque sorte « en creux », c'est-à-dire en utilisant le temps « libre » entre deux emplois pour améliorer son employabilité. Ainsi chez **Mme Mermoz** :

*« Quand je suis au chômage pour moi c'est des vacances, donc j'en profite, j'en profite pour me former moi-même... (...) Généralement quand je suis au chômage je bosse largement plus que quand je suis en poste ».*

---

*intellectuelle d'apprendre demain dans un domaine complètement différent de ce que je connais aujourd'hui quoi... ».*

On retrouve des éléments similaires dans les parcours de **M. Blagnac** et **Mlle Portet**, pour qui la précarité de l'emploi apparaît plus difficile à réinvestir comme potentiellement positive, mais qui mettent tout de même en œuvre des stratégies d'orientation professionnelle destinées à augmenter leurs chances sur le marché de l'emploi, au gré des possibilités de stages et de formations offertes par l'ANPE notamment.

Dans tous les cas, cette expérience de la précarité sélective ou constructive est tournée vers l'avenir et ne prend sens qu'en référence à un projet professionnel (même peu précis et limité à la recherche d'une satisfaction « suffisante »). Ce n'est pas le cas dans la configuration suivante, où l'arbitrage entre satisfaction dans le travail et stabilité de l'emploi est géré au coup par coup, dans une optique essentiellement défensive.

### *c) La précarité défensive comme échappatoire à l'intégration laborieuse*

Dans certaines conditions, la précarité de l'emploi semble jouer un rôle de mise à distance de conditions de travail pénibles et disqualifiantes : la mobilité professionnelle fonctionne alors comme échappatoire à une trop grande pénibilité du travail. La logique mise en œuvre ici peut être formulée de la façon suivante : puisqu'on ne peut prétendre qu'à des emplois pénibles et disqualifiés, alors il vaut mieux que les contrats ne soient pas durables (« tant qu'à avoir des emplois pénibles, autant qu'ils soient précaires (pour pouvoir en changer) », ou symétriquement : « tant qu'à avoir des emplois précaires, autant qu'ils ne soient pas trop pénibles »). La précarité n'est pas ici transformée en un atout potentiellement positif dans la construction de l'intégration professionnelle, elle n'est pas utilisée pour « trouver mieux », mais seulement pour que la situation présente soit « la moins mauvaise possible ».

C'est surtout chez **Mme Damo** que ce type d'expérience de la précarité est observé. Nous avons vu précédemment que son parcours illustre une forme de nomadisme professionnel : elle n'a connu que des emplois précaires ou qu'elle a quittés volontairement (à l'exception des 3 dernières années où elle est restée dans un CDI de cuisinière, qui s'est achevé avec la faillite de l'établissement et un conflit avec

son patron). Les raisons qu'elle met en avant pour justifier de ne pas « garder ses places » relèvent à première vue d'une instabilité personnelle (« moi quand ça va pas, je laisse tomber les choses facilement »), mais font également apparaître des conditions de travail très difficiles (et dont Mme Damo souligne l'illégalité), dans des emplois peu valorisants, parfois aux marges du salariat :

*« J'ai toujours fait la restauration, j'ai toujours fait la vente, j'ai toujours fait la cuisine... (...) J'ai trouvé un emploi où j'avais qu'un jour de repos par semaine en étant à temps partiel, j'ai craqué, parce que je connais très bien la loi et je sais que la loi c'est au minimum un jour et demi par semaine de repos, temps partiel ou pas, c'est pareil, c'est obligatoire ».*

Lorsqu'elle évoque les emplois qu'elle a exercés, Mme Damo décrit l'usure physique et la fatigue liées aux horaires de nuit, au travail intensif, aux tâches pénibles, et dit avoir désormais du mal à envisager (après la naissance de son enfant) de reprendre ce type de travail (« maintenant je me sens plus d'aller faire la restauration le soir »).

Finalement Mme Damo recherche moins un emploi stable qu'un emploi « réglo », c'est-à-dire où elle ne soit pas « exploitée<sup>1</sup> » :

*« A force d'encaisser, d'accepter de travailler... comme ça, un jour ou l'autre, on n'en peut plus, et on a envie vraiment d'avoir une place où le patron il est réglo, où l'employé est réglo avec le patron, et puis vice versa, pas toujours que ce soit l'employé qui se fasse entuber par le patron<sup>2</sup> ».*

Dans ce contexte où les emplois accessibles sont pénibles, les périodes de chômage ou de RMI entre deux contrats font office de temps de récupération. Et même si le revenu est faible, on peut s'en arranger et cela ne justifie pas de travailler à n'importe quel prix :

*« Je me suis retrouvée rmiste avec 2000 balles par mois pour vivre, bon ben j'ai vécu. C'est vrai que j'ai eu des moments de galère, je vivais quand même, je suis quand même meublée, j'ai pas à me plaindre, y'en a qui sont pire, alors je veux dire... Faut savoir vivre aussi avec le peu qu'on a. (...) Une offre que j'ai trouvée, que je n'ai pas acceptée, comme cuisinière, parce que c'était des horaires vraiment lamentables, aller travailler le midi, revenir, repartir, pfff... Bon là j'ai carrément refusé, même pour 7000 balles par mois, j'ai dit non, c'était vraiment... J'avais plus de vie quoi ».*

Lorsque Mme Damo évoque ses projets professionnels futurs, on retrouve une forme d'alternative entre emploi et revenus sociaux :

*« Je vis quand même seule, je n'ai pas envie de galérer à trouver un temps partiel, le bébé, donner la moitié à l'État parce que je sais ce que c'est quand on vit seule et qu'on gagne un*

---

<sup>1</sup> En 1976, M. Pialoux identifiait un processus de ce type chez les jeunes intérimaires : « le changement incessant d'emploi pourrait être interprété, en bien des cas, comme une forme de résistance à la surexploitation », in « Jeunesse sans avenir et travail intérimaire », *op. cit.*, p. 37.

<sup>2</sup> Une remarque de C. Baudelot et M. Gollac s'applique bien au cas de Mme Damo : « lorsque les problèmes matériels font obstacle à la possibilité de trouver de l'agrément au travail, c'est qu'ils sont moins vécus dans leur matérialité que comme l'expression d'une relation de pouvoir » (p. 169).

*SMIC, c'est pas la peine, on donne tout à l'État, alors bon, **autant que.. je reste à la maison à l'élever tranquille.** (...) Après je me rechercherai un petit temps partiel ».*

Mais cet emploi à temps partiel ne serait acceptable sous une forme stable qu'à condition qu'il soit satisfaisant : « *faudrait que vraiment l'emploi me plaise. Faudrait que je m'y sente bien dedans* ». Un élément qui pourrait « motiver » Mme Damo pour suivre une formation serait « *d'apprendre à taper sur les ordinateurs* » – on retrouve ici l'aura de l'informatique qui apparaît comme garante d'un emploi peut-être pas idéal, mais qui n'est en tout cas ni du ménage, ni de la plonge, ni du nettoyage industriel... Mais pour l'instant, la précarité professionnelle a une fonction « protectrice » face à des conditions de travail pénibles : quitte à n'avoir accès qu'à des emplois pénibles, alors il vaut mieux qu'ils ne soient pas durables, ou pas à temps plein, ce qui laisse au moins la possibilité d'« *avoir une vie à côté* ». Certes le risque de chômage est réel, mais « *du travail on a du mal à en trouver, de toute façon* ». Et l'on peut s'accommoder d'une relative pauvreté financière. Ainsi, préférer la précarité comme un moindre mal par rapport à l'intégration laborieuse ou aux pénibilités de la condition ouvrière semble être l'un des rares choix qui s'offre aux salariés non qualifiés.

Le parcours de **M. Thimas** présente des caractéristiques proches de celui de Mme Damo, notamment dans le nomadisme professionnel qui résulte d'une préférence pour une mobilité assumée plutôt qu'une stabilité routinière et laborieuse (« *moi la routine m'a jamais plu, donc déjà, j'aime pas la routine, le changement ça me va* »), et dans la dénonciation de formes d'exploitation :

*« Vous savez... quand on a un peu de bouteille et quand on réfléchit un peu et quand on voit comment ça se passe autour de soi, **quand vous êtes payé 6000 balles pour un boulot et qu'on vous a promis 7000, c'est pas la peine d'aller plus loin**, parce que les 1000 balles vous les aurez pas. Alors moi dans ces cas-là je disais rien à personne, je prenais mes 6000 balles, mais le lendemain matin au boulot, Thierry, il y était pas. C'est tout ».*

Mais si M. Thimas a adopté ce type de stratégie pendant une bonne partie de sa vie professionnelle, son âge et surtout son état de santé ne lui permettent plus d'assumer de tels choix. Il est difficile de savoir si M. Thimas souhaiterait actuellement se stabiliser dans un CDI. Concernant son emploi actuel, il dit qu'il n'acceptera le renouvellement du contrat que s'il est augmenté : « *et puis si il veut pas m'augmenter, ben là j'arrêterai, parce que je suis assez intransigeant moi là-dessus* ». Dans cette hypothèse, M. Thimas envisage de

*« **recréer une entreprise**, parce que... Purement par raisonnement intellectuel : étant donné que j'ai pas d'amis, pas de famille, pas d'endroit où poser mon cul quand je serai vieux, ben je vais **essayer de monter un petit truc à la campagne où je puisse habiter** ».*



M. Thimas appartient à une génération pour qui il a été possible de cultiver une grande mobilité professionnelle, parfois aux marges ou en dehors du salariat. Ce type de rapport à l'emploi se heurte au durcissement du marché de l'emploi et du monde du travail, et l'état de santé de M. Thimas contribue à rendre son avenir professionnel problématique.

#### *d) L'emploi avant tout*

Alors que dans les cas de figure précédents la stabilité de l'emploi, même lorsqu'elle est fortement désirée, est subordonnée à d'autres critères (internes au travail ou extraprofessionnels), dans ce dernier type on peut considérer que l'emploi passe avant tout. En témoignent les nombreuses verbalisations autour de l'idée d'absence de choix dans le contenu du travail : ici on ne peut pas « se permettre » de « faire le (la) difficile », de « cracher dans la soupe », de « faire la bégueule »... Il *faut* travailler. L'emploi (stable ou même précaire, par opposition au chômage) est une nécessité, qui se décline dans quatre registres : celui des moyens matériels d'existence, celui de l'organisation de la vie à moyen et long terme, celui de l'épanouissement en dehors du foyer, et celui de l'identité sociale. On retrouve ici quatre fonctions élémentaires du travail – autant dire qu'une majorité de personnes, à un moment ou à un autre de leur parcours et à des degrés divers, se situent dans cette configuration où l'emploi est une priorité absolue. Il ne s'agit au fond pas d'autre chose que de la place que l'activité professionnelle occupe dans le modèle de la société salariale, où l'emploi est le socle premier de la participation à l'ensemble des sphères de la vie sociale (selon l'expression d'Y. Barel, il est le « grand intégrateur<sup>1</sup> »).

Selon que l'un ou l'autre de ces quatre aspects essentiels est mis en avant, la précarité change de sens, mais elle est toujours subie et sa valeur est toujours négative : en tant que discontinuité de revenu, elle est pauvreté et vulnérabilité sur le plan matériel ; en tant que non-durabilité des contrats, elle est incertitude et imprévisibilité sur le plan des temporalités ; en tant que chômage récurrent, elle est

---

<sup>1</sup> « Il y a l'intégration familiale. Il y a l'intégration scolaire, l'intégration professionnelle, l'intégration sociale, politique, culturelle, etc. », mais le travail est transversal à toutes ces sphères, il est un « principe, un paradigme, quelque chose enfin qui se retrouve dans les diverses intégrations concernées et qui donc rend possible l'intégration des intégrations », in « Le grand intégrateur », *Connexions*, n° 56, 1990, cité par R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, *op. cit.*, p. 413. Cf. également : BILLIARD I., « Le "grand intégrateur" selon Yves Barel. Crise du travail, crise du sens et crise du lien social », in APPAY B., THEBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, *op. cit.*, pp. 183-193.

inactivité et vide existentiel sur le plan du bien-être personnel ; et en tant que disqualification professionnelle, elle est dévalorisante sur le plan du statut social. Ces différents aspects sont bien sûr souvent combinés.

On a vu que le revenu et la « visibilité » temporelle que procure l'emploi fixe sont deux conditions jugées indispensables pour s'installer dans une perspective de vie stable autorisant à se projeter dans l'avenir ou, pour les plus jeunes, à prendre leur indépendance vis-à-vis des parents. Lorsque ces buts sont considérés comme prioritaires, la nature de l'activité importe relativement peu. C'est donc au-delà du travail lui-même qu'il faut regarder pour comprendre les arbitrages opérés à son égard (Mme Beban : « *tout ce qu'on fait c'est pour le travail, c'est pour être mieux après* »).

Chez Mlle Roque par exemple, il est clair que l'essentiel est de pouvoir quitter le domicile parental :

« *[Si j'avais un emploi stable] déjà je m'installerais, je serais plus ici, ça c'est sûr ! Oui c'est sûr. (...) Moi je veux partir, être tranquille, mettre des sous de côté, et partir, tranquille. (...) Je préfère avoir mon boulot, et puis avoir mes revenus, et puis rien demander à personne, je veux être indépendante hein... Je veux rien devoir à personne, ça c'est sûr* ».

L'arbitrage entre travail et emploi penche donc nettement du côté de ce dernier :

« *Si on vous donnait le choix vous préféreriez un emploi stable, même si c'est pas vraiment ce que vous voulez faire, plutôt que... d'avoir comme ça des CDD... ? – Ah oui je préfère, oui. Pour ma tranquillité, oui. Ah oui, parce que, pfff, c'est pas évident, on peut pas trop construire un avenir, si on n'est pas stable... dans son métier, c'est pas évident hein. On se dit on va travailler 3 mois, après on va être au chômage, il va falloir rechercher, pfff... C'est pas évident. Après pour faire des crédits et tout ça, on peut pas hein, c'est pas possible... (...) Moi où je suis maintenant c'est pour trouver un emploi stable, c'est sûr. Je veux pas aller vadrouiller à droite à gauche* ».

On peut remarquer chez Mlle Roque que l'amertume éprouvée face aux difficultés d'intégration professionnelle est alimentée par les désillusions face aux promesses du système scolaire :

« *Quand on est à l'école ils nous font des promesses, vous allez faire ça, ça, vous allez devenir ça, ça... Et puis après on sort de l'école on voit que voilà, on n'arrive pas à trouver du travail. (...) – Vous avez l'impression d'avoir été un peu... trahie ? – Ah oui ça c'est sûr. C'est sûr, quand on les entend parler, les professeurs, ils promettent la lune hein, pratiquement... Mais après... Moi c'était, quand je passais mon Bac : vous allez finir chef de rayon, vous allez gagner 12 000 francs par mois, nananana... Et oui, eh bé, c'est très bien. Quand je vois ma copine qui fait des ménages, depuis qu'elle a passé son Bac...* ».

C'est sans doute lorsque, comme ici, l'emploi est conçu comme une nécessité pour construire une vie personnelle satisfaisante que la souffrance liée à l'incertitude professionnelle s'exprime le plus fortement, comme chez **Mme Faya** :

*« J'ai des **crain**tes oui, celle de **me retrouver sans rien**, ça c'est toujours une crainte pour moi, donc c'est pour ça que c'est **important de pouvoir aller travailler**, lorsqu'on a un enfant de toute façon on a toujours peur qu'il manque de tout, donc... Déjà, ne serait-ce que de manger »*,

ou chez **Mme Enzo** :

*« C'est une situation que je trouve **déstabilisante**, euh... de pas savoir son avenir à plus loin d'un mois devant soi quoi, enfin **son avenir professionnel en tout cas, et puis aussi familial** parce que... (...) Ne pas pouvoir se projeter, ne pas pouvoir faire de projets, ne pas pouvoir... ne pas savoir quoi, l'incertitude du lendemain, enfin du... Et puis c'est... C'est **source d'instabilité**, enfin, oui, d'instabilité »*.

La souffrance est redoublée lorsque l'emploi occupé s'avère pénible, dévalorisant et peu reconnu, ce qui est le cas de Mme Faya. Pressée par la nécessité (d'autant plus que son conjoint est actuellement au chômage), elle a multiplié les recherches d'emploi, et c'est pour échapper à la disqualification qu'elle vit actuellement qu'elle a le projet de reprendre des études et d'obtenir un BTS qui, espère-t-elle, lui ouvrira les portes d'un emploi stable et « soutenable ».

Mme Enzo de son côté, face aux difficultés qu'elle a rencontrées pour trouver son premier CDD, évoque elle aussi la possibilité d'une réorientation professionnelle (et cela malgré le fait qu'elle s'identifie positivement au métier d'assistante sociale) :

*« Est-ce que vous pensez un jour, peut-être, refaire une formation... ? - Ben... Oui, c'est pas du tout exclu pour moi, parce que je suis... parce que je galère quoi, parce que **je galère pour trouver quelque chose** quoi, et que **j'aimerais trouver un CDI pour pouvoir faire des projets** quoi, d'ordre... On aimerait bien **acheter une maison** quoi, en gros. Et ça ça serait notre projet mais à l'heure actuelle, on peut pas. Je suis en CDD, et puis bon... **Donc, une formation, je l'exclus pas** »*

Pour **Mlle Arène**, la question de l'arbitrage entre satisfaction dans le travail et stabilité de l'emploi s'est posée très directement, et on se souvient qu'elle a privilégié la seconde, afin d'en finir avec les incertitudes et l'angoisse du lendemain. Ce choix est intervenu après 2 ans d'une vaine recherche d'emploi dans le secteur socioculturel (avec « *beaucoup d'espairs, beaucoup de désillusions* »), et de « *petits boulots* ». Le fait que Mlle Arène ait accepté le CDI de manutentionnaire que lui proposait La Poste se comprend d'abord au regard de la nécessité financière dans laquelle elle se trouvait : Mlle Arène et son conjoint M. Arène ont notamment dû aller « *quémander* » des colis alimentaires au Secours Populaire, et vendre des objets personnels au marché (« *dans le coin qui est pour les précaires, comme on dit justement* »). Mais l'humiliation liée à sa condition de « précaire », Mlle Arène l'a également

vécue dans sa recherche d'emploi (elle dit s'être « fait rire au nez » par les associations qu'elle sollicitait) et dans les différents emplois qu'elle a occupés :

« De l'animation en grandes surfaces tu vois, au rayon fruits et légumes, à essayer de demander aux gens de m'acheter mes dattes et mes loukoums... »

« [à propos d'une mission de téléprospection en intérim] Au bout de 15 jours en fait je me suis fait... Enfin ils ont arrêté. (...) Ils proposaient des CDI, mais si t'étais rentable ».

Lorsque je lui pose la question, Mlle Arène déclare qu'elle aurait accepté un CDI « dans le sens où je pouvais pas cracher dans la soupe », bien que cet emploi ne lui ait pas plu du tout. Elle se dit donc très « soulagée » d'avoir trouvé son CDI actuel :

« Mon seul but c'était que j'arriverais à trouver un travail plus fixe, qu'il me fallait un travail stable, avec des rentrées d'argent, sinon je m'en sortais pas. (...) Ça m'a vraiment soulagée d'avoir ça ».

Bien que cet emploi la place dans un rapport malheureux au travail et crée un décalage avec son entourage amical<sup>1</sup>, il est pour elle le moyen de reprendre pied dans sa vie personnelle et d'envisager à nouveau de se consacrer à des activités personnelles et de faire des projets.

Une logique de même nature a amené Mme Fonviel à conserver son emploi d'aide à domicile :

« Je pourrais faire n'importe quoi pour ne pas être en situation de... par exemple ne pas avoir de toit ou un truc comme ça, ça j'en ai très peur ».

Ici aussi, la stabilité de l'emploi passe donc avant la satisfaction :

« Y'a une certaine stabilité. (...) C'est rassurant. Même si parfois c'est déplaisant, c'est rassurant ».

Pour M. Blagnac également, il s'agit avant tout de trouver un CDI<sup>2</sup>, qui lui permette notamment de s'installer dans un appartement<sup>3</sup>. La souffrance engendrée par la situation de précarité (qu'il définit de façon lapidaire comme : « pas de futur ») est par ailleurs alimentée par des rapports perçus comme dévalorisants avec les organismes d'aide à l'emploi (ANPE entre autres), qui ne lui proposent que des stages qu'il estime inutiles et inadaptés (en informatique notamment) ou des contrats précaires, comme le CES qu'il s'appête à commencer :

---

<sup>1</sup> « Je me fais beaucoup chamberer parce que je travaille, parce que je suis en CDI... (...) Eux ils ont peur du CDI quoi, le contrat à durée indéterminée c'est... Ça serait plus : je travaille en CDD 6 mois maximum et ensuite je touche le chômage et je peux partir à l'étranger ou... (...) Vis-à-vis des autres je suis pas... Je me sens un peu décalée, oui, c'est sûr. Le soir je pique du nez alors qu'eux ils sont en pleine euphorie... ».

<sup>2</sup> L'importance première qu'il accorde à la stabilité de l'emploi apparaît en creux dans le jugement qu'il porte sur la décision récente de sa sœur, salariée dans un salon de coiffure, de démissionner pour monter sa propre entreprise : « elle en avait marre de là où elle était, elle voulait du changement, une bien meilleure paie, etc. etc. Libre à elle... Moi je l'aurais pas fait. Moi je l'aurais surtout pas fait. Enfin comme elle était et tout, là, à mon avis c'était top quoi. Mais peut-être que maintenant elle va déchanter... ».

<sup>3</sup> Ce souhait est relativement récent : je rappelle qu'à la suite de son licenciement, M. Blagnac est d'abord resté environ 2 ans sans chercher d'emploi.

« Le CES c'est une vision à 6 mois. 6 mois, peut-être un peu plus, mais... J'aime pas trop ces... ces... cette période où **on est en suspens** comme ça, où on dit : ouais ok, bon, pendant 6 mois ou 1 an tu vas avoir ça, **tu vas avoir ton os quoi, à ronger**, et là tu vas être en suspens, ça fait vraiment en suspens, j'aime bien ce terme parce qu'on est vraiment en suspens comme ça... **Quelque part on nous prend, on nous dit bon, attends, tu vas voir dans un an, je vais relâcher quoi. Et donc... Un CDD, surtout un CES comme ça, non, j'ai vraiment l'impression... - Et si c'était un emploi fixe ? - Ah si c'était un CDI à plein temps et tout, y'aurait pas de problème ».**

On décèle chez M. Blagnac une remise en question personnelle profonde liée à la conviction qu'il a d'être en partie responsable de sa situation de chômage<sup>1</sup>. En effet, parmi les raisons qui expliquent à ses yeux sa difficulté à trouver un emploi, M. Blagnac estime qu'« **il y a aussi le fait d'être ce qu'on est** ». Il pense avoir compris désormais « **qu'il faudrait vraiment changer pour arriver à sortir de cette précarité** ». La séquence d'entretien suivante permet de comprendre ce qu'il désigne à travers ce nécessaire changement de personnalité :

« Dans mon cas ce serait bon, **être un peu moins timide, un peu moins passif... déjà... Plus... plus sûr de moi, plus... ça serait là. Le gros du travail, je le vois là.**

- Et ça c'est des choses qui vous ont été reprochées par divers organismes à qui vous avez eu affaire ?

- Non... Enfin les organismes ils ont des manières plus (rire)... **Le dernier entretien par exemple avec cette femme de l'ANPE, c'était : "vous vous êtes vu ?" Bon ! Là c'était vraiment... méchant, je sais pas... Et puis je sais pas si elle voulait dire : vous êtes trop timide, vous êtes pas assez sûr de vous, des choses comme ça. (...) Plus ça va, plus je sens une confiance en moi qui vient, et là ma dernière grosse recherche d'emploi où j'ai envoyé pas mal de CV etc., j'ai eu quand même 2 réponses, qui étaient négatives, mais j'ai eu quand même 2 réponses. Donc ça faisait quelques années que j'avais pas eu de réponse...**

- **Et vous attribuez ça à votre comportement qui...**

- **Ah oui, oui oui. C'est tout à fait le... Pour moi ça vient du comportement personnel, et pas après des formations ou des choses comme ça. Donc la précarité, avant oui, maintenant oui, demain oui, mais peut-être que ça va changer grâce à un changement de personnalité.**

- Quand vous dites que pour sortir de la précarité il faut changer, ça peut vouloir dire à l'inverse que si vous y êtes c'est un peu de votre faute ? C'est ça ou... ?

- Ouais, ouais ouais. Oui, c'est quand même... Mais bon, c'est pas à cent pour cent non plus, c'est pas à cent pour cent. Mais disons que bon, si... **si on veut être ok dans ce système il faut un changement, donc c'était assez de ma faute parce que moi j'étais quand même en concurrence avec d'autres personnes, et j'ai pas su décrocher... Donc il faut s'adapter pour pouvoir décrocher... Quitte à ce que d'autres paient, prennent ma place, celle qui pour l'instant est la mienne. Chacun son tour ! (rire) ».**

Il s'agit donc, pour M. Blagnac, de faire coïncider sa personnalité (son « moi ») avec le modèle socialement valorisé du chercheur d'emploi combatif, confiant, et

---

<sup>1</sup> Je n'ai pas repéré cette mise en cause de sa propre personnalité chez les autres personnes rencontrées, qui attribuent toutes leurs difficultés professionnelles à des causes extérieures (système économique, marché de l'emploi, attitude des employeurs...) ou personnelles mais non psychologiques (absence de diplôme, histoire familiale...).

individualiste<sup>1</sup>. La nécessité pour lui de correspondre à cette figure du « battant » a été intériorisée au cours de ses interactions avec les acteurs rencontrés lors de ses entretiens et de ses stages au sein de l'ANPE. On est ici face à un cas où l'emploi stable est privilégié au point d'être « payé » au prix fort, celui d'un travail intime de la personnalité.

Au-delà du revenu et de l'organisation de la vie hors travail, l'activité professionnelle peut être conçue comme une dimension essentielle du bien-être et de l'équilibre personnel, voire comme une nécessité quasi vitale. Cela apparaît nettement dans les propos de **Mme Artur**, qui recherche un emploi avant tout, rejetant énergiquement l'identité de mère au foyer :

*« D'accord tu fais la cuisine et après ? Tu fais le ménage et après ? Quand les enfants sont pas là, vous imaginez bien, c'est à devenir malade quoi, à les attendre le soir, et entre temps si t'as pas d'activité tu crèves quoi ».*

Je rappelle que Mme Artur, après avoir quitté brutalement son mari, vit aujourd'hui avec ses trois enfants. A 41 ans, elle travaille ponctuellement comme aide à domicile, après un parcours professionnel discontinu, entre emplois précaires, formations et, plus récemment, démission d'un CDI. Aujourd'hui, on l'a vu, elle « cherche dans tout », ce qui l'expose au risque de s'engager dans des emplois dévalorisants :

*« Après on prend n'importe quoi aussi, tu prends des ménages, mais après ça te plaît plus parce que tu t'épanouis pas non plus, tu prends un truc parce que tu es dans le besoin, après quelque temps ça... ».*

La recherche d'emploi infructueuse est d'autant plus douloureusement vécue que, même en plaçant au plus bas le seuil d'exigence, Mme Artur se heurte à des refus et se sent humiliée dans certaines interactions avec des employeurs potentiels :

*« Pour un ménage de bureau, la personne commence à te demander les études que tu as faites, où tu es née, si tu es mariée ou quoi, les enfants que tu as, des choses comme ça, des questions vraiment... Vous imaginez un peu, quand on est dans le besoin, que pour des ménages de bureau on commence à rentrer dans ta vie intime quoi... Et quand tu ne réponds pas bien sûr tu... c'est que tu n'aimes pas le travail. (...) Il rentre dans ta vie comme ça, parce que c'est lui qui a le monopole... Et tout ça ça me décourage, c'est pour ça que je me dis qu'il faut faire quelque chose ».*

---

<sup>1</sup> Sur l'émergence de ce modèle, cf. : EBERSOLD S., *La naissance de l'inemployable*, Rennes, PUR, 2001. G. Mauger souligne également que le modèle de l'entreprise personnelle s'impose même aux chômeurs : les modes de gestion du non-emploi sont en effet accompagnés d'un « discours d'escorte » politico-éthique (...) fondé sur l'homologie (et les quiproquos) entre l'éthique du travail social (lié à l'habitus personnaliste dominant chez les inséreurs) et "l'esprit du néo-libéralisme" », cf. : MAUGER G., « Les politiques d'insertion. Une contribution paradoxale à la déstabilisation du marché du travail », *Actes de la recherches en sciences sociales*, n° 136-137, 2001, p. 14.

Face à l'expérience de ces rapports de domination, « faire quelque chose » pourrait consister pour Mme Artur à renoncer radicalement au travail salarié pour créer sa propre entreprise (« *je me dis que... peut-être mieux vaut monter par soi-même* »).

Ainsi, quel que soit son contenu et même son statut, l'emploi est une nécessité pour l'épanouissement personnel. Et si l'emploi salarié ne permet pas de trouver sa place, on peut éventuellement travailler autrement<sup>1</sup>.

Le quatrième motif pouvant amener une personne à faire passer la stabilité de l'emploi avant la satisfaction dans le travail, et l'emploi tout court avant le chômage, consiste à mettre à distance l'identité sociale disqualifiante de chômeur ou d'inactif pour pouvoir revendiquer une « identité d'emploi », d'autant plus valorisée que l'emploi est stable. C'est ce que met en avant Mme Alpe lorsqu'elle affirme qu'il « *vaut mieux rester dans le cadre* », c'est également ce qu'indique Mme Fonviel pour justifier le choix de son emploi actuel (pourtant peu satisfaisant) : « *j'avais besoin d'une position sociale* ».

A quelques nuances près, l'attachement à l'emploi qui caractérise cette configuration de « l'emploi avant tout » est celui que décrit P. Alonzo dans son étude sur le rapport au travail des caissières de la grande distribution, pour lesquelles « le seul fait d'exercer un emploi reste, à la lumière des trajectoires de ces femmes, central dans la construction des identités et dans la possibilité d'obtenir une place dans la société ». C'est la grande « vertu libératoire » de l'emploi que de fournir « une reconnaissance sociale autrement plus valorisante que l'identité de femme au foyer et, bien sûr, que le fait d'être au chômage ». Ainsi, en se maintenant dans leur activité professionnelle, ces femmes « contribuent activement à en faire un processus irréversible dans la construction de l'identité féminine<sup>2</sup> ».

Ces comportements à l'égard de l'emploi amènent par ailleurs, comme le souligne P. Alonzo, à remettre en question le « mythe » qui consiste à penser qu'il y a le travail d'un côté, la vie de l'autre. Si cette dichotomie pouvait être éclairante dans le cas de figure précédent (la précarité défensive), ce n'est pas le cas ici car, comme les

---

<sup>1</sup> Sur ce point, je citerai également le cas de Mme Alpe qui, si elle n'était pas titularisée en plein temps comme aide ménagère ou comme employée de restauration, envisage de démissionner pour travailler directement avec les personnes âgées, sans passer par l'intermédiaire de la mairie, en étant rémunérée en chèques emploi-services.

<sup>2</sup> ALONZO P., « Les rapports au travail et à l'emploi des caissières de la grande distribution. Des petites stratégies pour une grande vertu », *Travail et emploi*, n° 76, 1998, pp. 37-51.

caissières de la grande distribution, ce qu'appellent de leurs vœux les personnes citées, « ce n'est pas "moins d'emploi" pour mieux organiser leur vie<sup>1</sup>. L'harmonie vers laquelle elles tendent n'est pas la recherche d'une conciliation entre le temps de travail et le temps de non travail, mais un ajustement entre leur rapport à l'emploi, qui est positif, et leur rapport au travail qui reste négatif compte tenu des conditions dans lesquelles il s'organise. Elles demandent, d'abord et avant tout, de meilleures conditions de travail, des statuts d'emploi moins précaires. Elles aspirent à moins de flexibilité et à moins de temps partiel pour mieux vivre leur vie de travail. En d'autres termes, elles aspirent à plus de visibilité professionnelle et sociale ».

Au terme de cette analyse des sens de la précarité, on peut généraliser la conclusion à laquelle C. Nicole-Drancourt arrive au terme d'une étude sur les modes d'insertion professionnelle de personnes âgées de 30 ans<sup>2</sup> : « la succession des emplois occupés est le produit de logiques sociales multiples (opportunités d'embauche, filières occupées, réseaux d'information, disponibilité, etc.) ». Dans ce contexte, « la précarité prend place dans une panoplie d'itinéraires, et s'inscrit dans l'ensemble des transformations des formes et des rythmes de l'insertion sociale ».

Chacune des configurations décrites ci-dessus met en concurrence (ou met « *dans la balance* », selon l'expression de Mme Beban) de façon spécifique certaines sous-dimensions du rapport au travail et du rapport à l'emploi (stabilité *vs* satisfaction, type d'emploi *vs* conditions de travail, corvéabilité *vs* chômage, etc.). Le fait de travailler en emploi précaire ou en CDI n'a pas de sens en soi : la précarité de l'emploi prend des significations différentes en s'inscrivant dans des expériences variées dont il faut reconstituer l'histoire, depuis l'origine sociale et les premiers choix scolaires jusqu'aux perspectives actuelles (et même celles qui sont envisagées à l'avenir) dans la conduite du parcours professionnel et dans la vie hors travail (situation familiale, désir ou projet d'enfant, attachement au lieu de vie...). Ces multiples éléments interviennent dans des décisions souvent difficiles qui amènent à résister (ou non) à l'idée de travailler à tout prix, à privilégier (ou non) la stabilité

---

<sup>1</sup> Je rappelle en effet que Mme Alpe, Mme Fonviel, Mme Anam, Mme Jeco, Mme Artur souhaitent toutes travailler à plein temps.

<sup>2</sup> NICOLE-DRANCOURT C., « L'idée de précarité revisitée », *op. cit.*



de l'emploi par rapport à d'autres critères, à sacrifier (ou non) certains aspects de la vie personnelle et familiale...

Une remarque complémentaire peut être faite au sujet des liens entre satisfaction dans le travail et précarité de l'emploi. Ce qui a été observé dans ce corpus d'entretiens ne semble pas correspondre à un résultat mis en lumière par C. Baudelot et M. Gollac, qui notent que « moins l'emploi est assuré, plus on déclare trouver un agrément spécifique au travail. Pour les actifs en CDD, le bonheur d'avoir un emploi l'emporte sur toute autre considération et a tendance à rejaillir sur le plaisir associé au contenu du travail. Il faut "s'estimer heureux" d'avoir un emploi, on prend *donc* plaisir à travailler. Une des composantes essentielles de l'agrément au travail, *plaisir construit*, serait alors la représentation du péril de la perte de l'emploi<sup>1</sup> ». Les propos recueillis en entretien ne vont pas dans ce sens et montrent qu'on peut « s'estimer heureux » d'avoir un emploi (même précaire) et simultanément se montrer très critique à l'égard des conditions dans lesquelles il est exercé, et reconnaître que l'on y trouve peu de satisfaction. Sans doute ici s'agit-il d'un effet de méthode : les entretiens créent une situation plus propice à l'expression des insatisfactions que la passation d'un questionnaire.

\*  
\* \*

Toutes les analyses qui précèdent amènent à confirmer à nouveau la pertinence heuristique de la distinction entre travail et emploi, qui se structurent mutuellement dans ce que je propose d'appeler les *expériences sociales* du travail et de l'emploi (ou simplement, par commodité, « expériences sociales du travail »). *Expériences*, parce que les parcours sont concrètement orientés et symboliquement mis en intrigue par une subjectivité qui leur donne un sens ; *sociales*, parce que cette subjectivité est ancrée dans des modèles, des représentations et des mondes sociaux historiquement déterminés.

Pour finir, je voudrais mettre l'accent sur deux pistes de réflexion qui émergent de façon transversale aux différents points abordés précédemment, et qui me semblent

---

<sup>1</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, op. cit., p. 168.

essentielles pour appréhender les transformations contemporaines des expériences sociales façonnées par les processus de précarisation du travail.

J'ai souligné en plusieurs occasions combien la dimension temporelle est importante dans les mises en intrigue du parcours professionnel et, plus largement, du parcours de vie, notamment à travers la perception du « moment adéquat » (pour avoir un enfant par exemple, ou pour se « stabiliser » dans un emploi), ou à travers le sentiment du « temps qui passe » et de l'avancée en âge. Chacun en effet s'oriente dans le monde social et dans sa propre existence en référence à des « calendriers personnels » ou des « cartes mentales du cycle de vie » – qui sont doublement adossés aux temporalités biologiques et à des normes socialement produites<sup>1</sup>. Ces repères à la fois personnels et culturels sont visibles dans plusieurs entretiens, comme en témoignent les extraits suivants :

« J'ai prévenu mon ami, je ne veux pas avoir d'enfant après 35 ans, ça c'est clair » ; « A 33 ans on commence un petit peu à réfléchir sur sa vie » (Mme Beban)

« Je m'étais dit quand même qu'il était temps que j'aie un boulot, parce que j'avais quand même 27 ans hein... Pas de CDI... (...) 30 ans, c'est un bilan à faire, bon, je pense que c'est une moyenne où on peut faire un bilan » (M. Terray)

« J'avais 40 ans, hein, donc 40 ans, c'est vrai que j'avais envie vraiment d'avoir de l'autonomie, donc de créer quelque chose, et bien sûr d'en avoir la responsabilité » (Mme Blondel)

« A l'idée que je me faisais avant des 25 ans, je me trouve encore jeune et futile et pas du tout femme encore, alors que je m'imaginai très femme, avec une situation posée et très active à faire des choses qui me plaisent, pas de problèmes de sous... » (Mlle Arène)

« A partir de 45 ans, on commence à être un peu... il est temps de se stabiliser » (Mme Delache)

Or, la précarisation du travail produit des temporalités sociales<sup>2</sup> hétéronomes et hétérogènes pouvant entrer en conflit avec ces temporalités biographiques : l'emploi à durée déterminée construit une temporalité « à rebours » où l'on compte le temps qui reste avant la prochaine rupture, les discontinuités du parcours professionnel<sup>3</sup> perturbent les calendriers personnels, la vie professionnelle, fragmentée, ne permet plus d'assurer la continuité des biographies, et l'intensification du travail impose la temporalité courte de la production et de l'efficacité immédiate. Ainsi, « la possibilité de construire des récits de vie qui "se

---

<sup>1</sup> SETTERSTEN R. A. JR, HÅGESTAD G. O., « What's the latest ? Cultural age deadlines for family transitions », *The gerontologist*, vol. 36, n° 2, 1996, pp. 178-188 ; HAREVEN T. K., MASAOKA K., « Turning points and transitions : the perception of the life course », *Journal of family history*, vol. 13, n° 3, 1988, pp. 271-289.

<sup>2</sup> MERCURE D., *Les temporalités sociales*, Paris, L'Harmattan, 1995 ; DUBAR C., « Régimes de temporalités et mutation des temps sociaux », *Temporalités*, n° 1, 2004, pp. 100-119.

<sup>3</sup> Les processus de « déstandardisation » des temps de la vie professionnelle et de « recomposition des temps de la vie » ont notamment été analysés par A.-M. Guillemard, *L'âge de l'emploi. Les sociétés à l'épreuve du vieillissement*, Paris, Armand Colin, 2003.

tiennent" s'amenuise. Les coups de théâtre se multiplient. Les temporalités contradictoires s'exacerbent. Le présent, de la sorte, élimine le passé autant que l'avenir<sup>1</sup> ». Les individus ne disposent pas d'une visibilité suffisante à moyen et long terme pour construire leur existence, les possibilités d'anticipation ainsi que les marges de manœuvre temporelles sont restreintes. Cette déstabilisation des temporalités biographiques sous l'influence (entre autres) des transformations néocapitalistes du travail n'est sans doute pas le moindre des éléments qui contribuent à rendre problématique l'expérience sociale dans son ensemble.

L'analyse des rapports au travail et à l'emploi fait également apparaître en filigrane les opérations de *mise en place sociale* décrites par P. Pharo<sup>2</sup>, opérations qui sont effectuées indissociablement *dans* et *par* le travail et ses modalités, et à l'occasion du discours *sur* le travail. Celui-ci met en scène la « capacité des individus à définir leurs propres positions sociales », c'est-à-dire à reconstruire, par une *prise de position subjective* (mise en intrigue dans le récit narratif), *l'objectivité de leur position* (dans le marché du travail, dans l'espace des professions, dans l'échelle des revenus, etc.). On voit comment la précarisation de l'emploi, en infléchissant les rapports au travail et le sens même que l'activité professionnelle peut prendre au sein du parcours biographique, vient complexifier cette mise en place sociale. S'il est vrai, comme l'écrivent C. Baudelot et M. Gollac, qu'« une façon d'être heureux au travail, c'est d'être "à sa place" dans l'espace social, c'est-à-dire occuper une position professionnelle en adéquation avec des dispositions et des aspirations socialement constituées<sup>3</sup> », il faut souligner que la notion même de « position professionnelle » perd de sa lisibilité. Le statut social lié au travail ne repose plus en effet uniquement sur une position dans la division sociale du travail, associée à une qualification, un salaire, une place dans la hiérarchie salariale. De plus en plus, le statut de l'emploi, les temps de travail et les conditions de travail participent à la définition de la place sociale, objectivement et subjectivement<sup>4</sup>. Ces dimensions étant éminemment fluctuantes, la sphère du travail perd de sa capacité à structurer l'espace social et à fournir des repères permettant de s'y orienter. C. Dubar souligne ainsi qu'« il est de plus en plus difficile de concevoir la vie professionnelle comme

---

<sup>1</sup> DE CONINCK F., « Une mise en intrigue instable de temporalités hétérogènes », *Temporalistes*, n° 44, 2001, p. 32.

<sup>2</sup> PHARO P., « Travail et mise en place sociale », *Sociologie du travail*, n° 2, 1986, pp. 144-145.

<sup>3</sup> BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ?*, *op. cit.*, p. 88.

<sup>4</sup> Cf. : Chapitre II, §1.

l'occupation d'un même emploi et la réalisation des mêmes tâches, dans la même entreprise, pendant toute une vie active. Quelles que soient les formes très diverses qu'elle revêt, la mobilité professionnelle devient constitutive de l'identité sociale des individus. (...) [Celle-ci] se construit, se déconstruit et se reconstruit, à travers les changements et les parcours de mobilité imposés par les mutations des institutions, le ralentissement de la croissance et la montée du chômage<sup>1</sup> ». La récurrence de ces processus de déconstruction-reconstruction des identités professionnelles et sociales tout au long des parcours biographiques ainsi que la discontinuité et la réversibilité croissantes des positions et des statuts sont porteuses d'une double potentialité quant aux modes de « vécu » qu'elles façonnent : négative par les risques de chômage et de pauvreté auxquels les individus sont exposés, et par les incertitudes multiples auxquelles il faut faire face ; mais aussi positive par la plus grande flexibilité des trajectoires et des identités sociales, désormais plus ouvertes, plus souples et moins apparentées à des formes de « destin ».

Ces processus conjoints de transformation des temporalités et des identités, adossés à des changements socio-historiques de fond, posent aux acteurs sociaux d'abord, aux sciences humaines ensuite, des questions essentielles, telles que celles que formule R. Sennett : « comment poursuivre des fins à long terme dans une société qui ne connaît que le court terme ? Comment entretenir des relations sociales durables ? *Comment un être humain peut-il se forger une identité et se construire un itinéraire dans une société faite d'épisodes et de fragments ?* »<sup>2</sup> ».

---

<sup>1</sup> DUBAR C., « Formes identitaires et socialisation professionnelle », *Revue française de sociologie*, vol. XXXIII, n° 4, 1992, pp. 522-523.

<sup>2</sup> SENNETT R., *Le travail sans qualités*, *op. cit.*, p. 31 (souligné par moi).



## Chapitre VII

### Des événements corporels au souci de soi : la santé entre représentations et pratiques

Comme cela vient d'être fait dans le registre de l'emploi et du travail, ce chapitre propose une analyse des dimensions et des logiques pertinentes pour comprendre les expériences de santé des 30 personnes rencontrées.

Définir la santé est au moins aussi difficile que définir le travail. Comme ce dernier, elle est complexe et ne se laisse pas enfermer dans une acception univoque<sup>1</sup>. Plurielle dans ses composantes et diversifiée dans ses registres d'expérience, la notion moderne de santé est aussi le résultat d'une histoire<sup>2</sup>, qu'il faut situer dans le contexte plus large du mouvement de fond qui a vu le corps passer du statut d'objet à celui de sujet. Ainsi J.-M. Berthelot rappelle que « le corps, dans la pensée sociale du XIX<sup>e</sup> siècle, est une entité extérieure au moi et à la société susceptible de n'établir avec son environnement que des relations mécaniques. De l'ordre du biologique, il est essentiellement un lieu non d'inscription – par quoi il accéderait au statut symbolique – mais de façonnement<sup>3</sup> ». Un siècle plus tard, le « corporéisme » entraîne une inversion totale : « d'un statut d'extériorité machinique, le corps passe à celui d'une intériorité signifiante », dans lequel s'investissent des valeurs nouvelles : individualisme, narcissisme, postmodernité. Selon D. Le Breton, « le corps est donc le signe de l'individu, le lieu de sa différence, de sa distinction, en même temps paradoxalement, il est souvent dissocié de lui, du fait de l'héritage dualiste qui pèse toujours sur sa caractérisation occidentale<sup>4</sup> ».

---

<sup>1</sup> TICHENKO P. D., « La santé : rapport des approches des sciences de la nature et des sciences humaines », *Sciences sociales et santé*, vol. 6, n° 2, 1988, pp. 61-74.

<sup>2</sup> VIGARELLO G., *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Age*, Paris, Seuil, 1993.

<sup>3</sup> BERTHELOT J.-M., « Du corps comme opérateur discursif, ou les apories d'une sociologie du corps », *Sociologie et sociétés*, vol. XXIV, n° 1, 1992, pp. 11-18.

<sup>4</sup> LE BRETON D., *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 4<sup>e</sup> édition corrigée 1998, p. 9.

La sociologie du corps a maintes fois souligné combien cet objet (le corps, ou plutôt la corporéité, c'est-à-dire la mise en formes sociales de la matérialité du corps), à la fois omniprésent et insaisissable, se dérobe à l'analyse et se dissémine en de multiples facettes<sup>1</sup>. L'une d'entre elles est la santé, elle-même objet pluriel et notion polysémique<sup>2</sup>.

La définition bien connue qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé (« état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »), au-delà de son caractère utopique, présente l'avantage de connoter la positivité de la santé, qui n'est plus réduite à la non-pathologie. Elle est également assez vaste pour que différentes conceptions viennent s'y loger, et n'impose pas de critère normé précis de ce que serait la « bonne » santé. On peut en revanche discuter le terme « état », qui reste encore proche d'une vision biomédicale : dans sa réalité vécue, la santé apparaît bien plus souvent comme une dynamique, un processus, dans lequel alternent sans cesse équilibres, ruptures et recompositions.

Par delà le caractère éclaté de l'objet « santé » et la diversité des disciplines scientifiques qui l'appréhendent (médecine, épidémiologie, sociologie, anthropologie, psychologie, santé publique...), on peut distinguer six dimensions essentielles :

- la moins discutable (encore l'est-elle tout de même) : la mortalité, analysée selon ses différentes causes et donnant lieu à la définition des espérances de vie,
- le couple morbidité certifiée (c'est-à-dire celle que définit l'approche médicale en désignant pathologies et troubles) / morbidité déclarée (fondée sur la désignation par les personnes elles-mêmes de ce dont elles souffrent)<sup>3</sup>,
- les comportements ordinaires directement liés à la santé (prévention, automédication ou prises de « risques sanitaires »...)
- les recours aux soins professionnels,

---

<sup>1</sup> BERTHELOT J.-M., « Corps et société (Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps) », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXIV, 1983, pp. 119-131 ; LE BRETON D., *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1992. Voir également BERTHELOT J.-M., DRULHE M., CLÉMENT S., FORNÉ J., M'BODJ G., *Current sociology/La sociologie contemporaine*, « Les sociologies et le corps », vol. 33, n° 2, 1985.

<sup>2</sup> D'HOUTAUD A., « Pour une approche sémantique et historique de la notion de santé », in AIACH P., BON N., DESCHAMPS J.-P. (dir.), *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Presses Universitaires de Nancy, 1992.

<sup>3</sup> AIACH P., « Approche sociologique des données de morbidité », *Sciences sociales et santé*, vol. 4, n° 1, 1986, pp. 75-95 ; ARWIDSON P., « La frontière entre la santé et le social », *Prévenir*, n° 30, 1996, pp. 145-154 ; FLOURY M.C., GUIGNON N., GUIGNON N., PINTEAUX A., « Petites et grandes misères de la vie quotidienne », in *Données sociales 1996, op. cit.*, pp. 276-282.

- la santé auto-évaluée, celle que chacun perçoit au quotidien dans le cours de l'existence,

- les représentations sociales de la santé et de la maladie, c'est-à-dire l'ensemble des savoirs, croyances et interprétations (qu'ils émanent de profanes ou de professionnels) qui permettent de définir et de donner sens aux états et aux événements psycho-corporels<sup>1</sup>.

Chacune de ces dimensions fait apparaître des différenciations sociales (des « inégalités sociales de santé » aux variations culturelles des notions de santé et de maladie) dont l'intelligibilité est complexe. Cette complexité vient entre autres de ce que la santé n'est pas réductible à un état mesurable<sup>2</sup>, mais entremêle les dimensions organiques, culturelles et sociales, comme la sociologie et l'anthropologie l'ont montré de longue date<sup>3</sup>. Face à cette interpénétration de multiples registres, la sociologie ne ferait qu'« alimenter la source de confusions » en tentant de « doser l'importance du social par rapport au biologique et réciproquement. Il paraît beaucoup plus pertinent sociologiquement d'apprendre à connaître comment les différents acteurs exhibent et catégorisent leur matérialité corporelle, lui donnent sens au cours de leurs activités et quels usages sociaux ils en font compte tenu des systèmes de contraintes déterminés par l'état du champ à un moment donné<sup>4</sup> ».

Ce que la sociologie peut connaître de la santé, c'est donc le *rapport à la santé* tel qu'il est mis en œuvre par les acteurs sociaux au cours de leur existence. Ainsi, il n'y a pas « la santé », mais « des santés », dont la valeur est empirique, c'est-à-dire éprouvée dans l'expérience. Il s'agit donc, dans l'optique d'une analyse des points de vue émiques, d'accorder à la notion de santé une acception la plus extensive possible, qui se confond parfois avec la vie même<sup>5</sup>. Cette approche constructiviste<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> J'emploie le terme « psycho-corporel » pour traduire le fait que la santé et la maladie s'inscrivent toujours à la fois dans l'ordre du physique et du psychologique.

<sup>2</sup> DRULHE M., « Comment mesurer la santé ? », *op. cit.*, pp. 56-62.

<sup>3</sup> ADAM P., HERZLICH C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994 ; AUGÉ M., HERZLICH C. (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, 1984 ; DRULHE M., *Santé et société*, *op. cit.* ; FAINZANG S., « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 2, 2001, pp. 5-27 ; FREIDSON E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 ; GOOD B., *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Paris, Empêcheurs de penser en rond, 1998 ; HERZLICH C., *Médecine, maladie, société*, *op. cit.* ; HERZLICH C., PIERRET J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984 ; D'HOUTAUD A., FIELD M. (dir.), *La santé. Approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*, Presses Universitaires de Nancy, 1989 ; YOUNG A., « The anthropologies of illness and sickness », *Annual Review of Anthropology*, n° 11, 1982, pp. 257-285.

<sup>4</sup> DRULHE M., « La maladie comme processus dans l'histoire corporelle », *Cahiers du CERS*, n° 9, 1988.

<sup>5</sup> LAZARUS A., AIACH P., « "La santé ? C'est la vie !" Dialogue autour d'une définition », *Prévenir*, n° 30, 1996, pp. 61-71.



suppose de mettre à distance les catégories biomédicales, qui ne sont qu'une lecture, parmi d'autres possibles, des réalités psycho-corporelles (et peuvent d'ailleurs à ce titre être étudiées en tant que telles).

Pour se donner toutes les chances de saisir les rapports à la santé dans leur diversité, l'attention sera donc tournée vers le récit des « événements corporels<sup>2</sup> », vers les définitions profanes de la « maladie » ou de l'événement « grave », vers les réponses qui y sont apportées, vers les pratiques de soins, les relations avec les médecins et les « produits » (médicaments, psychotropes, alimentation...), et vers le « souci de soi » dans ses diverses modalités. Cet ensemble d'éléments constitutifs du rapport à la santé est à contextualiser dans les histoires et les cultures familiales et dans les relations entretenues avec l'entourage familial et amical.

Avant d'exposer l'analyse des 30 entretiens du corpus je propose, à partir de l'extrait d'entretien ci-dessous, de présenter quelques remarques préliminaires méthodologiques et théoriques.

*« Moi la santé, je... enfin, je me rends compte à quel point c'est précieux quand – je me rends compte que c'est hyper important parce que dès qu'on l'a pas, alors là on... Mais autant j'apprécie comme un bien précieux et tout le reste et tout, mais je reconnais que ... Je le traite pas assez comme un capital, enfin j'ai pas un rapport assez... comment dire... je suis pas assez méticuleuse, parce que autant je suis consciente que c'est vachement précieux et tout et qu'il faut faire tout pour le garder, et autant d'un autre côté ça correspond pas à l'idée que j'en ai, mon comportement n'est pas... adéquat »  
(Mme Pinson)*

Cet extrait me semble particulièrement intéressant en ce sens qu'il met en scène les rapports complexes et parfois contradictoires entre valeurs, normes et pratiques concrètes qui se jouent dans le rapport à la santé. Tout d'abord, et très nettement, la santé apparaît comme un *capital*, au double sens de ressource (à entretenir) et de valeur (la santé est quelque chose de « capital » dans la vie). Les propos de Mme Pinson illustrent bien également la tension permanente qui traverse toutes les variantes du rapport à la santé, et qui oppose d'un côté la haute valeur accordée à la santé, et de l'autre la non-concordance des pratiques avec cette valorisation. Affirmation normative d'une part (« il faut faire tout pour le garder »), aveu d'écart à la norme d'autre part (« mon comportement n'est pas adéquat »).

---

<sup>1</sup> N. Dodier parle d'une posture « agnostique » du sociologue face aux événements corporels, consistant à « mettre en suspens son propre jugement sur les faits biologiques », cf. : « Corps fragiles : la construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes du travail », *Revue française de sociologie*, vol. XXVII, n° 4, 1986, pp. 603-628.

<sup>2</sup> *Ibid.*

Enfin, à travers les termes « *méticuleuse* », « *faire* », « *comportement* », la santé est exprimée dans la catégorie des actes et des actions : valeur, norme ou idéal sur le plan symbolique, la notion de santé renvoie simultanément à des *pratiques* concrètes, qu'elles soient inscrites dans le cours de la vie quotidienne ou dans l'inaccoutumé de l'événement.

Très souvent, lorsque les personnes sont sollicitées pour dire ce qui « se passe » sur le plan de la santé, une première réponse de surface est immédiatement donnée : il n'y a « rien à signaler », « tout va bien », aucun problème particulier ne justifie que l'on en parle. Puis peu à peu émergent des « petits soucis », des troubles ponctuels ou chroniques<sup>1</sup>, des événements passés (concernant soi-même ou des tiers) qui reviennent en mémoire. Ce constat est à rapprocher, me semble-t-il, de la norme sociale de « bonne santé » – la même norme qui s'applique dans l'échange de politesse rituel de la salutation quotidienne (« Ça va ? – Ça va »). Il y a une forme de bienséance, mais aussi un mode de présentation de soi, à exhiber une identité sociale positive de « bien portant ». Une autre explication peut sans doute être trouvée dans la réticence que certaines personnes peuvent avoir à évoquer des événements corporels qui relèvent de l'intime<sup>2</sup>. La durée de l'entretien, la multiplication des relances et des « points d'entrée » dans le thème de la santé, la relation de confiance et de confiance qui s'installe peu à peu permet de dépasser ces premières réponses superficielles. Enfin et surtout, la difficulté initiale à parler de sa santé est en elle-même significative d'une représentation dominante de la santé comme « absence de maladie ». Selon la formulation bien connue de R. Leriche, « la santé, c'est la vie dans le silence des organes <sup>3</sup> ». Et lorsqu'effectivement les organes sont « silencieux », il y a une difficulté à élaborer un discours : la santé (au sens de « bonne santé ») ne se dit pas, elle s'éprouve au quotidien comme l'état normal, naturel du corps<sup>4</sup>. « L'état de santé c'est l'inconscience où le sujet est de son corps. Inversement, la conscience du corps est donnée dans le sentiment des limites, des menaces, des obstacles à la santé<sup>5</sup> ». Le paradoxe souligné par G. Canguilhem est bien connu : la santé est un capital qui

---

<sup>1</sup> Par exemple Mme Delache : « *oui, non, en fait c'est vrai que maintenant que vous me le dites, (...) j'avais de la sinusite* ».

<sup>2</sup> Je pense notamment aux problèmes d'ordre gynécologique qui, je crois, auraient été plus difficilement évoqués dans l'entretien si une complicité de genre n'avait pas été possible.

<sup>3</sup> Cité in CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, rééd. : Paris, PUF, 1999, p. 52.

<sup>4</sup> On se souvient que dans la classification effectuée autour des variables de santé, la classe de la « très bonne santé » se caractérisait également par une proportion importante de personnes qui déclaraient ne pas « faire attention » à leur santé (chapitre IV, §3e).

<sup>5</sup> *Ibid.*

n'est consciemment perçu comme tel que lorsqu'on a fait l'expérience de la maladie (dans le cas de Mme Pinson il s'agissait d'une pneumopathie aiguë suivie d'une hospitalisation de 4 jours).

Voilà pourquoi lorsque, interrogées sur leur santé, c'est surtout en parlant de son envers (maladies, troubles, problèmes de toute nature - même si c'est pour signaler leur absence) que les personnes peuvent produire un discours.

De même qu'il est difficile de susciter un propos sur la santé qui ne soit pas un récit des événements de maladie, les pratiques liées à la santé semblent comporter une part d'invisible et d'indicible, tant elles sont intégrées à l'ensemble des comportements et des routines qui forment la trame de l'existence quotidienne. Certes, il est des pratiques plus manifestes et plus objectivables, comme le sont les différents types de recours médicaux qui, impliquant une démarche particulière inscrite dans des cadres sociaux, spatiaux et temporels spécifiques, font figure d'événements et sont de ce fait plus facilement saisissables dans le cadre d'un entretien semi-directif. Mais ces comportements ne sont que l'une des facettes de l'ensemble des pratiques d'entretien et de réparation du corps (et parfois de sa transformation<sup>1</sup>), qui se déploient dans de multiples directions et dont la composante « santé » n'est pas nécessairement centrale. La sociologie de la santé a mis en lumière les ambivalences de cette notion de pratiques (ou comportements, ou préoccupations) « de santé » qui se déclinent, selon la nature plus ou moins explicite de leurs liens avec la santé, en pratiques *en matière de*, *en référence à*, *au nom de* ou *pour* la santé (« health-related behaviours »), et jusqu'aux notions de *production de santé* (« health-producing behaviours ») ou de *travail pour la santé* (« health work »)<sup>2</sup> qui ont trouvé des développements particulièrement féconds dans l'analyse du travail domestique et du fonctionnement familial<sup>3</sup>.

La difficulté, du point de vue de l'approche sociologique, réside dans le fait que le champ de la santé est largement balisé par les discours et les institutions médicales

---

<sup>1</sup> MEIDANI A., *Des médias aux centres de la remise en forme : jeux et enjeux de la construction sociale de la corporéité*, Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse II-Le Mirail, novembre 2003.

<sup>2</sup> Pour ne citer que quelques-uns des très nombreux modèles visant à expliquer, voire à prédire, les comportements à l'égard de la santé.

<sup>3</sup> VON ALLMEN M., BASTARD B., CARDIA-VONÈCHE L., LANGUIN N., « Les représentations de la santé dans la famille : une analyse exploratoire », in D'HOUTAUD A., FIELD M., GUEGEN R. (dir.), *Les représentations de la santé*, Paris, INSERM/Les Colloques de l'INSERM, 1989, pp. 297-308 ; CARDIA-VONÈCHE L., BASTARD B., « Préoccupations de santé et fonctionnement familial », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n°1, 1995, pp. 65-79 ; FERNANDEZ G., *Famille et santé. Analyse de l'activité de santé dans la vie quotidienne des femmes*, Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse II-Le Mirail, décembre 2001. Pour une revue de littérature, voir : PIERRET J., *Cultures ou production de santé dans la famille : différenciations et inégalités sociales*, Rapport de recherche pour la MIRE, CERMES, septembre 1996, 165 p.

et de santé publique qui, si l'on peut dire, « occupent le terrain » et fournissent un ensemble de références normatives définissant a priori ce qui relève ou non de « la santé ». L'intériorisation de ces normes par les individus est, comme on va le voir, très forte et contribue à produire un discours où les catégories officiellement légitimes (alimentation, activité physique, pratiques « à risque », recours aux soins médicaux) occupent le devant de la scène. Comment, dès lors, faire en sorte que la recherche ne soit pas prisonnière de ces références et de ces discours normés ? Plusieurs moyens peuvent être mis en œuvre.

Sur le plan méthodologique tout d'abord, il est souhaitable de ne pas imposer d'emblée des entrées prédéfinies qui enfermeraient les « pratiques de santé » dans des catégories préconstruites. Certains auteurs<sup>1</sup> sont allés jusqu'à centrer le recueil des données non pas sur la santé, mais sur la vie quotidienne. Ici, la stratégie a consisté à partir d'une question générale très ouverte (« est-ce que vous vous occupez de (ou : est-ce que vous faites attention à) votre santé ? »), puis à approfondir avec des demandes de précisions contextualisées autant que possible dans la matérialité de la vie quotidienne (« si oui, de quelles façons ?, si non, en quoi cela consisterait-il ? comment cela s'est-il passé la dernière fois que (...) ? », etc.<sup>2</sup>). Cette façon de procéder n'empêche pas, bien sûr, que des catégories stéréotypées comme les pratiques alimentaires ou les soins médicaux soient rapidement évoquées par les personnes, mais du moins elles n'ont pas été imposées par le sociologue, et l'entretien laisse la porte ouverte à d'autres contenus.

Sur le plan de l'analyse, deux pistes de réflexions me semblent essentielles :

- d'une part, il est important de garder à l'esprit que même si les discours profanes sur la santé sont fortement imprégnés des références normatives diffusées par le monde médical, ces références sont socialement distribuées : dans l'ensemble des attitudes et comportements préconisés par les instances biomédicales, chacun puise des modèles et se les réapproprie de façon personnalisée. Il y a donc une variabilité sociale des normes désignées en matière de santé. De plus, et c'est là un aspect crucial, l'existence de discours profanes qui font référence à des normes sanitaires n'implique pas nécessairement que les pratiques effectives en soient l'application directe et fidèle. Très souvent au contraire, comme on va le voir, la référence à la norme est immédiatement suivie de l'« aveu » du non-respect de

---

<sup>1</sup> Cités in PIERRET J., *Cultures ou production de santé dans la famille : différenciations et inégalités sociales*, *op. cit.*

<sup>2</sup> Cf. guide d'entretien en Annexe 5.

cette norme. Il y a dans ce décalage une riche matière pour l'analyse : quelles sont les raisons invoquées pour justifier ce non-respect ? Quels sont, plus précisément, les aspects sur lesquels porte ce non-respect (et, symétriquement, ceux où l'on se conforme à la norme) ? Dans quelles circonstances particulières et dans quels contextes biographiques, sociaux, culturels, se négocie cette plus ou moins grande distance à la norme ? Toutes ces questions sont autant de pistes pour une analyse qui ne se limite pas à constater la prégnance de normes sociales en matière de santé ;

- d'autre part, pour libérer l'analyse des rapports à la santé de la référence dominante (voire écrasante) aux catégories médicales, il y a un grand intérêt, comme cela a été rappelé plus haut, à ne pas dissocier le rapport à la santé des ensembles plus vastes que sont le *rapport au corps* et le *registre du bien-être*. Pour le premier point cela consiste, comme le suggère M. Drulhe, à « non plus mener l'observation en fonction des seules catégories pathologiques préconstruites, mais s'attacher à déterminer la nature de divers "événements corporels", pour reprendre la catégorie de Nicolas Dodier, i.e. ce qui survient au corps, dans le corps et sur le corps. (...) Autrement dit les événements corporels morbides s'insèrent dans la succession d'autres événements corporels. (...) La dimension sanitaire n'est qu'une dimension de la réalité corporelle qui se construit à l'intersection des divers ordres d'événements corporels<sup>1</sup> ». Le deuxième point, celui du « bien-être », renvoie au registre de la santé « morale » ou « sociale », définie à travers les sentiments de satisfaction ou d'insatisfaction de la vie, de bonheur ou de malheur, d'épanouissement ou de contrariété, d'optimisme ou de pessimisme, etc.

Ainsi, toutes les formes de « souci de soi » participent du rapport à la santé, expérience doublement construite dans l'ordre social et dans la singularité de la biographie par la mise en intrigue des événements psycho-corporels au sein de l'ensemble des événements de vie.

Les pages suivantes proposent une analyse de quelques-unes des différentes facettes de cette construction complexe qu'est le rapport à la santé. Deux grands versants seront successivement abordés : dans un premier temps je m'arrêterai sur les expressions émiques du « mal » (maladies, troubles, douleurs, gênes...) et sur leur mise en intrigue par reconstruction de sens et mise en perspective

---

<sup>1</sup> DRULHE M., « La maladie comme processus dans l'histoire corporelle », *op. cit.*

biographique ; puis je m'intéresserai à l'ensemble des recours et des stratégies mis en œuvre pour prévenir ou « faire face » aux désordres du corps et de l'esprit.

## 1. Dire le mal et lui donner un sens

---

### *a) Qualifier son état : quatre façons de percevoir sa santé*

Comment les personnes évaluent-elles leur santé actuelle ? Comment se situent-elles, au moment de l'entretien, dans cet espace de jugement qui va de la santé « parfaite » (ou presque) aux perceptions les plus négatives ?

Quatre types d'appréciation peuvent être distingués à partir de l'analyse des entretiens. Dans l'approche émique qui est adoptée ici, le critère est celui de la perception subjective des « problèmes<sup>1</sup> » : il ne s'agit donc pas d'évaluer leur gravité au regard des critères médicaux, mais de fonder l'analyse sur la façon dont les personnes expriment (ou non) la présence d'éléments morbides dans les catégories du « grave », du « gênant », du « préoccupant », du « menaçant », du passager ou du chronique, du manifeste ou du latent, de l'explicable ou du mystérieux, etc. On verra d'ailleurs que ces jugements profanes ne sont pas nécessairement calqués sur des avis médicaux, même s'ils s'y adossent souvent.

### **La pleine santé<sup>2</sup>**

8 personnes définissent leur santé comme « très bonne », « excellente » ou « sans problème particulier ». On retrouve largement ici une conception de la bonne santé comme absence de maladie, correspondant au fait de n'être « pas souvent », « rarement » ou même, comme **M. Blagnac**, « *jamais malade* ». Mais une analyse plus approfondie montre que cette bonne santé n'apparaît pas seulement en creux dans l'absence de trouble ou de maladie, mais également dans l'absence d'inquiétude au

---

<sup>1</sup> J'emploie le terme « problème » car il me semble être le plus généraliste quant à la nature des manifestations morbides désignées. De plus il correspond à une catégorisation « indigène » : la maladie, le trouble, la pathologie, la souffrance (etc.), quelle que soit leur nature, sont toujours ce qui « pose problème » dans l'existence ordinaire.

<sup>2</sup> 8 personnes constituent ce groupe : M. Arène, M. Blagnac, Mme Blondel, Mme Delache, Mme Mermoz, Mlle Portet, Mlle Roque, M. Terray.

quotidien et pour l'avenir. On observe chez ces personnes une forme d'optimisme, de « vouloir-être », une confiance dans leur constitution, dans leur « potentiel de santé ». Ce rapport serein à la santé n'est entamé ni par des événements qui ont eu lieu dans le passé (interventions chirurgicales pour **Mme Blondel** et **Mlle Portet** et **Mme Mermoz** par exemple) et qui sont considérés comme résolus et révolus, ni par des épisodes morbides qui apparaissent de temps en temps (rhumes, gripes... mentionnés par **M. Arène**, **Mlle Roque** ou **M. Terray**) et qui recouvrent, pour reprendre une formulation de F. Bouchayer<sup>1</sup>, « des problèmes de santé qui ne rendent pas malade » (« *y'a malade et malade* », dit **Mme Delache** pour souligner la relativité des rares troubles qu'elle mentionne).

### Des événements ou états morbides sur fond de bonne santé<sup>2</sup>

*« La santé c'est un ensemble de sécurités et d'assurances, sécurités dans le présent et assurances pour l'avenir. Comme il y a une assurance psychologique qui n'est pas présomption, il y a une assurance biologique qui n'est pas excès et qui est la santé. (...) Être en bonne santé c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique ».*

G. Canguilhem<sup>3</sup>

Ici la santé est perçue comme globalement bonne, mais avec la présence passagère ou récurrente de troubles qui, sans menacer fondamentalement l'état général, occasionnent des gênes et ont valeur de « signal d'alarme ». On peut distinguer deux modes de manifestation de ces troubles :

- ils peuvent être liés à des événements ou circonstances de la vie actuelle, et sont donc d'ordre conjoncturel : il peut s'agir de problèmes dans le travail qui entraînent souffrance, angoisse, stress et somatisations éventuelles<sup>4</sup>, comme chez **Mme Lavour** et **Mme Enzo**, ou des suites d'un bouleversement existentiel récent et encore douloureux moralement, comme pour **Mme Artur** et **Mlle Loci**,

- dans d'autres cas les troubles ressentis relèvent plutôt de problèmes de santé physique et/ou morale relativement anciens et plus ou moins chroniques : asthme

---

<sup>1</sup> BOUCHAYER F., « Bilans de vie, bilans de santé », in BOUCHAYER F. (dir.), *Trajectoires sociales et inégalités*, op. cit., p. 103.

<sup>2</sup> 11 personnes : Mme Alpe, Mlle Arène, Mme Artur, Mme Beban, M. Bois, Mme Brax, Mme Damo, Mme Enzo, Mme Lavour, Mlle Loci, Mme Pinson.

<sup>3</sup> In *Le normal et le pathologique*, op. cit., pp. 131-132.

<sup>4</sup> Le chapitre suivant sera spécifiquement consacré à l'analyse de ces liens entre santé et activité professionnelle.

et fragilité pulmonaire pour **Mme Pinson** et **Mme Damo**, problèmes de poids difficiles à surmonter pour **Mme Beban** et Mlle Loci, séquelles d'accident du travail pour **Mme Brax**, diabète pour **Mme Alpe**, douleurs rénales et « énervement » pour **M. Bois**, habitudes et mode de vie perçus comme pathogènes à terme pour **Mlle Arène** (« *je fume, je bois, je fais pas forcément de sport... (...) Je sais qu'à long terme c'est pas bon* »).

Dans tous les cas, la présence d'un fond de « bonne santé » amène ces personnes à relativiser des troubles qui, le plus souvent, sont perçus comme surmontables rapidement ou avec le temps (et avec les recours appropriés). La santé perçue correspond bien ici à la définition qu'en donne G. Canguilhem : c'est ce « luxe biologique » qui permet de « tomber malade et de s'en relever », ou de vivre « normalement » malgré (ou avec) des désordres psycho-corporels.

### Des problèmes préoccupants qui altèrent la santé<sup>1</sup>

Dans ce groupe, les personnes estiment que leur santé n'est pas mauvaise, mais elle n'est pas bonne non plus<sup>2</sup>, car un ou plusieurs problèmes de fond sont source de gêne et d'inquiétude. **Mme Kléber** est sous surveillance médicale depuis son infarctus et les opérations qu'elle a subies ensuite, **Mme Anam** souffre de graves dorsalgies handicapantes et a subi récemment une thyroïdectomie, **Mme Mara** a été opérée plusieurs fois de la cheville à la suite de son accident de travail, **Mme Jost** a subi une mammectomie bilatérale et suit un traitement pour une pathologie des glandes surrénales, **Mme Chafi** présente un diabète très important et gênant au quotidien, et un problème de poids qu'elle a du mal à réguler. Toutes ces personnes font donc état de pathologies organiques médicalement définies et traitées, qui se combinent souvent avec des problèmes qui relèvent davantage du « moral » et de formes de mal-être existentiel (Mme Chafi, Mme Mara, Mme Anam). Quant à **Mme Fonviel**, c'est sur ce versant de la santé mentale que se concentre l'essentiel des problèmes : elle se qualifie elle-même de « *malade dans ma tête* » et de « *droguée* » (compte tenu des doses massives de psychotropes qu'elle prend au quotidien depuis de nombreuses années). La présence de cet ensemble de troubles physiques

---

<sup>1</sup> 6 personnes : Mme Anam, Mme Chafi, Mme Fonviel, Mme Jost, Mme Kléber, Mme Mara.

<sup>2</sup> Cette ambivalence se manifeste aussi dans le questionnaire : Mme Jost a répondu être « entre la "bonne" et la "mauvaise" santé ». Mme Anam quant à elle avait choisi la réponse « mauvaise santé », mais au moment de l'entretien (6 mois plus tard), elle déclare : « *maintenant, je dirais que je suis ni en mauvaise santé, ni en bonne santé* ».



et/ou de difficultés psychologiques amène ces personnes à percevoir leur santé comme préoccupante, menacée ou dégradée, et cela d'autant plus que, à l'inverse de la catégorie précédente, les problèmes sont appelés à durer ou même à s'aggraver dans le futur. Cependant, les personnes résistent à considérer leur santé comme franchement « mauvaise » : elles décrivent plutôt un état chronique problématique qui donne lieu à différents modes de négociation<sup>1</sup> et de « vivre avec », et où alternent des phases d'amélioration et de dégradation.

### Des profils de mauvaise santé<sup>2</sup>

Cette catégorie rassemble des personnes qui décrivent leur santé comme mauvaise, soit à cause d'un problème majeur qui occupe le devant de la scène, soit à cause d'une accumulation de troubles et de pathologies qui aboutissent à un état morbide généralisé.

L'entretien avec **M. Sernin** illustre bien le premier cas de figure : deux hernies discales résultant d'un choc (bagarre) pendant l'adolescence, et aggravées ensuite par la pratique d'un sport à haut niveau puis par un accident de voiture, sont à l'origine de douleurs permanentes et quotidiennes, en particulier lorsque son activité professionnelle d'animateur auprès de jeunes enfants le sollicite physiquement. Outre la douleur, M. Sernin sait qu'il risque une paralysie si rien n'est fait pour réparer ou améliorer cet état de fait. M. Sernin décrit bien comment douleur physique et usure morale se cumulent et aboutissent à une perception globale de la santé comme « mauvaise » :

*« C'est des douleurs continues, toute la journée, et c'est vrai que ça pèse quoi, tous les jours. (...) C'est des nuits de 4 heures, c'est une douleur tout le temps, tout le temps, tout le temps, donc le moral... c'est difficile de le garder quoi, par moments. (...) Mauvaise santé, oui, je le définis, enfin pour moi c'est le fait de souffrir tout le temps du dos, c'est... d'avoir du mal à mettre mes chaussettes, c'est rater une marche et que ça me lance dans tout le dos, c'est passer ma journée à avoir mal à la jambe droite... (...) Et puis moralement c'est fatigant quoi, donc... Ouais, je pense être en mauvaise santé ».*

Chez **M. Thimas**, l'enjeu vital est très fortement présent, puisqu'on a vu qu'il souffre d'une hépatite C à un stade avancé qui oblitère sérieusement ses perspectives en termes d'espérance de vie. Compte tenu du ton général adopté par M. Thimas pendant l'entretien, c'est bien comme la reconnaissance d'un risque léthal

---

<sup>1</sup> BASZANGER I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. XXVII, n° 1, 1986, pp. 3-27 ; KIRCHGÄSSLER K., MATT E., « La fragilité du quotidien : les processus de normalisation dans les maladies chroniques », *Sciences sociales et santé*, vol. 5, n°1, 1987, pp. 93-114.

<sup>2</sup> 5 personnes : Mme Faya, Mme Jeco, Mme Jodu, M. Sernin, M. Thimas.

imminent (sauf transplantation réussie) qu'il faut comprendre l'euphémisme qu'il emploie pour qualifier sa santé : « *je suis dans un état physique assez difficile* ».

C'est également sous une forme euphémisée que **Mme Jeco** s'exprime :

« Et là actuellement votre santé, elle est... ? - ***Pas très bonne. Pas très bonne. Fatiguée. Oui, fatiguée. Moralement. Moralement et physiquement*** ».

Confrontée depuis de nombreuses années à un problème d'alcool, Mme Jeco est en proie à un mal-être qui lui rend la vie quotidienne difficile. Son sentiment d'une dégradation continue de sa santé a été récemment renforcé par une grossesse extra-utérine suivie de deux opérations gynécologiques à la suite desquelles elle ne pourra plus avoir d'enfant que par procréation assistée, ce qu'elle vit comme une perte de son intégrité physique<sup>1</sup>.

Dans une étude auprès de malades hospitalisés, J. Pierret a rencontré un groupe de personnes qui font état d'une « véritable inflation de symptômes », accompagnée de « l'appréhension de leur corps comme élément d'un univers pathogène dans lequel *tout est lié*. Cette représentation corporelle unifiée est faite d'interdépendance entre l'organique et le psychique, dans laquelle le mode de vie intervient<sup>2</sup> ». Bien que la population soit différente ici, et à presque 30 ans de distance, ce type de perception corporelle se retrouve chez deux des personnes rencontrées et constitue la deuxième variante de cette catégorie de la « mauvaise santé ».

Le cas de **Mme Jodu** est exemplaire de ce type de rapport à la santé placé sous le signe de la dégradation généralisée : elle commence l'entretien par le récit d'un événement morbide récent (surdité brusque avec acouphènes), puis décrit ensuite une litanie de troubles antérieurs ou ultérieurs qui se cumulent et interagissent :

« *J'ai été hospitalisée le 6 juin. Et puis après bon, tout ça, j'ai eu les traitements, des vertiges, tout ça quoi, et j'ai encore... ça va un peu mieux mais enfin c'est pas... (...) Et puis suite... là j'ai... déjà quelque temps, mais ça le fait de plus en plus, c'est que j'ai de l'arthrose cervicale, j'ai... les lombaires, l'arthrose lombaire, j'ai les genoux, les chevilles, ça dépend. (...) Maintenant j'ai tout ça, j'ai... (...) j'ai toujours, j'ai... j'ai fait une colite, j'ai fait... J'arrête pas d'avoir des trucs quoi, j'arrête pas. J'arrête pas. (...) Et voilà, alors c'est le problème de tout, c'est... Alors j'ai fait attention après pour mes jambes, c'est sûr, après j'ai été re-opérée, enfin 3 fois, j'ai fait des phlébites, j'ai... (...) Là actuellement, en plus j'ai des problèmes, comme j'ai du cholestérol, et puis j'ai, comment on appelle, ça... cholestérol et ma thyroïde* ».

L'état morbide généralisé se traduit également chez Mme Jodu par la perception de l'environnement et du monde en général comme menaçant, dangereux et hostile :

<sup>1</sup> Mme Jeco a 31 ans et n'a pas d'enfant.

<sup>2</sup> PIERRET J., « Relations au corps et conduites de maladie », *Ethnologie française*, vol. VI, n° 3-4, 1976, p. 280.

*« Avant, moi j'avais pas peur dehors. Maintenant j'ai peur. Avant, moi je sortais... D'abord, avec les enfants, j'étais obligée de sortir beaucoup, j'avais pas peur. Maintenant j'ai peur<sup>1</sup> ».*

Chez **Mme Faya**, la mauvaise santé générale est exprimée dans le registre de la fatigue, une fatigue permanente et handicapante (« ça prend une grosse partie de mon temps parce que le temps que je passe à récupérer je pourrais le passer à faire autre chose »), attribuée à la fois à une constitution « faible » et « pas très dynamique », à un « déficit en globules blancs » et à une activité professionnelle pénible physiquement et moralement. Elle estime que sa santé actuelle est « un gros problème ». On peut relever ici aussi une association entre la perception d'un état pathologique pour soi et une vision du monde en général (dans le travail notamment) comme « difficile » : « les temps sont durs ».

Dans cette configuration, marquée par ce que l'on peut appeler un fort « sentiment de maladie », il est important de souligner que la maladie (la fatigue, l'usure, les atteintes corporelles) est inscrite dans l'identité même de la personne. « Je suis malade » renvoie ici non à un état passager réversible, mais à une dimension constitutive de l'identité pour soi et pour autrui.

La caractérisation de chaque entretien au regard de ces quatre catégories donne déjà une idée de la nature des problèmes rencontrés et de leur mise en intrigue dans le cours biographique. Elle permet également de repérer des définitions et des représentations de la santé différenciées, dont on voit qu'elles prennent sens au regard de l'histoire personnelle. Ainsi Mme Fonviel et M. Thimas, bien que se situant dans les catégories où la santé est jugée plutôt ou franchement mauvaise, insistent tous deux sur l'idée que, *relativement à ce qu'ils ont vécu*, leur santé est moins dégradée qu'elle ne pourrait l'être. **Mme Fonviel** qualifie de « létales » les doses de psychotropes qu'elle a prises pendant longtemps (« normalement on meurt »), et estime avoir « fait des excès » (« je sais pas comment je suis arrivée là »). De son côté **M. Thimas** se présente comme un « mystère médical » :

*« Je devrais être mort depuis longtemps et je le suis pas. (...) La maladie avec moi elle a du mal, parce que j'ai eu des tas de trucs, j'ai traversé tellement de trucs, teeeeellement de trucs ! (...) Alors je sais que j'ai ce côté-là quoi, en fait j'emmerde un peu la mort quoi, quelque part ».*

De tels exemples montrent bien que la santé est, du point de vue émiq, une notion toute relative, et surtout qu'elle est une faculté, une dynamique – c'est

---

<sup>1</sup> Un événement traumatisant (le meurtre d'une personne de son immeuble) qui a eu lieu peu de temps avant l'entretien a sans doute contribué à renforcer chez Mme Jodu cette perception négative du monde extérieur.

pourquoi, comme dans les deux exemples ci-dessus, on peut sans incohérence être malade sans radicalement perdre la santé –, qui s'opérationnalise *en situation*, dans le contexte des expériences singulières.

Pour aller plus loin, je m'intéresserai aux définitions émiques de ce qui « fait problème » : selon quels critères et dans quels contextes des événements psychocorporels sont-ils (ou non) subjectivement construits comme maladie ? Cette interrogation amène à mettre au jour des conceptions plurielles du « normal » et du « pathologique », liées à des représentations sous-jacentes de la santé et de la maladie.

### *b) Désigner les « problèmes »*

Une piste d'analyse fertile consiste à repérer ce qui, dans les entretiens, est désigné comme « grave », problématique ou inquiétant dans la variété des événements corporels. Par la mise au jour de cette désignation se dévoilent, en creux, les définitions profanes de la santé et de la maladie – cette dernière étant donc entendue ici comme « illness », c'est-à-dire définie par l'individu concerné (par distinction avec « disease » qui renvoie à la définition biomédicale, et « sickness » qui désigne la maladie comme phénomène social<sup>1</sup>).

Un premier type de désignation est facilement identifiable et relève d'une conception de *la santé comme outil pour l'action*. On retrouve ici un univers de représentations classiques abondamment décrit dans la littérature sociologique et anthropologique, où la santé apparaît dans toute sa positivité : la (bonne) santé est la possibilité d'agir, de faire, de vivre sans entraves ni limitations. Symétriquement et indissociablement, la maladie est définie comme une incapacité de faire, une limitation de l'action, qui oblige à une réorganisation objective et subjective des actions et des comportements.

**Mme Anam** formule bien ce double versant :

« Et à partir de quel moment vous estimez que c'est grave ? – *Quand je peux plus bouger. Quand je vois que je peux plus faire un pas... (...) Mais sinon si je bouge, je remue, pour moi, tout va bien* ».

---

<sup>1</sup> YOUNG A., « The anthropologies of illness and sickness », *op. cit.* ; ZEMPLÉNI A., « Entre "sickness" et "illness" : de la socialisation à l'individualisation de la "maladie" », *Social science and medicine*, vol. 27, n° 11, 1988, pp. 1171-1182.

Selon la nature du trouble, le sentiment de restriction de la capacité d'action peut être passager, comme dans le cas du banal rhume qui oblige **M. Terray** à « garder la chambre » :

*« J'ai pas l'habitude, moi j'aime bien faire ce que je veux, on va dire être mobile, plus ou moins, là j'étais dans la chambre, quand j'étais enrhumé... ».*

Mais lorsque l'incapacité devient chronique, c'est l'ensemble des habitudes de vie et des pratiques quotidiennes qui se trouve modifié. Il y a alors un « avant » et un « après » et, de l'un à l'autre, la perte d'une part d'autonomie et de liberté d'action.

Ceci apparaît explicitement chez **Mme Mara** :

*« Avec mon problème de pied, je peux pas faire. Donc je suis un petit peu limitée. Avant j'allais faire l'aquagym, quand je me sentais pas bien, que ça allait pas, j'allais à l'aquagym. Je me défoulais... Quand ça allait pas, le dimanche, je partais faire de la montagne. Maintenant avec mon pied, je peux pas. (...) Je ne peux jamais me chausser, je peux pas mettre de collants, donc je mets toujours des... des souliers ouverts derrière, c'est impossible maintenant, d'avoir des souliers fermés »,*

ou **Mme Kléber** :

*« Par exemple, avec mon amie là, on voulait faire de la tapisserie. Mais je peux pas remuer une armoire moi ! Donc ça je peux pas le faire. Je peux... Un lit, tout ça, je peux pas le bouger, parce que bon, c'est trop lourd quoi. Donc y'a des choses que j'aurais aimé faire, on peut pas faire ».*

Dans cette logique pragmatique, la maladie qui se ne manifeste pas dans l'existence quotidienne n'est pas catégorisée comme telle, comme le montre cette formulation de Mme Kléber qui, bien que diabétique, ne s'était pas perçue comme malade avant d'avoir son infarctus :

*« Je me sentais pas malade, donc... Parce que bon, vous avez du diabète mais ça se... ça se voit pas, ça vous empêche pas de rien faire quoi. Et... donc jusque-là j'avais rien ».*

De la même façon, pour **Mme Pinson**, l'asthme n'est un problème que lorsqu'il se manifeste : « pour moi je suis malade quand j'ai une crise ».

Dans cette conception de la santé comme faculté qui permet tout le reste (**Mlle Roque** : « sans la santé on peut rien faire »), le travail arrive presque toujours au premier plan et fait office d'activité de référence. La limitation imposée par la maladie se mesure alors à l'aune de ses conséquences sur la possibilité de pratiquer son activité professionnelle. Être malade, c'est donc ne pas pouvoir travailler :

*« Souvent on a une grippe ou n'importe quoi, on peut laisser traîner, on dit oh tant pis, on va laisser... Moi je, non, parce qu'après ça traîne, ça peut être plus aggravé donc après on est obligé de s'arrêter » (Mme Beban)*

*« [à propos de son problème à l'auriculaire] C'est ennuyeux quelque part, mais ça m'empêche pas de travailler non plus » (Mlle Portet)*

« Mon mari a jamais été malade. Jamais. Même des petits rhumes, même des petits rhumes **il allait travailler**. (...) Si, si vraiment il avait... une gastro, un truc comme ça, mais **ça l'empêchait pas d'aller travailler** » (Mme Brax)

« J'ai pas trop de problèmes de santé. (...) Je veux dire, bon, **je peux travailler**, je peux faire comme tout le monde » (Mme Damo)

On peut souligner que cette conception de la maladie en lien avec le travail s'appuie sur une construction socio-historique particulière, celle du régime de l'assurance maladie et de l'arrêt maladie. L'existence de ce dispositif juridique a ainsi contribué à construire une représentation sociale largement partagée de la santé et de la maladie.

Définie sur le plan pratique comme incapacité de faire, la maladie apparaît sur le plan symbolique comme un événement<sup>1</sup> placé sous le double signe du *désordre* et de l'*anormal*.

Ainsi que l'écrit G. Canguilhem, « le propre de la maladie c'est de venir interrompre un cours<sup>2</sup> ». Elle fait irruption, elle surgit dans l'existence de façon brutale (ce que désigne bien l'expression « tomber malade »). On trouve dans les entretiens de multiples expressions de cette soudaineté de l'événement, de son caractère saisissant, en particulier lorsqu'il s'ouvre sur un épisode aigu qui apparaît dans le récit comme un moment charnière, dont les circonstances sont souvent restituées avec une grande précision :

« C'était un **malaise** qui a été tellement rapide, j'ai pas perdu conscience rien du tout hein, je me lève, je venais de déjeuner, et puis **tout d'un coup**, oh que je suis mal, oh que je suis mal, et... Pour expliquer ce que j'ai ressenti, je n'ai ressenti que ce malaise, **j'ai senti quelque chose qui se passait dans ma tête**, et puis ce malaise » (Mme Jost)

« Et là **un jour** en levant une marmite, je suis tombée et mon mal au dos s'est empiré, c'est pour ça que **depuis...** » (Mme Anam)

« Et **le 21 décembre**, je me lève, **4h du matin**, mal au ventre, je suis restée normale, je dis à Albert, mon mari, té, j'ai mal au ventre, donne moi un Efferalgan vitamine C. (...) Bon, j'en prends un, et puis **ça me prend**, l'étourdissement, ça me tourne, et un mal au ventre, j'ai dit oh, ça va pas, un mal au ventre, et puis à perdre l'équilibre, à perdre l'équilibre... (...) Il appelle l'ambulance, de suite à l'hôpital, en urgence hein, ils m'ont fait l'échographie, la tension - **5 heures et demie du matin**, j'étais à l'hôpital (...) et je partais... De plus en plus mal, à peine il me touchait... (...) **A un moment donné**, 5h28, je suis rentrée, 5h39, 6 heures mois le quart grand maximum, hop... je me sentais mal... **Je les vois encore**, tous les médecins autour de moi » (Mme Jeco)

<sup>1</sup> AUGÉ M., « Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement », in AUGÉ M., HERZLICH C., *Le sens du mal*, op. cit., pp. 35-79.

<sup>2</sup> CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, op. cit., pp. 86-87.

Le problème de santé apparaît donc comme un désordre, une irruption et une interruption du cours normal de l'existence. A l'inverse, la guérison ou la disparition du trouble est un retour à l'ordre, à la normale :

*« Petit, oui. Là j'étais souvent – enfin même tout le temps malade, pharyngites, rhinopharyngites etc., donc on m'a opéré, je suis allé faire une cure, et depuis tout est rentré dans l'ordre » (M. Blagnac)*

*« Alors je suis restée 2 mois sans travailler, parce qu'on m'a ouvert le ventre, et après bon, ça s'est bien... enfin tout est rentré dans l'ordre » (Mme Alpe)*

Le registre du normal et de l'anormal se décline également dans l'opposition entre « prévisible » et « imprévisible ». Seront alors désignés comme graves les troubles qui n'étaient pas plausibles ou prévisibles, et minimisés ceux qui l'étaient :

*« Moi pour l'instant j'ai presque rien en santé, enfin si j'en ai eu mais je veux dire, c'est pas des trucs qui m'arrivaient... – c'était prévu quoi. L'opération de la mâchoire c'était prévisible depuis 5 ans, je savais que j'allais être opéré à la majorité, bon ça c'est... » (M. Terray)*

La conscience de l'avancée en âge et du vieillissement inéluctable du corps vient parfois expliquer en les normalisant les troubles ressentis (**Mme Jost** : « eh oui, [la santé] se dégrade, c'est normal, on vieillit, [mais] c'est des petits trucs, c'est pas ça qui va mettre ma vie en jeu »). Un exemple en est donné par **Mme Blondel** qui catégorise comme « maladie » les troubles qu'elles a ressentis à la suite de bouleversements dans sa vie professionnelle et personnelle, mais qui estime par contre que, compte tenu de son âge, l'hystérectomie qu'elle a subie était « normale » :

*« Bon, après j'ai eu des problèmes mais comme tout le monde, quand on approche la cinquantaine, la fameuse histoire de préménopause etc., là donc l'an dernier j'ai subi une intervention chirurgicale, mais... Bon, ça c'est absolument pas lié, on peut pas les lier [aux événements de la vie], ça c'est... La vie fait que vous avez plein de petits ennuis de santé ».*

L'anormal, c'est aussi l'inhabituel, l'inconnu. Dans la constellation des manifestations psycho-corporelles, chacun se livre à un travail de discrimination des signes – devenus symptômes – dans lequel l'étrangeté a valeur de critère : des modifications de la conformation physique du corps (prise ou perte de poids par exemple) ou de son fonctionnement habituel sont autant d'indices qui vont attirer l'attention sur l'éventualité d'une pathologie. Ainsi **Mlle Portet** est alertée si elle développe « une toux qui est pas très normale », **Mme Enzo** a été inquiétée récemment par « une douleur que je connaissais pas », **Mlle Loci** a jugé problématique une fatigue qu'elle ne s'expliquait pas (et qu'elle interprète a posteriori comme un effet de l'angoisse liée à la détérioration de sa relation de couple) :

*« Je comprenais pas pourquoi j'étais fatiguée comme ça... Je me réveillais le matin, j'avais fait 10 heures de nuit, et j'étais fatiguée... Je me disais c'est pas normal, y'a quelque chose qui va pas... ».*

Le registre de l'anormal prend un sens particulièrement fort dans l'ordre de la santé mentale ou morale : c'est alors la perception d'une altération de soi à travers le fait de *ne plus se reconnaître* qui apparaît comme pathologique. « On est donc malade non seulement par référence aux autres, mais par rapport à soi<sup>1</sup> ». **Mme Lavaur** exprime bien ce type de perception qui oppose un « moi » habituel et un « moi » étranger :

*« J'ai pleuré au travail, alors moi qui suis assez... la personne qui se contrôle, tout ça, j'ai pleuré au travail. (...) Alors que j'avais jamais pris de somnifères j'ai pris des somnifères, enfin quelque chose que j'ai jamais pris avant, moi qui suis très homéopathe, machin-truc... (...) Je vois bien que là, je me reconnais pas, je me reconnais pas comme ça, de... je m'étais engueulée avec un médecin, mais terrible, alors que je suis assez diplomate et calme ».*

L'entourage vient ici jouer un rôle important de confirmation de la perception de soi comme différent :

*« C'est des amis à moi qui m'ont dit : mais t'as changé, qu'est-ce que tu as ? (...) Les collègues m'ont dit : mais qu'est-ce que tu as, on t'a jamais vue comme ça ! ».*

Dans le même ordre d'idée, **Mme Mara** a perçu une modification de sa personnalité habituelle (qu'elle a par la suite expliquée par la découverte d'un dysfonctionnement thyroïdien) :

*« Je me trouvais un peu énervée, et je me disais que c'est pas dans mon tempérament de... Bon, je suis nerveuse, mais enfin c'était pas dans mon tempérament d'être comme ça ».*

Ici, c'est un médecin (dermatologue) qui vient confirmer l'impression ressentie :

*« Elle me disait : c'est bizarre, je vous connais, vous êtes quand même assez chose là maintenant ».*

Ainsi l'attention portée aux modes de désignation des problèmes qui se posent dans l'ordre de la santé montre que, comme l'avait bien vu G. Canguilhem, « c'est donc au-delà du corps qu'il faut regarder pour apprécier ce qui est pathologique pour ce corps même<sup>2</sup> ». Les conceptions émiques de la santé et de la maladie en font des notions pragmatiques, contextuelles, référées aux caractéristiques de l'existence passée et présente. Si elles sont travaillées par la confrontation aux catégories médicales, elles ne s'y réduisent pas, faisant intervenir des représentations issues d'autres univers symboliques et culturels.

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 87.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 133.



### *c) La cause et le sens : la question du « pourquoi »*

Dans le domaine de la santé, les « problèmes » sont aussi à comprendre comme « énigmes » à résoudre, c'est-à-dire à rattacher à des causes et à intégrer dans une intelligibilité qui vise à réduire le mystère de leur apparition. Cette activité symbolique constitue bien sûr un nœud de signification fondamental dans les discours sur la santé. Mais ne s'agit-il ici que d'une « quête de sens » ? On peut suivre l'invitation de J. Benoist à examiner de plus près « l'idée si répandue que les malades entreprennent une grande part de leurs démarches afin de comprendre le "sens de leur mal", au cours d'une "quête de signification". (...) Le "sens" est-il vraiment une demande si importante de la part du sujet, ou est-ce une idée d'ethnologue ? Les questions classiques "pourquoi moi ? pourquoi maintenant ?" sur lesquelles on s'appuie pour fonder cette interprétation, sont-elles vraiment l'expression de la recherche d'un sens ? Ne traduisent-elles pas plutôt une demande d'éclaircissement sur un point qui semble au malade une étape nécessaire dans la progression vers un diagnostic et vers un traitement ? (...) Quête de sens, alors ? Plutôt quête de soin, quête de thérapie. Le sens, on le reçoit en plus, d'autant plus que le mal est tenace. Il vient par surcroît, mais le moteur est dans la recherche d'action, d'efficacité, c'est-à-dire dans le désir de transformer positivement un état<sup>1</sup> ». Le travail interprétatif profane est donc animé par une double logique : d'une part (et, si l'on en croit J. Benoist, surtout) une recherche des *causes* en tant que leur connaissance aidera à choisir le recours approprié - cet aspect relève de ce que l'on appelle « étiologie profane » ; d'autre part, une « *quête de sens* » qui n'a pas de visée pragmatique directe mais s'inscrit plutôt dans une recherche d'ordre métaphysique et fait intervenir des valeurs telles que la justice ou l'injustice, ou des questionnements existentiels sur l'identité et le « sens de la vie ».

L'analyse des entretiens fait apparaître surtout le premier pôle, celui de l'étiologie profane, qui, soulignons-le, est aussi une « étiologie de la bonne santé », au sens où celle-ci, comme la maladie, demande à être expliquée. Parfois spontanée, parfois sollicitée au cours de l'entretien, on peut décrire plusieurs registres de cette étiologie profane, qui remonte parfois très loin dans le temps et met en jeu des modèles explicatifs diversifiés et pluriels, pouvant se combiner pour expliquer un même trouble.

---

<sup>1</sup> BENOIST J. (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 2003, pp. 495-497.

La « chance » constitue un premier type d'explication profane. Il est intéressant de constater qu'elle est convoquée presque exclusivement pour expliquer la bonne santé, comme si la maladie ne pouvait pas, symétriquement, être simplement rapportée à de la « malchance » :

« J'ai pas eu l'occasion d'aller voir [un médecin]. J'ai aussi de la **chance**, c'est clair » (M. Blagnac)

« J'ai le **pot** d'être en excellente santé, d'avoir une excellente forme. (...) **C'est ma nature**, tant mieux pour moi, mais **j'ai la chance d'être solide**, c'est vrai. (...) **Ma constitution physique** fait que ben ma foi j'ai la **chance** de... de pas trop bouger quoi (...) Donc je... je peux pas dire que je fasse beaucoup d'efforts, parce que j'ai la **chance** de pas... pas avoir de problèmes quoi. » (Mme Blondel)

« J'ai la **chance** de pas trop être malade » (Mme Beban)

« On a la **chance** en effet d'être en bonne santé » (Mme Delache)

Comme on le voit en particulier chez **Mme Blondel**, ce type d'explication renvoie souvent à une conception de la bonne santé comme liée à une bonne « constitution personnelle » : plus qu'un état, la santé est ici une caractéristique intrinsèque de l'être (cela se manifeste, paradoxalement, dans le glissement de « être » à « avoir » : « avoir » une bonne santé connote plus fortement une dimension ontologique qu'« être » en bonne santé). Mais l'interprétation va encore un cran plus loin (et peut-être là sommes-nous au niveau du sens plus que des causes) lorsque cette constitution est elle-même expliquée par certaines caractéristiques du milieu d'origine :

« Ce qu'il faut vous dire aussi c'est que... moi j'ai vécu dans un milieu familial **très équilibré, très sain**... J'ai toujours eu un **terrain favorable**, donc... **privilegié** quelque part... Donc je crois que ça y fait beaucoup aussi... **Je suis quelqu'un d'équilibré naturellement** ».

Dans le même ordre d'idée, d'autres personnes font référence à l'enfance comme moment de constitution d'un capital de santé : **M. Terray** par exemple estime qu'il doit sa bonne santé actuelle entre autres choses au fait d'avoir été « bien nourri » dans sa prime jeunesse, et **Mme Pinson** évoque son enfance sportive sur les plages congolaises.

Chez **Mme Faya** c'est au contraire la mauvaise santé qui est présentée comme une complexion personnelle, une faiblesse intrinsèque, liée au tempérament et à la personnalité :

« Ma santé, **je suis très faible**, déjà. Je suis pas quelqu'un avec un, comment dire, j'ai pas énormément de punch. (...) Je suis **pas très dynamique** ».

Une ligne explicative proche, par son fatalisme, réside dans la référence à l'hérédité. La bonne santé comme la maladie sont alors interprétées dans l'ordre du « destin », comme cela apparaît dans les propos de **Mme Jost** :

*« Jusqu'à 50 ans j'ai pratiquement rien eu. J'ai eu cette **chance**... Mais vu les **antécédents familiaux**, bon. (...) Le gynéco m'avait dit, **vu vos antécédents**, tôt ou tard, vous allez avoir quelque chose. (...) Je pense qu'il y a certains domaines pour lesquels si vous voulez.. on peut pas. **La génétique elle est là**, vous venez de deux personnes qui ont un capital, après **c'est le loto** hein, quelque part c'est de la **chance** d'avoir tel gène ou tel gène, donc... (...) Je crois qu'on peut pas retenir hein, c'est... Bon, moi je suis très, là-dessus si vous voulez, **je me dis arrivera ce qui arrivera**, on est comme ça, **on est programmés comme ça**, bon. (...) Je pense que **j'étais prévue pour ça**, avoir ce que j'ai eu ».*

Dans la mise en intrigue de l'événement corporel (le début de cancer du sein), on retrouve toute la dimension symbolique de la maladie comme atteinte à la vie confrontant l'individu à l'éventualité de la mort. Chez Mme Jost, cette interprétation est d'autant plus présente que sa mère est décédée de la même pathologie un an auparavant. L'irruption de la pathologie (même prévisible compte tenu des « antécédents ») occasionne une prise de conscience du « temps qui reste » :

*« J'ai commencé à me dire mais zut, ma mère est morte à 69 ans, sa mère elle avait 70 ans, donc je me dis, avec l'hérédité que tu as, **il te reste pas beaucoup**... (...) Ça m'a fait réfléchir sur les années à venir. **Ça m'a ouvert un petit peu les yeux** en me disant, pourquoi travailler tant, alors qu'il y a des choses que tu voudrais faire et que tu as pas le temps. (...) J'éprouve la sensation d'avoir... de savoir ce que j'ai derrière moi, **devant je ne sais pas les années qu'il va me rester** ».*

A l'opposé, l'explication par le *comportement personnel* met en avant la responsabilité individuelle dans l'état de bonne ou mauvaise santé. C'est sans doute le registre explicatif où la référence normative tient le plus grand rôle, et c'est très souvent sous cet angle normatif que la santé est initialement abordée dans les entretiens. Positivement, c'est la bonne santé qui est attribuée à une « bonne conduite » personnelle, c'est-à-dire au respect des principes sanitaires considérés comme adéquats ; à l'inverse, sur le versant négatif, la maladie (ou une santé imparfaite) trouve son explication dans un comportement inapproprié ou fautif. Celui-ci est exprimé sur deux versants :

- « faire » des choses dont on sait qu'elles ont des effets potentiellement négatifs sur la santé :

*« Moi dans les années 75, les années folles, j'avais 20 ans quoi. Fallait pas nous en promettre, à tous les niveaux. Ça passait de partout, par les bras, par... tout quoi, vous voyez ce que je veux dire, donc **le foie, il avait bien donné quoi** » (M. Thimas)  
« **Quand on fume**, on dit pas qu'on est en très bonne santé... » (M. Arène)*

« Je **culpabilise** en mangeant, je me dis quand même, tu abuses, **tu sais que tu es malade, qu'il te les faut pas**, et si tu fais un malaise maintenant les gamines comment elles vont faire, et tout ça, mais ça m'empêche pas de manger » (Mme Chafi)

- ou « ne pas faire » des choses dont on pense qu'elles seraient nécessaires pour être en meilleure santé :

« Je reconnais que c'est vrai qu'en faisant du **sport** ça m'aiderait à maigrir » (Mme Beban)  
« [Je devrais] peut-être **en parler un peu plus**, si j'en parlais un peu plus, peut-être euh... Je sais pas, oui... Et puis peut-être, **aller plus tôt quand je sens qu'il y a quelque chose...** (...) Des fois je me dis qu'il **faudrait que je consulte**, faire un check-up... » (Mme Enzo)

« Je sais qu'il **faudrait que je perde du poids** parce que je sais que c'est pas bon, là j'ai 10 kilos en trop, il faut absolument que je les perde, parce que pour le dos, pour les articulations, c'est vraiment pas bon, mais en même temps, je me dis mon dieu pfff, c'est comme une ombre qui plane au-dessus de moi en fait un peu... » (Mlle Loci)

Il y a donc dans ces propos la reconnaissance d'une part de responsabilité personnelle dans des troubles de santé, d'une forme d' « inconduite sanitaire ». Consulter des médecins plus rapidement ou plus régulièrement, « faire attention » à son alimentation, avoir une activité physique, ne pas avoir d'addiction (alcool, tabac) sont les éléments le plus souvent cités au titre de ce qu'il « faudrait » faire ou faire mieux pour sa santé. Ce type de discours est à resituer dans une évolution socio-historique de fond : le développement massif de la « santé publique », qui se manifeste « à la fois à travers l'implication de plus en plus large d'agents divers, dont tous ne viennent d'ailleurs pas de professions de santé, et à travers la présence toujours plus insistante, dans la culture moderne, de références à des normes et des savoirs d'inspiration hygiéniste, ou plus exactement néo-hygiéniste, si l'on veut caractériser ainsi l'inflexion des modèles hérités du siècle précédent dans le sens d'une responsabilisation personnelle face à la maladie<sup>1</sup> ». Un corollaire important de cette notion de responsabilité individuelle est que, contrairement à ce que l'on observe dans les registres explicatifs précédents (chance, destin ou hérédité), est présente ici l'idée que l'on peut agir sur sa santé - même si l'action, en ce domaine, est loin d'être toujours facile à engager (je reviendrai sur ces aspects un peu plus loin).

Un autre type d'explication de la réalité psycho-corporelle, très fréquent, consiste à désigner des éléments de l'*environnement* et du milieu de vie comme pathogènes. Du plus proche (le quartier, la ville) au plus lointain (la pollution, la société en général), c'est le monde extérieur qui est perçu comme potentiellement ou

---

<sup>1</sup> FASSIN D., *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996, p. 281.

effectivement néfaste (ou bénéfique) pour la santé<sup>1</sup>. La relation peut être énoncée dans une formulation directe en termes de « facteurs de risque » : ainsi **Mme Mermoz** désigne le fait de « *mal bouffer* » et les « *problèmes de pollution* » comme « *facteurs aggravants* » de l'asthme, et **Mlle Roque** se montre très inquiète à propos de ce que l'on pourrait appeler l'« environnement alimentaire » :

« *Quand je vois les maladies qu'il y a, franchement... Maintenant, avec la vache folle et tout ça, on peut plus vivre hein, c'est vrai qu'on peut plus vivre ! On peut plus rien manger, on peut plus rien faire. (...) Quand je vois la vache folle, déjà ça m'inquiète, ça c'est sûr. Parce que si on peut plus manger de viande... ça commence comme ça, ça va finir comment ? Je sais pas comment ça va se passer cette histoire hein... ».*

Mais c'est surtout de façon plus indirecte que le cadre de vie est mis en cause. L'environnement urbain et le mode de vie qu'il impose (stress, pression temporelle, bruit...) est cité plusieurs fois au titre de source pathogène :

- soit parce qu'à travers les contraintes de temps, il empêche de s'occuper de sa santé comme on le souhaiterait ou comme il le faudrait, ainsi chez **Mme Lavaur** :

« *Après dans la vie pratique j'y arrive pas, j'y arrive pas, parce que je suis débordée... Je pense que déjà il faut pas travailler, il faut être tranquille quoi, non, moi, la vie stressante en travaillant, tout ça, et en ayant les enfants à m'occuper... ».*

- soit parce que, de façon globale, on estime ne pas avoir une bonne « qualité de vie ». C'est à une représentation très extensive de la santé comme bien-être général que renvoie ce type de perception. Un tiers des personnes rencontrées ont exprimé leur souhait de vivre « à la campagne » (pour elles-mêmes mais aussi beaucoup pour que les enfants puissent « s'oxygéner »). Mais la notion d'environnement ne se réduit pas à cette conception écologique. Elle peut également désigner le lieu de vie en tant qu'espace stigmatisé où l'on « vit mal ». C'est le cas de **Mme Damo**, qui lors du questionnaire avait estimé que les troubles qu'elle a connus au cours des deux dernières années (« *thyroïde et problèmes nerveux* ») étaient liés (entre autres) à « l'environnement ». Elle éclaire ce lien tout en le relativisant :

« *Je suis pas faite pour vivre en ville, pour vivre dans des cités, je m'y plais pas. (...) J'en ai ras-le-bol de vivre un peu dans des cités comme ça quoi, où y'a beaucoup d'Arabes. (...) C'est dégueulasse, c'est pourri, pfff... ça me bouffe. - Et quel lien vous faites entre ça et votre santé ? - ... Non, y'a pas, ça... ça joue pas sur la santé forcément, mais bon, c'est vrai que c'est stressant, c'est pas agréable de rentrer chez soi, de voir que des blocs de béton, bon, les gens qui crachent par terre, tous les ratons du coin, c'est pas... C'est mal vivre, on vit mal quoi. C'est pas sur la santé par elle-même, mais... ».*

On retrouve là une émanation de la conception classiquement décrite de la maladie exogène, « engendrée par une causalité extérieure, par l'intrusion réelle ou

---

<sup>1</sup> Je rappelle que dans le questionnaire, 29% des personnes interrogées ont estimé être exposées à des choses qui leur semblent « dangereuses » dans le travail et dans la vie habituelle.

symbolique d'un objet nocif (...) et, à un niveau plus global, par l'action malfaisante d'un être malsain : la société. (...) La maladie est imputée à la société "agressive" et "contraignante", par l'intermédiaire d'un "mode de vie" malsain, imposé à l'individu. On détaille à l'infini les éléments malsains dont l'accumulation provoque la maladie : l'air pollué, la nourriture frelatée et "chimique", le bruit, le rythme de vie. La maladie incarne donc et cristallise l'agression sociale ; celle-ci est interprétée comme maladie présente ou à venir<sup>1</sup> ». On peut également relever ici une forme de mise en accusation de l'Autre culturel, dont S. Fainzang a montré qu'elle constitue l'une des expressions de la maladie, celle-ci prenant le statut d'un langage pour dire les tensions sociales et les difficultés des relations aux autres<sup>2</sup>.

Un registre particulier de la dynamique d'inscription du social dans l'ordre de la santé, qui met en avant la place du « moral », du « mental » ou du « psychologique », réside dans la mise en relation de troubles de santé avec des événements, des expériences, des circonstances particulières vécues douloureusement par la personne, et qui par le biais d'une atteinte d'abord psychique se traduisent en manifestations pathologiques organiques. A travers ce processus, c'est la catégorie du *psychosomatique* qui est convoquée, et plus largement c'est le vaste champ des relations entre le corps et « l'esprit » et de l'influence possible du second sur le premier<sup>3</sup>. Avant de voir comment cette interrelation est mise en scène dans les propos des personnes, il convient d'en préciser quelque peu les contours. En fait, on peut distinguer deux types de mise en rapport du « moral » et du « physique » : le cas des manifestations corporelles engendrées par un événement ou un contexte de vie qui au départ ne relève pas du domaine de la santé ; et le cas des prolongements somatiques d'un problème de santé mentale. Dans le premier cas (le plus proche de la définition médicale du « psychosomatique<sup>4</sup> ») il s'agit d'une *traduction* dans ou sur le corps d'un événement d'ordre émotionnel ou affectif. La somatisation est la conséquence, par

---

<sup>1</sup> HERZLICH C., « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », in AUGÉ M., HERZLICH C., *Le sens du mal*, op. cit.

<sup>2</sup> FAINZANG S., *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, Paris, Éd. de l'EHESS, 1989.

<sup>3</sup> On a vu précédemment que les médecins du travail font largement appel à un tel schéma explicatif.

<sup>4</sup> Définition qui est elle-même complexe et non consensuelle. La psychosomatique est une approche de la maladie construite au croisement du savoir biomédical et des théories psychanalytiques. Le principe d'une « influence », ou plutôt d'influences multiples, de « facteurs sociaux » sur la santé et la maladie est également exploré par la psychologie de la santé, avec d'importants développements récents, cf. : MORIN M., « Naissance et développements de la psychologie de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, 2002, pp. 129-140.

la médiation du psychisme, d'une cause extérieure. Dans le deuxième cas, il n'y a en réalité qu'un seul et même problème de santé mentale dont les manifestations se déclinent à la fois dans l'esprit et dans le corps. Quelques exemples éclaireront mieux cette distinction.

Plusieurs personnes établissent un lien de cause à effet entre des événements de leur vie et des troubles somatiques<sup>1</sup>. Ainsi **Mme Blondel** estime que les « gros chocs » qu'elle a connus (divorce et perte d'emploi, qui de plus ont eu lieu presque en même temps) ont eu une traduction corporelle :

*« Là c'est vrai que j'ai été malade, ça s'est traduit de façon... j'ai chopé une espèce de virus, je sais pas quoi, on n'a jamais su ce que c'était, mais ce qui est clair c'est que c'était lié à ça, à l'angoisse du fait d'avoir perdu mon boulot et de divorcer, ça c'est certain. (...) ça s'est traduit par... cette espèce de virus là, et puis, je sais pas comment ça s'appelle, j'ai eu... une fistule, oui, je crois, c'est ça, une fistule... et puis de l'herpès, que j'avais jamais eu de ma vie. Donc c'est quand même bien lié... (...) Quand j'ai perdu mes parents ça s'est traduit par des nodules à la thyroïde Voilà. Hein, voyez, y'a... Comme quoi quand même, je suis persuadée que... y'a toujours... lien de cause à effet avec les maladies ».*

Pour Mme Fonviel, c'est la mise en faillite de son commerce qui a engendré « de suite des problèmes au niveau des seins » et « un truc au niveau de l'utérus là, un fibrome ». Dans ces exemples, la cause pathogène est un événement précis, ponctuel, dont la manifestation corporelle semble immédiate, mécanique. Dans d'autres cas, c'est la médiation par les « nerfs » qui est décrite :

*« J'ai eu des calculs rénaux, des... qui sont peut-être liés des fois aussi à, enfin on sait pas trop, mais à des réactions émotives ou d'énervement, des trucs comme ça » (M. Bois)*

*« J'ai des kystes qui me sortent dans la tête, mais ça je pense que c'est nerveux » (Mme Damo)*

*« Je sais que quelque part j'ai des problèmes de santé qui viennent de ma nervosité. Par exemple, les problèmes de reins que j'ai sont très liés au stress... J'ai un gros stress, paf!, j'ai une infection urinaire » (Mme Loci)*

Enfin, de façon plus indirecte, quelques personnes rattachent les troubles perçus à un comportement individuel lui-même provoqué par des difficultés d'ordre personnel ou professionnel : ainsi Mme Beban estime que son problème de surpoids est imputable au comportement alimentaire qu'elle a adopté après la mort de sa mère et la perte de son emploi<sup>2</sup>, Mlle Arène fait un lien entre sa consommation d'alcool excessive (et pathogène à ses yeux) et ses difficultés sentimentales, et Mme Jeco ou Mme Fonviel ont recours à des fortes doses de

<sup>1</sup> Rappelons que lors du questionnaire, 71 événements de vie ont été cités comme ayant été « à l'origine d'une plus grande fragilité sur le plan de la santé », et parmi eux, 52 n'étaient pas des événements de santé.

<sup>2</sup> « Je sais que mon problème de poids il est psychologique. (...) Ça me le fait depuis que j'ai perdu ma mère, ensuite j'ai perdu mon boulot en même temps, et je sais que depuis j'ai pris du poids, et là y'a un... blocage ».

psychotropes pour faire face à un mal-être permanent (alcool pour l'une, médicaments pour l'autre).

Mais où s'arrête le « psychologique » et où commence le « physique » ? Il est parfois difficile d'identifier une nette ligne de partage entre les deux, et la catégorie de la « dépression » l'illustre bien<sup>1</sup>. Au total 11 personnes disent être ou avoir été « dépressives » (toutes des femmes), et nombreux sont les exemples mettant en scène les affections et dysfonctions du corps au cours de ces périodes. La dépression apparaît comme un trouble indissociablement physique et mental : certes, le problème est avant tout « dans la tête » (Mme Fonviel), mais il va de pair avec des manifestations somatiques assez gênantes pour abonder dans le sens de la mauvaise santé physique. Qu'il s'agisse d'insomnies (provoquant elles-mêmes une fatigue qui attise l'état dépressif sur le modèle du cercle vicieux), de perte d'appétit (ou au contraire d'un appétit excessif), ou de l'angoisse comme sensation physique (Mme Fonviel : « ça fait mal partout, même la peau... Enfin c'est atroce, c'est atroce, y'a la peau qui tire, vous avez tout qui... enfin c'est affreux »), nous sommes là dans un ordre de perception où le corporel et le psychique s'entremêlent étroitement. Le concept de « dépression », dans ses acceptions émiques, apparaît comme un ensemble cohérent dont le corps et l'esprit participent conjointement.

Deux personnes se réfèrent explicitement à une approche psychanalytique pour interpréter des problèmes de santé :

« Comme je ne pouvais pas dire, verbaliser, je ne pouvais pas dire merde en face [à ma mère], ben... j'ai réagi autrement, c'est-à-dire c'est de l'hystérie, j'ai réagi par le corps, c'est-à-dire que je suis tombée agoraphobe » (Mme Fonviel)

« J'ai décidé de... de... de démonter le mécanisme, de **comprendre ce que c'était l'asthme, pourquoi j'étais asthmatique**, et... et essayer de trouver une autre formule pour me soigner. (...) Par une thérapie, par exemple, où c'est complètement lié, enfin je veux dire, l'oppression de la poitrine, cette impression de, d'étouffer, **c'était aussi lié à d'autres choses...** (...) Ça aussi, j'y crois très fort... Les affects... enfin je veux dire, de **l'influence de l'inconscient, ou des blocages émotionnels sur le corps...** » (Mme Mermoz)

Dans ces deux cas, le passage d'une recherche des causes à la quête de sens est pleinement opéré.

Ce qu'il est intéressant de souligner dans ces récits, c'est la grande continuité entre santé physique et santé mentale pour les personnes interrogées. L'esprit et le corps sont des lieux distincts, puisqu'on observe des passages de l'un à l'autre, mais ils sont en étroite communication. A travers les processus de somatisation (directe ou

---

<sup>1</sup> Pour une approche sociohistorique de cette notion, voir A. EHRENBURG, *La fatigue d'être soi*, op. cit.



médiée par un comportement), le corps apparaît bien comme un lieu d'inscription d'expériences vécues dans le monde social et qui peuvent « rendre malade » au sens propre<sup>1</sup>.

## 2. Entretenir et restaurer sa santé : ressources et supports

---

Si la santé est unanimement – bien que selon des modalités différentes – considérée comme un bien, une valeur, un outil, un pilier du bien-être, et qu'à l'inverse la maladie, la dysfonction, la douleur sont perçues négativement, dans quelle mesure les pratiques quotidiennes sont-elles imprégnées du souci de s'approcher de l'une et de mettre à distance les autres ? Et lorsque survient un « problème » de santé, que se passe-t-il ? Pratiques préventives et pratiques thérapeutiques, entendues dans leur sens le plus large, tels sont les deux aspects que je vais aborder maintenant.

### *a) La santé en pratiques*

Comme cela a été rappelé plus haut, le rapport à la santé ne s'actualise pas seulement à l'occasion d'épisodes morbides. Il se décline également à la fois en amont, dans les pratiques quotidiennes d'entretien corporel (qui, rappelons-le, ne sont pas nécessairement imprégnées d'une préoccupation explicite de l'ordre de la santé), et en aval, dans l'ensemble des recours et conduites mis en œuvre pour résoudre, résorber, contourner ou mettre à distance les problèmes rencontrés. Quelles sont donc les logiques sous-jacentes de ces comportements, actions et pratiques qui, entre stratégies délibérées et routines inscrites dans les habitudes de vie, construisent et opérationnalisent le rapport à la santé ?

La première observation qui peut être soulignée est celle d'une très grande complexité du rapport à la santé, dès lors qu'il s'agit de mettre en regard des représentations et des pratiques. Interrogées sur ce qu'elles font (ou ne font pas) dans le domaine de la santé et des pratiques corporelles, les personnes rencontrées

---

<sup>1</sup> PIERRET J., « Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault », in AUGÉ M., HERZLICH C., *Le sens du mal*, op. cit.

font état de gestes, de comportements, d'actions, de démarches... qui s'inscrivent, explicitement ou implicitement, dans des logiques différenciées et parfois concurrentes. Pour dénouer quelque peu cette complexité, et de façon idéal-typique, je distinguerai *quatre grandes logiques* qui sont au principe des différentes pratiques décrites dans les entretiens. Ces logiques sont construites analytiquement par interprétation et reconstitution des *motifs*, au sens où Max Weber définit le motif comme un « ensemble significatif qui semble constituer aux yeux de l'agent ou de l'observateur la "raison" significative d'un comportement<sup>1</sup> ». Il s'agit donc de déterminer *au nom de quoi* les personnes disent mettre (ou ne pas mettre) en œuvre des pratiques relatives à la santé (celle-ci étant investie de sens différents selon les logiques dominantes).

Une première logique organisatrice repose sur la référence aux catégories biomédicales qui fournissent ce qu'on peut appeler, en reprenant le vocabulaire de P. Berger et T. Luckmann<sup>2</sup>, une « connaissance généralement pertinente » en matière de santé, c'est-à-dire un ensemble de savoirs, de principes, d'injonctions, de recommandations définissant de façon normative les conduites à tenir pour être en « bonne santé ». Cet ensemble de références relève du domaine de la « santé publique », en tant que celle-ci « existe également comme culture, c'est-à-dire comme un ensemble de normes, de valeurs et de savoirs qui concernent la gestion du corps et sont plus ou moins partagés par tous<sup>3</sup> ». Plus ou moins, en effet : fortement présentes dans les discours analysés ici, ces normes issues du champ biomédical ne sont cependant pas reprises de façon homogène. Chacun s'approprie différemment les énoncés élaborés par les instances médicales et sanitaires. Cette *logique médico-sanitaire* donne lieu à ce que l'on peut appeler des savoirs sanitaires profanes, constitués de ce que chacun identifie comme étant « bon pour la santé ». La question du degré de concordance entre ces savoirs profanes et ce qui serait la « réalité » de la connaissance médicale n'a pas de pertinence dans l'approche constructiviste adoptée ici. Seul compte le fait que les individus considèrent comme légitime – car diffusé par l'institution médicale, elle-même légitime – un ensemble de principes de conduites relatifs à la santé.

Un autre axe d'intelligibilité apparaît lorsque les pratiques peuvent être comprises non plus en référence à la norme d'un modèle biomédical, mais comme la

---

<sup>1</sup> WEBER M., *Économie et société*, op. cit., p. 38.

<sup>2</sup> BERGER P., LUCKMANN T., *La construction sociale de la réalité*, op. cit.

<sup>3</sup> FASSIN D., *L'espace politique de la santé*, op. cit., p. 270.

recherche de formes de *bien-être*, de satisfaction et de plaisir. Il ne s'agit plus de faire « ce qui est bon pour la santé », mais « ce qui fait du bien », ce qui permet de « se sentir bien », tant physiquement que psychologiquement.

Un grand nombre des pratiques citées par les personnes sont animées par un troisième type de logique : celle qui inscrit les gestes et les comportements dans un souci de préservation et de perpétuation des activités habituelles. Dans cette logique, le motif est extrinsèque : les pratiques relatives à la santé et au corps ont pour but (implicitement ou explicitement) de permettre le bon déroulement des activités quotidiennes, autrement dit de contribuer à produire ou reproduire « l'ordre des choses ». J'ai choisi de qualifier de *pragmatique* cette logique tournée vers l'action, dans laquelle on « s'occupe » de sa santé pour rendre possibles d'autres activités.

Enfin, certaines pratiques répondent à ce que j'appellerai, de façon très large, une *logique culturelle*, c'est-à-dire qu'elles sont compréhensibles en référence à des traditions, des usages acquis et incorporés dans l'univers familial ou, plus largement, au sein du groupe socioculturel (religieux par exemple) que la personne désigne comme groupe d'appartenance.

Plusieurs remarques doivent être faites avant de voir comment ces quatre logiques fondamentales se déclinent et se combinent dans les expériences de santé. D'une part, ces logiques sont à comprendre comme des types idéaux, « tableaux de pensée » ou « types purs » obtenus en « accentuant par la pensée des éléments déterminés de la réalité<sup>1</sup> ». Les concepts que sont les types idéaux sont donc des outils au service d'une meilleure intelligibilité des réalités analysées, en l'occurrence des pratiques (appréhendées ici par le biais de leur narration) mises en œuvre relativement à la santé. Celles-ci se présentent toujours sous une forme affaiblie, impure, fléchie de l'une des quatre logiques citées. Mais surtout, c'est la *coexistence* de ces différentes logiques, dans des proportions et des agencements divers et évolutifs, qui fait la dynamique du rapport à la santé.

Affirmer que ces logiques orientent les différentes pratiques n'équivaut pas à postuler qu'il existe une cohérence parfaite entre le niveau des pratiques et celui des représentations. De très nombreux travaux de sociologie et d'anthropologie de la santé ont bien montré que le « dire » et le « faire » en matière de santé et de

---

<sup>1</sup> WEBER M., *Essais sur la théorie de la science*, op. cit., p. 172.

maladie ne se superposent jamais totalement, les discours et les connaissances n'ayant pas une valeur prédictive des comportements. Il n'est donc pas question de considérer que les logiques dégagées ici commandent directement les pratiques : il serait plus juste de dire qu'elles les « inspirent », au sens où elles en constituent les *horizons de référence*. Elles en sont à la fois le « pourquoi » et le « pour quoi ». Si chaque pratique décrite peut être rattachée principalement à l'une de ces logiques, ce n'est presque jamais de façon exclusive. Ainsi les cas de conflit ou de mise en concurrence des logiques sont fréquents et constituent un support d'analyse très riche.

Il faut souligner également une caractéristique essentielle de ces logiques : elles se déploient en référence à des modèles d'aspiration décrits comme tels par les personnes elles-mêmes, elles comportent une dimension normative. La « santé parfaite », le « bien-être parfait », la pleine jouissance de ses capacités corporelles, sensorielles et cognitives, ou le respect méticuleux d'une tradition ou d'une culture sont des *idéaux* que l'on aimerait atteindre, et dont on se rapproche plus ou moins. Ce statut d'idéal de référence est particulièrement perceptible pour les logiques médico-sanitaire et de bien-être.

On verra également que chacune de ces logiques comporte une dimension relationnelle importante. Nombreux sont les autres qui interviennent dans le rapport à la santé : qu'il s'agisse de proches ou de l'entourage plus lointain, de professionnels de santé ou de profanes, d'exemples à suivre ou de contre-exemples, chaque expérience met en scène de multiples acteurs.

### **La logique médico-sanitaire entre norme et écarts à la norme**

Comme cela a déjà été mentionné, les discours recueillis se caractérisent par la très forte prégnance d'une référence aux principes sanitaires issus de la médecine (dans sa forme dominante, c'est-à-dire allopathique) et des instances de prévention. Ce constat témoigne de la grande légitimité sociale des théories biomédicales dans le champ de la santé. Mais plus encore que le respect de la norme, ce sont les discours mettant en scène des manquements à ces principes qui en font ressortir la force. Si l'on s'attache au point de vue émique, il n'est pas exagéré de qualifier de « morale » cette norme sanitaire, tant sont fréquents dans les entretiens les termes appartenant à ce champ lexical (« j'avoue », « je reconnais », « je devrais/je ne devrais pas », « j'aurais dû », « fautive », « c'est mal », « je culpabilise »...), ainsi que les propos de justification qui les

accompagnent. En témoigne également ce qui est rapporté de certaines interactions avec les professionnels médicaux lorsqu'on a été « pris en faute » : **Mme Enzo** s'est ainsi « pris un enguelot d'enfer » de la part de son médecin, pour avoir pris « trop » de poids lorsqu'elle était enceinte, elle s'est également « fait remonter les bretelles » par un cardiologue lui reprochant de fumer, et **Mme Damo** ou **Mme Pinson** se sont « fait engueuler » respectivement pour avoir tenté de refuser une hospitalisation et pour ne pas suivre « correctement » un traitement pour l'asthme. Il y a bien un « devoir de santé », qui se traduit non seulement par un devoir de prévention et d'entretien de soi (Mme Pinson : « je me suis entretenue jusqu'à 20 – pfff, jusqu'à 22, 23 ans, mais je reconnais qu'après non »), de soin (toujours Mme Pinson : « je reconnais que ça m'est arrivé de me laisser sans traitement pendant... même un mois hein »), mais aussi, de façon plus subtile, par un devoir d'amélioration de la santé. L'approche historique développée par G. Vigarello montre bien en effet comment, dans les sociétés occidentales où la santé est une valeur éminemment positive, les discours et les pratiques qui la concernent ne se limitent pas aux registres du maintien et de la « gestion ». A l'aspect « conservation » s'est ajouté un souci d'amélioration et de perfectionnement : « l'attente du "mieux-être", renforcée aujourd'hui par les pratiques consommatoires et les inquiétudes sécuritaires, prolonge cette image d'une santé indéfiniment perfectible. Elle installe sans que la conscience en soit toujours bien claire l'idée d'un corps susceptible de transformations sans fin. C'est l'"approfondissement" de la santé qui devient un devoir et non plus seulement la lutte contre le mal<sup>1</sup> ».

Et cela se manifeste largement dans les entretiens : même lorsque la santé est jugée bonne ou très bonne, il y a toujours un « mieux » potentiel (**Mme Beban** : « on n'est jamais parfait »), et il y a toujours, pour atteindre cet état encore meilleur, des choses qu'il « faudrait » faire et que l'on ne fait pas :

« Je suis en bonne santé, oui... Je pense que je serais un peu plus sportive je le serais encore mieux. (...) Je sais que **je peux mieux faire**, être beaucoup plus sportive que ça » (Mlle Portet)

« J'ai pas une bonne circulation sanguine et là pour l'instant **je fais rien**, ça fait 2 mois que je dis que je vais aller à la piscine et **je le fais pas...** – Et ça t'inquiète ? Ça te culpabilise ? – Oui **ça me culpabilise un peu** mais bon, c'est pas pour autant que je m'exécute, que je vais me refaire une santé ou quoi, **je laisse courir** » (Mlle Arène)

« Des fois je me dis, **il faudrait que j'aille voir le médecin** quoi, faudrait, je le sens quoi... Par rapport à la question que vous me posiez tout à l'heure, qu'est-ce que je devrais

<sup>1</sup> VIGARELLO G., *Le sain et le malsain*, op. cit., p. 326. Cf. également : SFEZ L., *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil, 1997.

*faire que je ne fais pas, des fois je me dis qu'il faudrait que je consulte, faire un check-up quoi, enfin, même si... » (Mme Enzo)*

*« Ma dernière visite gynéco, ça fait bien 8 ans maintenant ! 7, 8 ans... Bon, c'est aberrant quoi, 8 ans, c'est aberrant. (...) Quand même, ça la fiche mal ! » (Mme Pinson)*

La dimension préventive de ce type de préoccupations de santé apparaît très fortement chez **Mlle Portet**, âgée de 21 ans :

*« On sait jamais, c'est toujours bien d'être à 30 ans ou à 40 ans bien sportif, avoir un corps sain, et bien musclé, en sachant que je m'y serai préparée à l'avance, c'est-à-dire maintenant, plutôt que de me dire à 30 ans : bon ça y est maintenant je suis sportif, je vais faire un régime, je vais m'y mettre. J'estime que au fil du temps si on s'entretient pas comme il faut eh bien on va se dégrader petit à petit ».*

Dans le domaine alimentaire, les catégories utilisées sont celles du « sain » et de l'« équilibré », notions qui se traduisent différemment : manger plus de légumes et moins de viande (se font sentir ici les échos de la crise sanitaire de la « vache folle ») (Mme Delache, Mme Jost, Mlle Portet), limiter les graisses, en particulier dans le cadre de mises au régime pour des raisons médicales (Mme Jost, Mme Kléber, Mme Chafi), éviter de consommer des produits perçus comme potentiellement toxiques comme les OGM (M. Sernin) ou contenant des produits chimiques (Mme Damo), ou bien encore privilégier les produits frais. Le « bio », s'il est mentionné, est connoté très positivement – sauf pour **Mlle Portet** qui développe avec véhémence un discours à contre-courant :

*« Tous les aliments bio, et tout ce qu'on voit maintenant dans les grandes surfaces... Moi je dis que c'est du commerce, tout simplement. Les produits sains à la base c'est tous les légumes et tous les fruits qu'on prend, qu'on ramasse, qu'on chope sur les marchés, aux arbres... On a toujours été comme ça, enfin, ça a toujours évolué comme ça, nos parents, nos grands-parents, nos arrière-grands-parents, pourquoi maintenant on devrait se mettre à manger bio ? Les yaourts bio, 0% etc. ? Je pense pas que ça soit une bonne chose ».*

Ici la catégorie du « sain » est associée à une forme de tradition, renvoyant à un usage presque immémorial, tandis que le « bio », loin d'être l'équivalent du « naturel », est rejeté du côté de l'artificiel.

L'exercice d'une activité physique, conformément à la morale sanitaire dominante dans cette logique, est souvent cité au titre des pratiques qui sont « bonnes pour la santé », et peuvent d'ailleurs être expressément recommandées par un médecin, comme pour **Mme Kléber**.

Sur le versant des rapports avec la médecine professionnelle, les pratiques qui relèvent de la logique médico-sanitaire se caractérisent par un haut degré de confiance dans les médecins et dans les traitements. Plus encore, un suivi médical

régulier en médecine générale et en gynécologie constitue un allant-de-soi, une sorte d' « *entretien minimum* » (Mme Blondel) à tenir :

« *J'estime **normal** d'aller voir un gynécologue* » (Mlle Portet)

« *Je fais ma **visite annuelle** de toute façon chez le dentiste et chez le généraliste* » (M. Arène)

« *En tant que femme, je suis **disciplinée** sur les visites chez le gynécologue par exemple, ça je l'ai toujours fait une fois par an* » (Mme Blondel)

Par ailleurs l'observance des traitements prescrits s'inscrit dans cette logique qui associe une pathologie définie et un ensemble de « solutions » appropriées.

Il est un domaine privilégié d'application de la logique médico-sanitaire : celui qui concerne les soins aux enfants. S'il peut y avoir de la « *négligence* » (Mme Pinson) à ne pas se l'appliquer à soi-même, il y a assurément une faute à ne pas respecter cette norme lorsqu'il s'agit des enfants. On trouve plusieurs verbalisations autour de cette idée qu'il y a « deux poids, deux mesures » : ce que l'on fait (ou pas) pour soi-même, et ce que l'on fait pour les enfants :

« *Ah non **les enfants**, là j'y vais hein. Même **des fois plus vite que pour moi**, là non, dès que, dès que... Bon, peut-être pas la première toux, des trucs comme ça, mais **j'attends pas**. Oh non* » (Mme Pinson)

« *Ah oui oui, sans hésiter, ah si, mes enfants étaient suivis, ah oui oui oui, les enfants, oui, y'avait pas de problème, j'appelais le docteur, ah ça oui, oula, oui, **toujours ils ont été bien suivis, ça oui, mes enfants oui, oui. Mais pour moi c'était pas... Mais mes enfants oui, ça oui, ils étaient toujours très suivis, ça, mes enfants, toujours toujours*** » (Mme Jodu)

« *Oh si, si, **pour les enfants c'est pas pareil**. Moi pour moi je fais rien, mais pour eux, oui (rire)* » (Mme Lavaur)

On peut observer que la logique médico-sanitaire se trouve souvent renforcée à la suite d'événements morbides qui ont laissé une trace sous la forme d'une inquiétude plus grande et d'une plus forte propension à consulter, comme chez **Mme Kléber**, **Mme Jodu** ou **Mme Jeco**. Mais il est intéressant de remarquer que c'est aussi l'expérience des proches qui est réappropriée pour soi-même et qui oriente les comportements :

« ***La maladie de ma mère** ça m'a... je dirais pas choquée, mais bon, fait prendre en compte qu'il vaut mieux agir plutôt que de laisser traîner les choses quoi. Donc je me dis que maintenant **il vaut mieux tout surveiller**, faire attention, et au moindre problème aller voir des spécialistes* » (Mme Beban)

« *Au niveau gynécologique, **je fais attention**, parce que ma mère a eu un début de cancer du col de l'utérus, c'est quelque chose qui me panique, donc, je veux dire, **je me surveille...*** » (Mlle Loci)

Au principe de cette logique médico-sanitaire se trouve un modèle de conduite « idéale » qui associerait toutes les pratiques bénéfiques et bannirait toutes celles

que condamne la morale sanitaire. Mais si cet idéal est fortement exprimé, tout aussi fréquents sont les aveux d'un ensemble de défaillances – aveux appelant des justifications pour expliquer les entorses faites à la norme de « bonne conduite » en matière de santé. De quel ordre sont ces arguments ?

En premier lieu, ce sont les contraintes matérielles : manque de temps ou manque d'argent imposent des limitations aux pratiques que l'on estimerait bénéfiques. Ainsi **Mme Lavour** se dit trop « débordée », entre vie professionnelle et vie familiale, pour avoir les activités physiques qu'elle estimerait nécessaires. A un niveau plus ponctuel, **Mme Enzo** souligne la difficulté d'insérer, dans la continuité d'un emploi du temps à la fois domestique et professionnel, une action supplémentaire, pour laquelle il faut dégager du temps et reconstruire l'organisation quotidienne (en l'occurrence, aller faire une prise de sang qui exige d'être à jeun). Ce sont plutôt des contraintes financières qui empêchent **Mme Alpe** et **Mme Beban** de s'inscrire dans un centre de sport. Des solutions alternatives peuvent être trouvées (piscine municipale, marche...), mais elles ne sont pas vécues comme satisfaisantes. Enfin, **Mme Fonviel** est amenée à repousser, pour des raisons financières, une opération des yeux.

Un autre type de contrainte matérielle pesant sur les comportements en matière de santé est lié à la vie familiale, en particulier dans le domaine alimentaire. La cohabitation familiale pose en effet problème lorsque certains membres suivent des régimes particuliers. Chez **Mlle Roque**, ces contraintes donnent lieu à une double organisation :

« [Ma mère] fait... **gras et non gras**, enfin, si on peut appeler ça comme ça. Leur beurre cholestérol, tout ça, ils se mettent ça pour eux, et puis... Mais c'est vrai que c'est pas évident de faire à manger pour... Enfin **il faut faire moitié-moitié** quoi, c'est pas évident ».

A l'inverse, **Mlle Portet** n'approuve pas les habitudes alimentaires de ses parents (« on n'a pas besoin de manger une entrée, un dessert, tout le temps »), mais elle s'y plie pour l'instant, estimant que ce que serait trop compliqué de prévoir ses propres repas : « c'est pas toujours évident, ou alors il faudrait que je me mette à acheter des choses pour moi, alors si je commence comme ça, j'ai pas fini ! ».

Les écarts reconnus au modèle idéal en matière de santé peuvent également être argumentés par une incompatibilité avec les goûts personnels. **Mme Chafi** et **Mlle Arène** déclarent tout simplement ne pas aimer les activités sportives, et c'est le respect du « bon » rythme des repas qui est difficile pour **Mlle Portet** (« je peux pas faire 3 repas par jours, ça c'est sûr, alors qu'il faudrait en faire 4 normalement parce que le goûter



*c'est important aussi*») et **Mme Mara** (« *le matin je fais l'erreur de pas déjeuner, mais j'ai du mal* »).

Enfin, dans la diversité des comportements prescrits par la norme médico-sanitaire, il faut souvent opérer une sélection et hiérarchiser les actions selon les possibilités dont on dispose et selon ce que l'on se sent « capable » de faire. La logique médico-sanitaire peut donc être à l'origine de « bonnes » pratiques qui coexistent avec d'autres moins « bonnes » :

*« Fumer, j'aimerais arrêter, mais... pour l'instant je sais que c'est pas faisable, parce que de toute façon quand je fume pas je compense avec la bouffe. Donc déjà que je mange beaucoup et que je fume beaucoup, si j'arrête la cigarette... pas la peine ! Pour l'instant je vais d'abord m'occuper de ma santé, euh... Enfin, c'est aussi ma santé, mais le plus urgent quoi » (Mme Chafi)*

*« C'est vrai que j'ai arrêté en fait de manger des Bounty, des Mars, des trucs comme ça. Euh... Mais je sais pas, ça doit être une sélection, parce que je mange pas d'OGM mais je me nourris n'importe comment quoi. Je zappe souvent le repas de midi, euh... Ouais, voilà, je grignote, et en fait c'est pas... » (M. Sernin)*

On voit ici que les règles de conduite issues du modèle hygiéniste ne sont que partiellement appliquées à soi. Chacun « bricole » des arrangements avec le modèle, sortes de compromis qui ne peuvent être légitimes que parce qu'ils sont présentés comme provisoires, partiellement indépendants de la volonté personnelle, et tout de même partiellement conformes.

Mais c'est aussi par la mise en concurrence avec une autre logique, celle du bien-être, que l'on s'éloigne parfois (ou souvent) d'une conduite qui pousserait la logique médico-sanitaire à son terme parfait.

### **La recherche de l'agrément et de l'épanouissement dans la logique de bien-être**

Lorsque cette logique est à l'œuvre, c'est la santé au sens du bien-être qui est visée. Il faut préciser que cette logique n'est pas réservée aux configurations de santé perçue comme « bonne », dans l'idée que le bien-être serait un « plus », un « luxe » qu'un état pathologique rendrait hors de propos. La recherche d'agrément et de satisfaction n'est pas soumise à un pré-requis de bonne santé.

Dans le domaine alimentaire, la mobilisation de cette logique conduit à privilégier le goût et le plaisir, mais aussi le partage et la convivialité :

*« On est ni végétariens, ni bio ni... C'est vrai que les enfants préfèrent une vraie bonne cuisse de poulet que le poulet de la cantine, ils savent ce qui est bon. On consomme*

*beaucoup de légumes frais... mais au-delà de la santé je dirais que c'est aussi pour apprécier les bonnes choses et les bons goûts » (Mme Delache)*

*« Le moment du repas, c'est quelque chose d'important pour moi, parce qu'on se retrouve... Parce que c'était comme ça dans ma famille hein, on se retrouve tous les... enfin ensemble, donc c'est là qu'on raconte notre journée, enfin bon, des choses... qui vont bien ou qui vont pas, enfin c'est un moment important dans la journée quoi » (Mme Enzo)*

La préparation des repas elle-même relève de cette logique lorsqu'elle est associée à un moment de détente : prendre le temps de préparer les aliments, cuisiner des plats à la fois équilibrés et savoureux sont des pratiques qui peuvent apporter une réelle satisfaction :

*« Moi j'aime la cuisine. Ça me déstresse. C'est un déstressant pour moi. Rien que le fait de peler les pommes de terre, tout ça, ça fait passer une énergie... » (Mme Mara)*

*« J'aime bien faire la cuisine, je fais attention à ce que je fais, j'achète mes légumes au maraîcher, enfin bon, je... je fais les légumes de saison, enfin bon, oui, j'aime bien, oui » (Mme Enzo)*

Mais ce plaisir a aussi un coût et doit être en quelque sorte *conquis* (sur le plan à la fois temporel et financier) sur la multitude des autres activités, comme l'exprime

**Mme Mermoz :**

*« Même si on a une vie speed, qu'on bosse, qu'on a plein de contraintes, ça c'est un plaisir que j'essaie de préserver... C'est prendre le temps de manger, c'est cuisiner, faire des légumes, avoir une alimentation équilibrée, essayer de trouver les produits les plus sains possible... C'est s'emmerder à se lever le samedi matin pour aller faire le marché qui va bien... (...) Quand on s'applique à faire de la prévention, faut dégager un budget, sur le budget familial, pour dire : ça c'est le budget santé »*

Les activités physiques et sportives, qui dans la logique précédente répondaient à un souci de santé selon les critères médicaux, ont ici un tout autre statut et sont associées au plaisir :

*« Je fais tout le temps du sport, je me sens bien quand je fais du sport... Le plaisir de l'effort en soi, le plaisir de se sentir bien après... le plaisir de respirer... Je suis un accro du sport » (M. Arène),*

au défoilement ou à la détente :

*« J'évacuais du stress quand je faisais beaucoup de sport » (Mme Beban)*

*« C'est une obligation hein, moi si je fais pas une activité sportive dans la semaine, c'est... la cafetière, elle explose quoi ! C'est indispensable » (M. Bois)*

*« Quand j'ai perdu mon travail et que je me suis aussi séparée de mon mari, j'ai fais beaucoup de sport. Ça m'a fait énormément de bien, énormément de bien » (Mme Blondel),*

ou encore à la convivialité (M. Bois pratique un sport collectif avec ses amis), ou bien enfin à l'esthétique et au bien-être de l'apparence (Mlle Portet, Mlle Loci). Dans tous ces cas, le corps est investi à la fois comme lieu et comme support dans le désir de « se sentir bien ». Le fait que les pratiques sportives soient en sus « bonnes

pour la santé » apparaît comme un bénéfice secondaire, une façon de joindre l'utile à l'agréable.

La recherche du bien-être se décline également dans le registre des soins médicaux et paramédicaux. Il est intéressant de constater que certains types de recours thérapeutiques sont préférés, non au titre de leur meilleure efficacité supposée, mais parce qu'ils *font plaisir*, parce qu'il y a une satisfaction personnelle à les utiliser :

« J'ai été voir un homéopathe pour voir ça différemment, pour voir ça sous un autre angle, parce que **j'aime bien** moi. J'aime bien... chercher plus loin que le symptôme, je le fais dans mon travail, je le fais pour moi aussi » (Mme Lavaur)

« **J'aime bien...** J'aime bien me soigner aussi par des plantes. **Les plantes me conviennent**, tout ce qui est aussi homéopathique... » (Mme Mara)

Ici aussi on peut observer des évolutions au cours de l'histoire de vie et de santé. Chez **Mme Brax** par exemple, une expérience de médicalisation lourde, acceptée en son temps au nom d'une nécessité médico-sanitaire mais vécue comme mutilante, amène par la suite à privilégier davantage la logique de bien-être :

« **Par rapport à tout ce que j'ai eu, je préfère me soigner euh... avec des trucs très légers, des médicaments très légers...** (...) Des opérations j'en veux plus »

Fondamentalement, la logique de bien-être est celle où se manifeste le plus pleinement le « souci de soi » tel que celui-ci a été si bien décrit par M. Foucault. Dans la tradition antique classique, la « culture de soi » s'est développée comme art de l'existence dominé par le principe selon lequel il faut « prendre soin de soi-même ». S'y trouvent intensifiés et valorisés les rapports de soi à soi, non par une attention diffuse et passive, mais par tout un ensemble d'occupations, d'exercices, de tâches pratiques où s'associent soins du corps, régimes de santé, exercices physiques, satisfaction mesurée des besoins, lectures, méditation... M. Foucault souligne un trait essentiel de cette « activité consacrée à soi-même : elle n'est pas un exercice de la solitude mais une véritable pratique sociale<sup>1</sup> », qui suppose l'interaction avec d'autres : professeur, guide, conseiller, confident... Si le souci de soi ne se cultive plus auprès des philosophes dans des écoles, ne peut-on pas considérer le médecin généraliste, le psychologue ou le psychanalyste, le sophrologue ou l'homéopathe, le médecin du travail, l'ami(e) ou le parent proche comme des transpositions contemporaines de ce qu'étaient ces « guides de l'âme » ? M. Foucault montre également que le souci de soi est en étroite corrélation avec la pensée et pratique médicales. « Prendre soin de soi » suppose l'écoute des troubles,

---

<sup>1</sup> FOUCAULT M., *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*, Paris, Gallimard, 1984, p. 72.

l'attention fine aux dysfonctionnements, la mesure en toute chose, et finalement, la « prise en compte de tous les éléments (saison, climat, nourriture, mode de vie) qui peuvent troubler le corps et, à travers lui, l'âme<sup>1</sup> ». L'objectif final de toutes ces pratiques (la « conversion à soi ») relève d'une éthique de la maîtrise : celle de « celui qui est parvenu à avoir finalement accès à lui-même [et] est, pour soi, un objet de plaisir<sup>2</sup> ».

On trouve chez **Mme Mermoz** une configuration exemplaire de mise en œuvre de ce souci de soi, qui se manifeste par une alimentation hautement maîtrisée, par des pratiques corporelles et des soins visant la régulation permanente, mais aussi par une constante volonté d'apprendre (Mme Mermoz suit des cours de médecine chinoise), de connaître et de comprendre à la fois son corps et son esprit (« se former et se soigner sont des activités solidaires<sup>3</sup> »). Je ne citerai que quelques extraits d'entretien pour que l'on voie la parenté profonde entre les propos de Mme Mermoz et les différentes composantes de la culture de soi décrite par M. Foucault :

« [Homéopathe] *J'ai amené mes fils à l'automne, et puis je pense qu'on va pas trop tarder là, aux **changements de saisons**, c'est bien d'y aller pour... L'organisme il réagit pas pareil, quand on rentre dans l'hiver, quand on rentre dans le printemps... On se nourrit pas de la même manière, on prend le soleil différemment... Ce qu'on appelle les climats en médecine chinoise, **tout ce qui peut arriver de l'extérieur** »*

« *Je trouve que... se nourrir c'est un acte de respect déjà, par rapport à... aux êtres vivants qu'on a tués pour les absorber, ou aux éléments de la nature qu'on transforme pour les absorber quoi, donc... ça mérite de... de le faire avec **une certaine forme d'esthétisme**, voilà, c'est ma manière de voir les choses »*

« [Psychanalyse] *Ça je le considère pas comme un acte médical, c'est une démarche euh... ça a des conséquences effectivement mais c'est plus **un travail sur soi**, une manière de régler les choses, de **comprendre**, de **décoder**... Évidemment ça a des conséquences sur le bien-être, la santé etc., mais c'est plus **un travail de... d'introspection** ».*

On trouve des formes plus atténuées du souci de soi en tant que principe général qui inclut et dépasse à la fois la santé chez **Mme Lavaur** (« une bonne hygiène de vie, ça équivaut à une bonne santé », « je sais que si je m'occupe bien de moi, la santé, ça va aller aussi »), ou chez **Mlle Loci** pour qui la notion d'épanouissement personnel est très présente :

« *J'essaie de **prendre soin de moi** aussi... Bon, par exemple, j'ai vu que je commence à avoir des petites rides, alors je me suis acheté des crèmes anti-rides. Par exemple les cheveux, j'aime bien... J'aime pas avoir une coupe à la "one-again", donc quand ça commence à pas aller, tant pis, je vais chez le coiffeur, mais bon j'aime bien... (...) **J'aime bien faire attention**. Et puis bon, **c'est important de s'occuper de soi** aussi... (...) Voilà, **prendre soin de soi** de façon naturelle pour que à 40-50-60 ans on soit belle, mais*

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 80.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 91.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 77.

*naturellement, qu'il y ait même une beauté intérieure ou une espèce d'aura... Voilà, c'est ça moi que je vise, qu'on se dise cette femme elle fait épanouie ».*

Dans la logique de bien-être, l'écoute de soi-même sous la forme d'une attention à « ce que dit le corps » peut très concrètement guider les pratiques et les comportements :

*« Je fais surtout attention à **ce que me dit mon estomac**, si j'ai faim je mange, si j'ai pas faim je mange pas » (Mlle Portet)*

*« **Je sens mon corps** aussi. Des fois par exemple j'ai une envie subite de sardines à l'huile, ne me demandez pas pourquoi ! **C'est le corps qui doit le demander**. C'est des envies comme ça, subites. – Et dans ces cas là vous... – Ah, j'ouvre la boîte de sardines ! Je mange la boîte entière. Je mangerai plus rien après, mais je mange la boîte » (Mme Mara)*

*« Disons que **quand mon corps tire la sonnette d'alarme**, je... j'en tiens compte » (Mlle Loci)*

Le bien-être « parfait », comme la santé « parfaite », est un idéal. Ces deux idéaux se confondent parfois, comme chez **Mme Mara** :

*« **Mon idéal maintenant**, c'est que j'aimerais bien aller de plus en plus vers un régime **végétarien**. Pas complet hein, c'est pas mon truc hein quand même, mais... de plus en plus vers des fruits et légumes, parce que... je trouve qu'**on s'en porte mieux**, quand même »*

Cette notion de « bien se porter » me semble constituer la parfaite synthèse verbale des logiques médico-sanitaire et de bien-être. Chez **Mme Lavour**, outre la formulation de ce double idéal, est soulignée toute de la distance qui le sépare des pratiques effectives :

*« **Mon idéal** ça serait : manger 100% bio, être végétarienne, faire plus de sport, enfin faire du sport, parce que j'en fais pas, donc de l'exercice physique quoi, faire... du yoga ou un truc comme ça, enfin un truc de détente quoi, et puis... Faire une... Des séances de développement personnel style PNL ou des trucs comme ça, j'ai essayé de le faire l'année dernière mais même ça, **j'ai pas pu y aller tout le temps**. (...) Donc, voilà, ce serait **m'occuper de moi**, ou sortir un peu plus souvent, des choses comme ça. (...) Comment dire, je considère que la vie est très courte, et qu'**il faut essayer de faire au maximum comme on peut**. (...) Mais ça c'est l'**idéal**, mais après dans la pratique, je ne mange pas bio, je suis pas végétarienne, je fais pas de sport ! (rire) ».*

« Faire au maximum comme on peut », voilà un énoncé qui résume bien la tension permanente entre les aspirations en matière de santé et le système complexe de contraintes et de ressources auquel sont soumises les pratiques réelles. Il faut souligner ici la grande importance de la dimension temporelle : le souci de soi demande du temps (temps concret consacré à diverses pratiques, mais aussi temps « mental » également pour cultiver le rapport à soi), c'est pourquoi l'absence de maîtrise temporelle est presque, dans cette logique, un élément pathogène en soi.

Il arrive que la logique de bien-être entre en concurrence avec la logique médico-sanitaire, ce qui donne lieu à de subtiles opérations d'arbitrage qui mettent en jeu

des actes d'évaluation et de jugement, et dans lesquelles interviennent à la fois les données de la situation présente et les expériences passées, ainsi que des interlocuteurs avec qui il faut négocier. On trouve un exemple de cette mise en balance de deux logiques dans le récit de **M. Thimas** qui, en cohérence avec les principes dominants de son discours (refus de toute autorité, valorisation d'un certain hédonisme comme règle de vie) se montre très critique à l'égard du discours médical préventif et prescriptif :

*« J'ai l'impression que si j'écoutais tout le monde, on sortirait plus de chez soi, on ferait attention à ce qu'on mange, on ferait plus aucun excès, c'est-à-dire on fumerait plus, on boirait pas d'alcool – le cannabis non, parce que c'est 2 ans de trou ! (...) Ben moi **je suis pas fait pour cette vie-là**. (...) Moi j'ai fait plein de choses dans ma vie, c'est peut-être pas brillant mais enfin... (...) J'ai fait plein de trucs, c'est mieux que de rester dans son coin, voilà. **Alors le foie on verra bien**. (...) – Donc pour vous, l'envie de fumer passe avant le risque éventuel pour votre santé... – Bien sûr. Bien sûr... Moi, mourir en bonne santé remboursé par la Sécu hein... ! Et puis on sait jamais, c'est un peu de la loterie quoi. **Je vois vraiment pas l'intérêt de se priver de tout pour espérer peut-être vivre un peu plus longtemps que si on s'était privé de rien** ».*

M. Thimas met en scène une forme de négociation entre danger et plaisir, entre risque à moyen terme et (dés)agrément immédiat, où se mêlent ses décisions personnelles et des négociations avec les médecins qu'il est amené à rencontrer et dont il ne suit les recommandations que jusqu'à un certain point (arrêt de l'alcool mais pas du tabac, surveillance alimentaire mais pas application stricte du régime sans sel, refus d'un traitement pour l'hépatite C dans un premier temps, puis prise d'un traitement qui a échoué).

Plus ponctuellement, la logique médico-sanitaire peut être mise en suspens au profit du plaisir, sous réserve que cela reste exceptionnel : c'est ce que recouvre la notion d' « écarts » dans un régime alimentaire<sup>1</sup>, par exemple chez **Mme Jodu** :

*« J'ai marié ma fille le 23, le samedi le dimanche qu'on a fait la fête, **là j'ai pas fait le régime, j'ai mangé comme je voulais**. Et puis bon, après, ben j'ai repris mon régime, voilà. **On a droit à faire des écarts de temps en temps** »*

### **Logique pragmatique : les pratiques corporelles au service de l'action**

On l'a vu précédemment, l'une des objectivations de la maladie est d'empêcher ou de limiter l'action. A l'inverse, les pratiques animées par une logique pragmatique visent à la favoriser. Et parmi ces actions et activités qui occupent l'existence, le

---

<sup>1</sup> La mise en concurrence de la logique médico-sanitaire et de la logique de plaisir vaut aussi pour les attitudes à l'égard des enfants : au cours de l'entretien avec Mme Enzo, son fils de 2 ans et demi vient lui demander un sucre trempé dans un fond de café. Elle lui donne tout en lui disant que « *c'est pas bien* ».

travail est l'une de celles qui exigent particulièrement que l'on « fasse attention » à sa santé. On trouve chez **Mme Beban** une expression très nette de cette logique. Ses premiers mots en réponse à la question de savoir si elle « fait attention » à sa santé sont les suivants :

*« Oui. Ben parce que bon déjà dans le... J'essaie de pas être malade, déjà, dès que je commence à avoir une petite maladie je vais chez le docteur, parce que je... en faisant de l'intérim ou en bougeant comme je fais, je suis obligée de... d'y faire attention ».*

L'attention à la santé apparaît donc ici très largement orientée vers l'exercice de l'activité professionnelle. C'est le cas également chez **M. Terray**, mais de façon préventive à plus long terme : M. Terray va intégrer dans quelques mois une école de police et anticipe sur les activités qu'il y fera :

*« J'essaie de faire attention parce que je voudrais pas trop prendre de poids parce qu'après je vais morfler quand je vais faire du sport dans la police, je sais qu'ils font du sport, et... (...) Et puis ça peut me pénaliser par rapport aux affectations, parce qu'au niveau du sport, y'a un barème exigeant... »*

L'action sur le corps en vue de permettre l'activité professionnelle peut également prendre la forme de recours pharmacologiques destinés à « tenir » au travail. Ainsi **Mme Jost** a pu continuer à travailler malgré un conflit qui l'opposait à son supérieur en prenant un somnifère prescrit par son mari médecin.

Les somnifères, et plus généralement les médicaments psychotropes, peuvent être investis d'une double valeur au regard de cette logique pragmatique : soit ils sont nécessaires pour agir, comme dans le cas de **Mme Jost** ou comme pour **Mme Fonviel** (« sans ça je ne peux même pas me lever du lit »), ou encore pour **Mme Lavour** qui a pris « un petit peu de Lexomil » au cours d'une période « de nuits d'insomnie en sachant qu'il fallait que je me lève le matin pour aller travailler » ; soit au contraire ils sont perçus comme gênants pour l'action et, bien que prescrits, non pris pour cette raison<sup>1</sup>. **Mme Alpe** par exemple raconte que lorsqu'elle prenait un traitement antidépresseur : « je savais plus ce que je faisais, ni rien ».

On trouve chez **M. Bois** un autre domaine de mise en œuvre de cette logique, qui ici prend sens au regard de l'organisation familiale quotidienne. M. Bois et son épouse travaillent tous les deux à plein temps. Ils ont trois jeunes enfants dont deux demandent des soins particuliers<sup>2</sup> ; l'emploi du temps familial et la répartition des tâches dans le couple sont réglés par une organisation complexe. C'est dans ce contexte que **M. Bois**, qui par ailleurs se dit très peu enclin à recourir aux soins

---

<sup>1</sup> Je reviendrai un peu plus loin sur les comportements à l'égard des médicaments psychotropes.

<sup>2</sup> La deuxième fille de M. Bois (5 ans) est atteinte d'une leucémie, et la troisième (2 ans) est trisomique.

médicaux, a choisi de consulter pour une douleur importante et qui l'empêchait de remplir ses « missions » du jour :

*« Là quand j'étais très mal, j'ai appelé le docteur, parce que là je savais que je pouvais pas passer outre. Il fallait que j'amène Eliza au centre, je suis de repos tous les vendredis matin et j'amène Eliza au centre, voir une psychomot', une orthophoniste, tout ça... ».*

Des buts plus personnels peuvent aussi être visés par certaines pratiques corporelles. Ainsi **Mme Fonviel**, sur les injonctions de son conjoint et pour favoriser sa relation de couple, a réduit fortement sa consommation de psychotropes, et a également subi une opération de chirurgie esthétique. Dans un autre registre, mais selon une même logique extrinsèque, M. Blagnac pratique « un peu de muscu » dans le but explicite d'être plus à l'aise dans une activité de loisir : « c'est plus pour être bien en conduisant la moto, pour pouvoir conduire tranquille ». Enfin **M. Thimas**, sujet à des « crampes et des problèmes au niveau musculaire », tient malgré cela à maintenir ses activités d'animateur sportif, et recourt à des traitements dans ce but précis :

*« Je prends des comprimés homéopathiques, c'est... donc j'augmente ma... la teneur en oxygène de mes muscles, vous voyez, pour qu'ils soient plus toniques, enfin j'ai 4 trucs à prendre comme ça qui me font du bien, j'en prends avant l'effort physique et j'en reprends après ».*

S'agissant des traitements médicaux, logique pragmatique et logique médico-sanitaire sont souvent combinées, la guérison étant associée à la récupération de la capacité d'action.

### La trace des origines dans la logique culturelle

Le corpus analysé ici présente peu d'exemples de pratiques répondant à cette logique. Les plus proches du type « pur » concernent l'alimentation : ainsi, **Mme Anam** a conservé de son origine juive tunisienne le principe de la viande kasher (ce qui l'amène entre autres à ne pas consommer de viande lorsqu'elle va au restaurant avec des amis), ainsi que des habitudes et savoir-faire culinaires hérités de sa culture familiale (choix des aliments, préparation des plats, repas spéciaux lors des fêtes religieuses) :

*« C'est en rapport à ce que ma mère m'a appris, bon ben c'est resté... (...) Disons que j'ai été élevée là-dedans, alors bon... C'est une habitude pour moi, je mange pas ça [la viande non kasher]<sup>1</sup> ».*

---

<sup>1</sup> On peut souligner chez Mme Anam la cohérence entre ces pratiques alimentaires liées à une culture religieuse et, par exemple, son souhait de partager sa vie avec « quelqu'un de la même religion que moi. Ça compte beaucoup pour moi ».



De la même façon, **Mme Beban** et son conjoint musulman consomment de la viande halal.

Mais la religion n'est pas le seul domaine où se donne à voir cette logique culturelle. **Mme Lavaur** est de nationalité hollandaise et estime que cette origine a joué un rôle certain dans son goût pour l'alimentation végétarienne et pour les thérapeutiques « naturelles » :

*« Il est vrai qu'en Hollande, si vous voulez, l'homéopathie, tout ça, c'est plus répandu, comme les trucs un peu écolos, les végétariens... Si vous voulez moi, quand j'avais 16-17 ans, j'étais végétarienne, et en Hollande je trouvais ce qu'il me fallait pour me nourrir, les restaurants végétariens, j'ai travaillé dans un restaurant végétarien, j'avais des amis végétariens... Et je suis venue en France et là j'ai vu per-sonne ! Y'a 20 ans, presque, c'était... Y'avait ni magasins bio, ni restaurants bio, ça existait pas, végétarien ça n'existait pas... ».*

Chez **Mme Artur**, c'est une certaine tendance à relativiser les problèmes de santé (et plus généralement les difficultés de la vie) qui est interprétée comme un héritage culturel :

*« Ça c'est l'esprit aussi de l'Africaine, chez nous on n'est pas inquiets, on... on dramatise pas les choses quoi ».*

Enfin, on peut repérer dans un certain nombre de pratiques et d'attitudes relatives au corps et à la santé la trace d'une origine sociale, qui cependant ne se laisse pas lire d'une manière univoque. Par exemple, **M. Arène** décrit l'ambivalence familiale en matière de santé et de soins :

*« Ils sont d'origine paysanne mes parents, donc – du moins, "donc", je sais pas s'il faut mettre un "donc", mais mon père c'est quelqu'un qui est... pour lui le médecin c'est quelqu'un qui manipule une science qui est... qui est pas tout à fait la sienne, donc il va difficilement au médecin. Ma mère, un peu pareil aussi, par contre les enfants, nous on y allait très très très fréquemment. Et très tôt. Même peut-être trop, tu vois. (...) On y allait, ouais, très fréquemment. Après, une fois tout seul, moi j'ai largement réduit ça ».*

Dans cet exemple l'héritage familial semble mixte : à la fois mise à distance du recours à la médecine professionnelle (que M. Arène nomme « médecine légale »), et forte médicalisation allopathique. Les pratiques actuelles de M. Arène font apparaître cette double tendance : il se dit par exemple sceptique à l'égard des vaccins (« je commence à avoir quelques doutes dessus, sur leur utilité, sur leur effet pervers aussi »), mais ajoute aussitôt : « en même temps, y'en a que je vais refaire. J'ai même pas envie de me poser la question, le tétanos, je vais faire ». M. Arène résume finalement la nature contradictoire de cet héritage familial : « je sais pas, j'ai du mal à me fixer, j'ai... par rapport à la médecine légale ».

Dans le cas de **Mme Mermoz**, l'origine « paysanne » est également évoquée, mais ici c'est pour argumenter la cohérence entre culture familiale et pratiques actuelles.

Très critique à l'égard de la médecine allopathique à laquelle elle préfère la médecine chinoise et l'homéopathie, Mme Mermoz considère cette attitude comme un héritage familial et social :

*« Je pense que c'est aussi un petit peu culturel, parce que... Moi ma mère elle vient d'origine très paysanne où en fait on n'avait pas les moyens d'aller chez le médecin, le médecin c'était vraiment... comme un ministre aujourd'hui quoi, on le voyait quand vraiment... Et donc c'était des remèdes de bonne femme quoi, on avait appris de mère en fille à soigner, manipuler... (...) On se débrouillait avec la pharmacopée qu'on connaissait, avec... le rebouteux du coin... Y'avait des animaux donc on apprenait à rafistoler les animaux, et puis on rafistolait les hommes aussi... C'est vrai que... j'ai plutôt pris ça de ce côté là quoi ».*

Ici l'héritage culturel d'une médecine profane a été reformulé et étendu à un ensemble de choix thérapeutiques « alternatifs » par rapport à l'allopathie. On peut souligner au passage que ce choix lui-même répond simultanément à une logique de bien-être, dans la mesure où Mme Mermoz insiste beaucoup sur les effets secondaires gênants des traitements allopathiques :

*« L'allopathie, ça vous soigne un côté, ça vous détraque de l'autre. Les antibiot's, après vous êtes bon pour vous bouffer de l'ultra-levure pendant 15 jours parce que vous avez l'estomac et les intestins complètement bousillés ».*

La distinction entre différentes logiques qui vient d'être proposée n'a pas pour ambition d'éclairer exhaustivement la complexité des rapports à la santé, mais d'en fait ressortir un trait essentiel : l'hétérogénéité. Hétérogénéité interindividuelle, mais aussi hétérogénéité des pratiques : il faut insister sur le caractère a priori non défini de toute pratique : une même pratique peut, selon le sens qu'elle prend dans le récit singulier, répondre à l'une ou l'autre des logiques. Le domaine alimentaire est un exemple particulièrement convaincant : « bien manger » est une notion qui peut relever des quatre logiques (manger « bon » pour la santé, manger pour le plaisir, manger pour être « en forme » et capable d'activités, manger dans le respect d'une culture). Mais surtout, c'est l'hétérogénéité intra-individuelle qu'il convient de souligner. En matière de santé comme dans les autres domaines, « il arrive très rarement que l'activité, tout particulièrement l'activité sociale, s'oriente *uniquement* d'après l'une ou l'autre de ces sortes d'activité<sup>1</sup> ». Plurielles dans leurs logiques et leurs motifs, les attitudes et les pratiques « de » santé ne sont jamais réductibles à une seule des rationalités weberiennes. Certes, on peut considérer que la rationalité en *finalité*, qui met des moyens au service des « fins propres, mûrement réfléchies,

---

<sup>1</sup> WEBER M., *Économie et société*, op. cit., p. 57.

qu'on veut atteindre<sup>1</sup> », est plus particulièrement en affinité avec la logique médico-sanitaire ; peut-être également peut-on voir dans la logique culturelle une consonance avec la rationalité *traditionnelle*... Si l'on reste au niveau des types purs, ces rapprochements peuvent sembler pertinents. Mais la réalité concrète des pratiques, des actions et des interactions montre un enchevêtrement quasi permanent de plusieurs logiques et de plusieurs rationalités. Ainsi la rationalité en *valeur* se décline dans chaque logique, tant la santé comme « valeur » renvoie à des contenus diversifiés : la santé est une valeur au sens biomédical, dans laquelle intervient plus profondément la valeur de la vie elle-même et les contre-valeurs de la maladie et de la mort ; le bien-être et l'épanouissement de soi sont aussi des valeurs sociales fortes ; enfin l'action et la culture sont également par elles-mêmes des valeurs.

Selon les circonstances, selon les histoires personnelles et les appartenances sociales, selon les ressources et les contraintes de la situation, les logiques et les rationalités se combinent dans des configurations qui ne sont jamais définitivement établies. L'histoire des événements corporels et des actions et réactions qui s'y rapportent participe à cette construction continue du rapport à la santé, et c'est sur cet aspect que je vais m'arrêter maintenant.

### ***b) Soigner, guérir, réparer... : actions pour « aller mieux »***

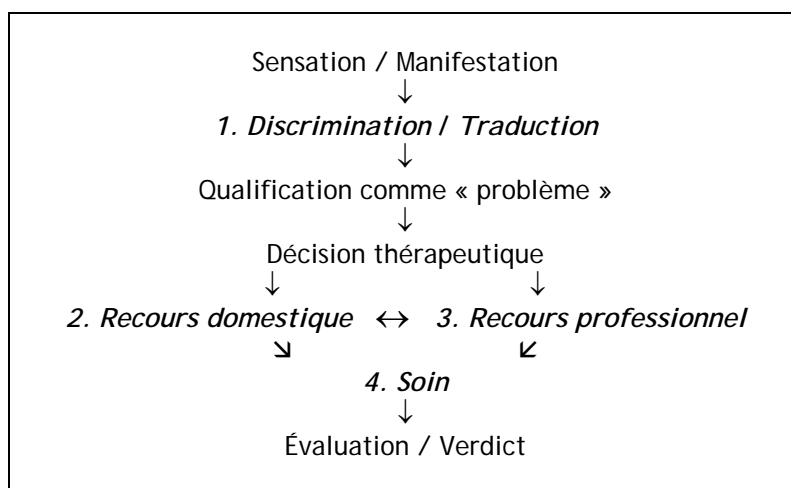
Plutôt que d'adopter un angle d'exposition statique centré sur des types de pratiques et de recours, il me semble intéressant d'appréhender dans sa séquentialité l'ensemble du processus dans lequel s'inscrivent ces « actions pour aller mieux ». Car lorsqu'elles sont évoquées, c'est sous la forme d'un *récit*, dans une narrativité qui est leur substance même (bien sûr le mode de recueil, c'est-à-dire ici l'entretien semi-directif, sollicite cette mise en forme discursive). Pour tenter d'approcher au plus près les moments pertinents de ces processus, je partirai de la notion d'*itinéraire thérapeutique*, défini comme l'ensemble complet des opérations cognitives et pratiques qui jalonnent le passage d'un état psycho-corporel de départ éprouvé comme « problématique » à un état psycho-corporel d'arrivée qui n'est plus (ou qui est moins) problématique. Il s'agit donc de s'intéresser à l'ensemble des *remèdes* mis en œuvre (au sens où le « remède » est un *écart* qui mesure et

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 55.

parcourt la distance entre deux états<sup>1</sup>). Cela suppose donc de ne pas limiter la notion de « thérapeutique » à l'acceptation biomédicale mais, « en adoptant une perspective résolument éémique, [l'appliquer] à toutes les conduites jugées par les individus comme ayant une portée thérapeutique<sup>2</sup> ».

Afin de rendre compte des différents moments constitutifs de cette histoire, je propose de partir d'un modèle séquentiel qui distingue *quatre grandes étapes* (cf. schéma ci-dessous). Mais il faut bien voir que ces étapes ne sont que des repères théoriques, des jalons permettant d'aborder tout ce qui gravite autour de ces moments identifiables, d'ouvrir la boîte noire dans laquelle s'effectue le passage d'un « avant » à un « après ». L'aspect séquentiel n'implique donc pas que toutes les étapes soient observées dans tous les itinéraires thérapeutiques.



La première étape est celle qui opère le passage d'une sensation ou d'une manifestation psycho-corporelle à sa qualification comme « problème » relevant, d'une façon ou d'une autre, du domaine de la « santé » au sens large. La deuxième étape met en jeu la dimension de l'action : « faire quelque chose » pour remédier à ce « problème ». Il s'agit là d'une décision non nécessaire : toute identification d'un problème de santé ne donne pas lieu à une réponse, celle-ci pouvant être jugée

<sup>1</sup> Il s'agit de l'acceptation du terme en orfèvrerie tel qu'il apparaît dans l'Ordonnance des tireurs et batteurs d'or (1586) : le remède est « l'écart maximum admis entre les poids et titres réels et les poids et titres légaux des ouvrages en métaux précieux ».

<sup>2</sup> FAINZANG S., « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de maladie », *Sciences sociales et santé*, vol. 15, n° 3, 1997, p. 12. Dans cet article S. Fainzang démontre notamment l'existence de « stratégies paradoxales », qui sont « soit des conduites adoptées à des fins thérapeutiques mais qui génèrent des conditions pathologiques susceptibles de renforcer le mal contre lequel le sujet cherche à lutter, soit des conduites identifiables à des recours thérapeutiques mais dont la finalité est de répondre à d'autres enjeux et à d'autres buts que ceux de guérison. Ce sont des stratégies adoptées, de manière explicite, pour résoudre un problème de santé et, de manière implicite, pour répondre à d'autres nécessités, ressortissant à d'autres logiques » (p. 20).

inutile (« ça passera tout seul »), refusée pour des raisons diverses, ou bien inexistante ou impossible à mettre en œuvre. Lorsqu'une réponse est envisagée, elle se déploie le plus souvent (mais pas toujours : ce modèle séquentiel est un type idéal) en premier lieu dans la sphère domestique. Il s'agit de « faire avec ce qu'on a ». La réponse peut également être recherchée auprès de thérapeutes professionnels, et il s'agira alors de voir à qui l'on s'adresse et comment se caractérise la relation. Enfin, que cette séquence d'actions ait abouti ou non à la transformation souhaitée de l'état initial, tout itinéraire thérapeutique donne lieu à des évaluations, jugements, sédimentations de connaissances et d'expériences, qui interviendront de façon plus ou moins directe dans des itinéraires thérapeutiques ultérieurs.

A chaque étape du processus se mêlent des contraintes et des ressources, des connaissances et des représentations, ainsi que des interactions et des échanges avec d'autres acteurs sociaux – à commencer par l'entourage familial avec le travail domestique de santé, dont G. Cresson rappelle l'importance et la complexité : « le travail domestique de santé, le plus souvent invisible et silencieux, mobilise des ressources complexes, des connaissances aussi bien générales ou universelles que particularistes – appliquées à un individu particulier ou à une situation précise – ; des relations et de l'empathie, un sens aigu de la responsabilité vis-à-vis d'autrui ; et enfin des savoir-faire pratiques<sup>1</sup> ».

### **Connaître et reconnaître des états psycho-corporels**

Dans une recherche visant à « mettre en évidence l'existence et la complexité des mécanismes de prise de décision profane en matière de santé et de maladie<sup>2</sup> », J.-F. Barthe propose de décrire quelques étapes significatives du processus thérapeutique. Ainsi, « le premier problème à résoudre sera, pour le profane, de déterminer si tel ou tel signe est ou n'est pas associé à un état pathologique ». Car toute manifestation psycho-corporelle n'est pas catégorisée en symptôme, et il n'y a pas de critère universellement partagé en la matière : un mal de tête par exemple,

---

<sup>1</sup> CRESSON G., « La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? », *Sociétés contemporaines*, n° 25, 1997, p. 57.

<sup>2</sup> BARTHE J.-F., « Orientation du profane dans l'espace thérapeutique », *Cahiers du CERS*, n° 9, 1988, pp. 90-101.

ou bien une douleur due à une carie dentaire « ne provoquent généralement que le recours à des soins palliatifs courants sans susciter d'inquiétude particulière ».

Arrêtons-nous un moment sur ces soins « courants », correspondant à ce que J.-F. Barthe nomme opportunément des « troubles domestiques », c'est-à-dire qu'ils ne sont pas perçus comme pathologiques. Et revenons même légèrement en amont, lorsque le trouble commence à être éprouvé. A ce moment-là intervient la toute première prise de décision : faire « quelque chose » ou ne rien faire. Dans cette décision interviennent deux éléments : d'une part, le degré de douleur, de gêne ou d'incapacité entraîné par le trouble, ce degré étant perçu différemment selon les individus et selon les circonstances ; d'autre part, la connaissance et la disponibilité d'un moyen thérapeutique. Ainsi une sensation peut être ou non qualifiée de « douleur », on peut ou non connaître un moyen de lutter contre cette douleur, et ce moyen peut être ou non disponible immédiatement. Dans le cadre d'une approche par entretiens, en tout cas telle qu'elle a été mise en place ici, il y a peu de chances pour que ce type d'épisode perceptif qui ne donne lieu à aucune réponse apparaisse dans le discours, sauf si – et c'est pour cela qu'il faut lui laisser une place dans l'analyse – la répétition ou la persistance de telles sensations amène ultérieurement à une réévaluation de la décision. Le récit de **Mlle Roque** met en scène un processus de ce type : face à un « *petit truc* » (« *des fois ça arrive que je sois pas bien et... que bon, ça me passe, juste une journée, et que le lendemain ça aille bien* »), elle prend d'abord la décision de « ne rien faire ». Si la sensation persiste, elle met en place un recours domestique (« *si c'est juste que j'ai le nez qui coule ou quoi je prends juste des cachets pour prévenir avant de vraiment tomber malade quoi* »). Et ensuite seulement elle fait appel à un médecin (et l'on passe aux recours professionnels que j'aborderai par la suite). Lorsque, après ce travail de *qualification* des sensations éprouvées (qui n'est autre qu'une forme d'autodiagnostic, celui-ci étant présent à toutes les étapes du processus), décision est prise de « faire quelque chose », ce « quelque chose » consiste généralement à recourir d'abord à des thérapeutiques domestiques.

### **Faire avec « ce qu'on a » : les recours domestiques**

Deux types de recours domestiques apparaissent dans le corpus :

– des recours de type comportemental, comme l'évitement des sources pathogènes ou aggravantes, dont on trouve un exemple chez **M. Terray** :

*« Par exemple si je suis irrité du nez je vais pas aller en boîte par exemple, ou éviter de fumer, je sais que ça m'irrite... **Je me couvre**, et puis voilà, j'attends que ça se passe »*

- des recours pharmacologiques, c'est-à-dire reposant sur l'efficacité supposée d'une substance physique de quelque nature qu'elle soit, qu'il s'agisse ou non de ce qui est communément désigné comme « médicament ». « Faire » quelque chose, c'est alors « prendre » quelque chose, comme on le voit chez **Mme Chafi** :

*« **Je me... débrouille** quoi. Ben, j'ai toujours au moins quelque chose pour le nez, et pour la toux, parce que bon, comme je fais des bronchites chroniques à cause de la cigarette, donc... **je me débrouille avec ce que j'ai** »*

Essayons de déplier ce que recouvre cette idée de « se débrouiller », c'est-à-dire de « faire avec ce qu'on a ». « Ce qu'on a », c'est quoi ? En réalité, beaucoup de choses, si l'on y regarde de près. C'est d'abord un ensemble organisé de connaissances, qui se déclinent en *connaissances sur soi* et *connaissances sur les remèdes*. « Ce qu'on a », c'est ensuite une pharmacie domestique, dont l'officine commerciale constitue une extension<sup>1</sup>. La mise en œuvre de recours domestiques consiste à mettre en relation ces différents éléments (cognitifs et matériels) afin d'obtenir un effet thérapeutique. D'où viennent les savoirs mobilisés dans ces occasions ? Du fond commun de la « connaissance généralement pertinente » en matière de santé, de maladie et de pharmacologie, alimentée par diverses sources d'information (livres, magazines, émissions de télévision...); de la culture, des savoirs et savoir-faire socialisés au sein de la famille et de l'entourage (**Mme Mermoz** : « *on s'échange nos combines* »); mais aussi et surtout de l'expérience passée : connaissance intime de ses propres états psycho-corporels et mémoire des épisodes morbides et des recours passés. C'est cet ensemble cumulatif de connaissances empiriques et théoriques qui oriente la forme du recours. Tout l'enjeu est de mettre en correspondance cette connaissance des états perçus avec les « bons » remèdes. C'est en cela que consiste la *compétence profane* qui, sur le plan cognitif, n'est d'ailleurs pas radicalement différente de la compétence médicale professionnelle.

Je citerai quelques exemples qui montrent bien l'articulation opératoire entre connaissances et pratiques :

*« **Je prends ce que je sais que c'est pour les mêmes, les mêmes...** Parce que j'ai tendance à faire des rhino-pharyngites allergiques, à cause de l'allergie, donc **je sais le traitement** » (Mme Alpe)*

---

<sup>1</sup> Et l'entretien de cette pharmacie familiale est parfois l'objet d'une véritable gestion prévisionnelle : « *on a toujours des médicaments à la maison, plus ou moins pour... pour un peu tout quoi, pour pas aller à la pharmacie acheter des médicaments pour tout, ou même quand je pars en voyage, j'ai toujours une boîte avec plein de médicaments... Je prévois avant de...* » (Mme Beban).

« J'ai des maux de tête souvent et... donc c'est vrai que je prends régulièrement de l'aspirine ou du Nurofen ou, enfin, selon mes maux de tête, bon. (...) **Je sais si c'est de la sinusite ou un mal de tête euh... autre, donc... Je dirais que je me connais, je fais selon le type de maux de tête, et puis aussi selon ce qu'il y a dans la pharmacie** »  
(Mme Delache)

« Bon en général je tousse, c'est la toux grasse, les bronches quoi » (Mlle Roque)

« J'arrive quand même à **savoir ce que j'ai** » (Mme Beban)

La banalité de ces gestes d'automédication mérite d'être soulignée. La façon dont ils sont rapportés - ou, plus précisément, le fait fréquent qu'ils ne soient pas mentionnés spontanément, qu'ils soient minimisés, « oubliés » dans le récit - montre bien que leur statut, du point de vue émique, n'est pas différent de celui des innombrables autres gestes qui tissent l'existence quotidienne. En témoigne par exemple la séquence suivante extraite de l'entretien avec **Mme Blondel** :

« Et quand vous avez un rhume par exemple, vous faites quoi ? - **Rien. Ça passe.** - Mais vous ne prenez rien du tout... ? - Ben... C'est-à-dire un rhume c'est rien du tout, donc moi **je me soigne par exemple avec Actifed** quand je suis enrhumée, c'est ce que je fais si ça arrive quoi »

On peut également citer cette phrase de Mme Lavaur : « je me soigne pas, jamais ! J'ai jamais rien pris de rien, j'ai jamais consulté... », et la mettre en regard avec d'autres moments de l'entretien où elle dit consulter plusieurs professionnels (gynécologue, homéopathe, généraliste) et prendre plusieurs remèdes (vitamine C, homéopathie...). Pas de contradiction ici, si l'on comprend que prendre du paracétamol, de l'aspirine ou un médicament vendu sans ordonnance pour un mal de tête ou un « petit rhume » ne sont pas des gestes catégorisés comme actes thérapeutiques et équivalent presque à ne « rien » faire. Banalisés, familiers, ces gestes résistent à toute description verbale. **Mme Fonviel** en donne une formulation significative :

« Si j'ai mal à la gorge, bon, je le soigne, je sais à peu près ce qu'il faut prendre. - Vous avez une pharmacie chez vous ? - Ou je vais m'acheter, ou... **Je sais pas comment je fais, mais je fais.** Je prends de la vitamine C, des aspirines, des Doliprane, des... pfff... ».

Cette difficulté à dire « comment on fait » montre bien qu'on est ici dans l'« infra-thérapeutique », dans le registre de ces régulations ponctuelles quasi invisibles parce que complètement naturalisées, et perçues comme évidentes et auto-justifiées (Mme Chafi : « pas la peine de souffrir pour rien ! »).

Ainsi toute une série de décisions et de gestes thérapeutiques s'effectuent chez soi, avec les connaissances et les moyens disponibles sur le moment<sup>1</sup>. Mais lorsque cela

---

<sup>1</sup> Pour certaines personnes qui habitent encore chez leurs parents, le rôle de ces derniers est sensible, par exemple chez Mlle Roque : « avec la mère que j'ai c'est obligé. C'est obligé ! C'est sûr, avec elle... Ah oui, dès qu'il y a un truc, elle nous soigne, elle laisse pas passer quoi. Dès qu'elle entend quelqu'un tousser, c'est "va prendre du sirop"... De suite hein ».



ne suffit pas ou ne suffit plus, il faut se tourner vers ceux qui sont a priori experts en la matière : médecins et thérapeutes professionnels.

## Les recours professionnels : prendre soins<sup>1</sup>

### *Du signe au symptôme*

Quels sont les motifs qui amènent une personne à recourir à un ou des thérapeute(s) professionnel(s) ? On retrouve ici les définitions du « grave » et du « pathologique » telles qu'elles ont été décrites précédemment. Ce sont les perceptions de l'« insupportable », de l'« anormal », de l'« inconnu » qui alertent et amènent à rechercher des réponses et des remèdes à l'extérieur de l'univers domestique. Plus précisément, comme le souligne G. Canguilhem, c'est l'anticipation d'une aggravation potentielle : « on soigne davantage la maladie dans laquelle une maladie donnée risque de nous précipiter que la maladie elle-même<sup>2</sup> ». En ce sens, tout recours comporte une dimension « préventive ». On trouve dans les entretiens de nombreuses expressions de cette idée, à laquelle d'ailleurs n'est pas étranger le « devoir de soin » intériorisé dans la logique médico-sanitaire :

*« Je vais voir le médecin pour stopper les trucs tout de suite pour pas que ça dégénère »  
(Mlle Loci)*

Cette idée d'une dégradation possible n'est pas seulement une hypothèse de principe (« on sait jamais », dit **Mlle Loci**). Bien souvent elle s'appuie sur des expériences déjà vécues, qui ont sédimenté des connaissances empiriques mobilisées par la suite. Celles-ci participent à l'autodiagnostic qui va amener à consulter :

*« Des fois après un rhume ça arrive d'avoir une bronchite, surtout quand t'es fumeur, bon ben là dès que j'ai une bronchite je vais voir un médecin » (M. Arène)*

L'expérience passée joue également un rôle important en ce qu'elle peut amener à raccourcir systématiquement le délai de réflexion et d'attente avant d'aller consulter. Comme cela a été dit précédemment, la mémoire d'un événement morbide modifie le « seuil d'alerte ». **Mme Jeco** par exemple a récemment subi une opération gynécologique importante :

*« Mal au ventre, bon, maintenant depuis que j'ai eu ça, j'ose pas trop, je vais voir tout de suite un gynécologue quand j'ai mal au ventre... (...) Avant je prenais un Doliprane ou...*

---

<sup>1</sup> J'emprunte à J. Benoit ce pluriel riche de sens (*Soigner au pluriel, op. cit.*).

<sup>2</sup> CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique, op. cit.*, p. 132.

*maintenant même un Doliprane j'ose pas trop. J'ai un peu mal au ventre, hop, je vais voir la... ».*

Une subtile nuance peut être observée à propos de cette idée d'intervenir *avant* que les choses ne s'aggravent. On trouve chez certaines personnes la formulation symétrique : la décision de consulter est prise si « ça dégénère » (par exemple chez **Mme Artur** : « si t'as un maux de tête tu prends un truc, comme ça, oui, mais après quand ça dégénère on appelle le médecin »). Il me semble que cette opposition « avant que/après que » renvoie à deux attitudes repérables dans les entretiens : l'une consiste à affirmer (parfois avec insistance) que l'on « n'attend pas » pour consulter un médecin, l'autre à l'inverse fait état d'un recours souvent retardé :

« **Dès que je commence à avoir une petite maladie je vais chez le docteur** » (Mme Beban)

« **Dès que ça commence. Ah bé c'est bien simple : je vais voir le docteur dès que ça commence** » (Mme Brax)

Versus :

« **Faut vraiment que je sois malade pour y aller.** (...) J'y vais vraiment que quand... Faut vraiment que j'aie un **gros problème** pour prendre des cachets ou pour aller au médecin » (Mme Damo)

« **Quand j'ai mal, vraiment, vraiment, j'ai vraiment mal au dos, je l'appelle, il vient.** (...) **Quand vraiment ça dure,** alors là je me dis : écoute, **tu peux rien faire d'autre,** tu es obligée d'aller le voir. Mais je vais **quand c'est vraiment important,** que je peux plus le supporter, bon... Mais sinon, si c'est supportable, je reste » (Mme Anam)<sup>1</sup>

« **J'y vais jamais.** (...) Non, **même si je suis malade, j'attends que ça passe.** (...) Moins on voit les toubibs, mieux c'est ! C'est elle [sa mère, infirmière] qui le dit, et je suis assez d'accord avec elle » (M. Blagnac)

« C'est un peu **au dernier moment** en fait que j'y vais chez le docteur, enfin quand vraiment ça va mal, **quand je peux plus quoi...** » (Mme Enzo)

Est-ce à dire qu'on a là deux types de stratégies, deux « mentalités » à l'égard des consultations médicales, renvoyant à une distinction entre des types ou des populations d'usagers ? Cela est peut-être vrai en partie. Mais ce que montrent également les entretiens analysés ici, c'est que cette dualité peut être *interne* à une même personne. Ainsi on peut trouver dans un même entretien la double posture, avec dans un premier temps l'affirmation générale d'une grande « facilité » à aller consulter, modérée ensuite lorsque l'entretien s'oriente vers la description précise des pratiques effectivement mises en œuvre. Ainsi **Mme Beban** qui dit dans un

---

<sup>1</sup> Dans le cas de Mme Anam, il faut signaler un élément qui biaise peut-être quelque peu ses propos : certes, elle affirme comme on le voit une certaine réticence à faire appel au médecin, mais il faut savoir que par ailleurs (comme d'autres personnes : Mme Kléber, Mme Faya, Mme Chafi, Mme Jodu...) elle voit son généraliste tous les mois pour le renouvellement des traitements qu'elle suit. Il faut donc comprendre que sa réticence vaut pour des consultations qui interviendraient en plus de ces visites mensuelles.

premier temps : « *dès que je commence à avoir une petite maladie je vais chez le docteur* », dira plus tard dans l'entretien : « *non, c'est pas spontanément que de suite je vais voir le médecin* ». Doit-on en conclure que l'une des postures est plus « vraie » que l'autre, et que et que l'affirmation « *dès que j'ai quelque chose qui ne va pas je vais voir un médecin* » est un mensonge ? Suivons plutôt J.-C. Kaufmann lorsqu'il rappelle que « *le décalage avec la vérité des faits objectifs est ailleurs que dans le mensonge*<sup>1</sup> ». En l'occurrence, il y a au moins deux façons d'interpréter cette apparente contradiction. D'abord, il est essentiel de comprendre que ce « quelque chose » qui amène à consulter n'est pas « n'importe quoi », mais une perception corporelle perçue et qualifiée d' « inquiétante », assez en tout cas pour, précisément, consulter un professionnel. C'est pourquoi par exemple le trouble appelé « rhume » – exemple que j'ai souvent soumis aux personnes rencontrées pour susciter le récit d'un processus thérapeutique concret – n'a aucune valeur en soi. La séquence suivante extraite de l'entretien avec **Mme Kléber** le montre bien :

« Et quand vous avez un rhume, ou des petites choses comme ça, qu'est-ce que vous faites ? Est-ce que vous faites quelque chose ? – *Quand j'ai un rhume je vais chez mon docteur. Que je touche du bois, ça fait un moment que j'en ai pas eu. J'ai fait le vaccin contre la grippe. C'est vrai que ça fait un moment que j'ai pas été enrhumée...* – Et sinon, quand vous avez quelque chose qui commence à pas aller... – *Ben je vais chez le docteur.* – Oui, vous hésitez pas à y aller... – *Non. (silence) Enfin, un rhume, pas un petit rhume quand même, parce que moi quand je commence à avoir le rhume c'est la bronchite que je fais, c'est pas...* ».

On voit ici que le « rhume » a d'abord été associé par Mme Kléber à la « grippe », justifiant alors un recours médical. Mais mon insistance à lui faire préciser ce qui la décide à consulter l'a amenée à reconsidérer sa réponse (dans la crainte, peut-être, que je juge excessif de consulter juste pour un « rhume » ?). Dès lors ce n'est plus le « rhume » qui justifie la consultation, c'est la « bronchite ». A travers ce récit, on voit que pour comprendre ce qui déclenche une démarche de consultation médicale, il faut par exemple prendre très au sérieux la différence entre un « petit » et un « gros » rhume.

Mais pour aller plus loin et tirer tous les fils interprétatifs à partir de cet exemple, il me semble pertinent de considérer la double revendication « consulter rapidement » / « ne pas consulter tout de suite » comme l'indice d'une dualité au sein même de la norme médico-sanitaire : il faut « se soigner », mais il faut aussi ne pas « trop » se soigner. Il y a une sorte d'obligation morale à se « prendre en

---

<sup>1</sup> KAUFMANN J.-F., *L'entretien compréhensif*, op. cit., p. 68.

charge », à appliquer une démarche « responsable » et « rationnelle » à l'égard de sa santé, mais en regard il y a aussi une règle tacite de modération dans le soin : « ne pas en faire trop », au risque de se voir stigmatisé comme « malade imaginaire » ou comme usager abusif du système d'assurance maladie. Si l'on accepte cette hypothèse d'une double norme, on comprend que, prises entre deux injonctions contradictoires, les personnes tiennent des discours hétérogènes. On comprend aussi que certaines éprouvent le besoin de signaler leur attitude « normale » dans ce domaine :

« Je fais **comme tout le monde** hein, je crois » (Mme Faya)

« [Je vois le médecin] **comme tout le monde** hein, quand il y a des coups de grippe, des choses comme ça... » (Mme Artur)

« Moi je fais **pas plus de traitements que quelqu'un d'autre** » (Mme Beban)

On comprend, enfin, qu'il semble parfois nécessaire pour les personnes de justifier le recours médical : « quand je vais chez le docteur, c'est pour quelque chose hein, c'est pas pour... » (Mlle Roque). On est ici typiquement dans l'un des cas où l'entretien semi-directif, parce qu'il permet de repérer des contradictions dans le discours, permet également de trouver des clefs d'interprétation essentielles. Ici se manifeste « l'existence d'un modèle social structurellement contradictoire<sup>1</sup> », ce qui explique un discours structurellement contradictoire lui aussi.

Ces remarques importantes étant faites, revenons à ce qui motive le recours à la médecine professionnelle ou à toute autre catégorie d'expert. Outre l'hypothèse de l'aggravation possible, J.-F. Barthe signale que « la première étape décisive du processus thérapeutique<sup>2</sup> revient à transformer le signe en symptôme », c'est-à-dire à procéder à un autodiagnostic pour décider si le trouble relève ou non du « pathologique », ce qui suppose « que le profane soit capable de référer le signe observé à des connaissances, savoirs ou croyances en matière de maladie ». Ces connaissances sont parfois d'ordre général et peu susceptibles de variations interindividuelles : à titre d'exemple, on peut supposer que « tout le monde » considérera comme « pathologique » la perte brutale ou l'altération durable d'un sens, comme cela a été le cas pour **Mme Jodu** atteinte de surdité brusque. Mais finalement, ces signes qui sont indiscutablement des symptômes ne sont pas si nombreux. La plupart du temps, la transformation du signe en symptôme n'a rien d'une évidence. Elle peut dépendre de l'intensité de la manifestation (douloureuse

---

<sup>1</sup> Comme celui qui apparaît dans le discours des hommes qui, sur la plage, « voient sans voir » les seins nus des femmes, cf. : KAUFMANN J.-C., *L'entretien compréhensif*, op. cit., p. 99.

<sup>2</sup> Que J.-F. Barthe définit, dans une acception plus étroite que celle que j'ai choisie, comme le processus faisant intervenir des thérapeutes professionnels.

par exemple), de son caractère inhabituel, mais aussi du lien qui est fait avec une pathologie connue (connue de soi par expérience propre ou par l'expérience d'autrui, ou « connue » au sens de sa visibilité sociale<sup>1</sup>).

Je citerai deux exemples de cas de recours motivés par une douleur intense entraînant une inquiétude assez forte pour aller consulter, celui de **Mlle Arène** :

*« J'avais eu une bronchite aussi et de fumer tout ça, je toussais beaucoup et j'ai dû me faire un **déchirement musculaire** ou un truc comme ça et j'avais super mal, même en respirant j'avais très très mal, et bon j'ai eu peur, je suis allée voir un toubib »*,

et celui de **Mme Enzo** :

*« La semaine dernière, j'ai eu une douleur au cœur, qui a... (...) Et donc la douleur s'améliorant pas, j'ai... Et puis **m'inquiétant**, je me suis dit je fais un **infarctus** ou un truc comme ça, enfin c'était vraiment douloureux... (...) Vu que ça s'améliorait pas et que vraiment j'en souffrais, bon, j'ai un peu paniqué quoi »*.

On voit ici se dessiner le système signifiant des motifs : la douleur, la peur et l'inquiétude, et la mobilisation d'une connaissance du « déchirement musculaire » ou de l'« infarctus » comme pathologies susceptibles de se traduire par les symptômes ressentis.

C'est une connaissance davantage fondée sur l'expérience empirique qui intervient dans le cas de **Mlle Roque**. Celle-ci raconte (dès le début de la « partie santé » de l'entretien) un épisode de péritonite au cours duquel, à la suite d'une erreur de diagnostic du médecin de famille (« il a pas fait les bons... les bonnes analyses »), elle est « restée une semaine avec 40 de fièvre » et a dû finalement être opérée en urgence. Cet événement a contribué à former son jugement actuel dans le sens où elle cite aujourd'hui la fièvre comme motif immanquable de consultation médicale : « si j'ai de la température, ça c'est sûr, de suite j'y vais ». C'est donc en se rapportant à l'histoire de santé que l'on peut comprendre les discours et les comportements observés<sup>2</sup>.

Ainsi, en mettant en correspondance des manifestations corporelles et des connaissances de nature diverse, le jugement profane en matière de santé et de maladie transforme les signes en symptômes. L'étude de J.-F. Barthe, avec un ingénieux dispositif méthodologique<sup>3</sup>, montre que ce jugement ne dépend pas

---

<sup>1</sup> J.-F. Barthe cite l'exemple d'un couple dont l'un des membres a « des petits boutons sur tout le corps », et qui, face à ce signe corporel, émet l'hypothèse qu'il pourrait s'agir du sida. L'auteur souligne qu'« à l'époque, l'image dominante de ce mal voulait que son symptôme caractéristique soit effectivement la présence de boutons ». Le diagnostic profane émis dans ce cas « n'aurait eu aucune chance d'apparaître en 1982, à une époque où ce mal était fort peu répandu et surtout fort peu connu du grand public ».

<sup>2</sup> Dans le cas de Mlle Roque, c'est aussi en référence à cet événement particulier que se comprend le jugement positif qu'elle porte sur son médecin traitant actuel : « lui il cherche pas à comprendre, dès qu'il y a un truc c'est... examen, examen, examen, échographie, tout ce que tu veux... ».

<sup>3</sup> Pour plusieurs pathologies, des grilles de symptômes présentées en 3 stades (débutant, moyen et terminal) ont été soumises à des répondants qui devaient à chaque stade préciser si, confrontés à ces symptômes, ils se sentiraient malades, quel serait leur diagnostic, et quels recours ils envisageraient. Cf. : BARTHES J.-F.,

seulement de la présence ou de l'intensité du signe, mais de sa mise en relation avec d'autres signes. Toute nouvelle manifestation est intégrée dans le processus d'autodiagnostic et peut amener une reformulation du jugement<sup>1</sup>.

### *Les relations avec les thérapeutes professionnels*

Lorsque, après une période plus ou moins longue d'attente et/ou de recours domestiques, décision est prise de consulter un professionnel, la première question qui se pose est celle du choix de la personne. Deux cas de figure typiques peuvent être distingués<sup>2</sup> : le premier est centré autour d'un médecin généraliste habituel (« médecin traitant » ou « médecin de famille »), le second fait appel à une pluralité de professionnels choisis au cas par cas.

#### *Le médecin de famille : « plus qu'un médecin »*

13 personnes<sup>3</sup> disent avoir un médecin traitant habituel qui est toujours la première personne à qui elles s'adressent. Très souvent il s'agit d'un médecin connu de longue date, et cette relation s'inscrit parfois dans une transmission intergénérationnelle : le médecin des parents devient le médecin traitant pour soi-même une fois adulte (Mlle Loci), ou bien ce sont ses propres enfants qui « continuent » avec lui :

« C'est **mon seul docteur**, oui. Je n'ai que lui. Il connaît mes enfants, tous, il les a connus... Et mes enfants aussi, maintenant, ils, quand ils sont pas bien... ils continuent avec lui » (Mme Jodu)

« Oui, y'a un **médecin de famille**, qui est exceptionnel. Exceptionnel. C'était le docteur qui s'occupait de mon épouse et de ses 2 filles avant que moi je débarque dans sa vie, donc on a pris la suite. (...) Et puis bon je pense qu'il aime bien notre famille aussi donc... Voilà. (...) **Et puis il les connaît tous**, il les a **pas accouchés mais presque**, vous voyez ce que je veux dire... » (M. Thimas)

Lorsque la rencontre avec le médecin n'est pas le prolongement d'une relation qui existe déjà dans le cadre familial, elle est tout de même inscrite dans le réseau de

---

« Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques », *Revue française de sociologie*, vol. XXXI, 1990, pp. 283-296.

<sup>1</sup> En ce sens, le processus de diagnostic profane se déroule de la même façon que le diagnostic médical.

<sup>2</sup> Je mets de côté les recours concernant les enfants, qui le plus souvent sont suivis de leur côté par un pédiatre ou un généraliste.

<sup>3</sup> 14 si l'on ajoute Mme Jost dont le mari est médecin généraliste. Lorsque je lui demande s'il joue le rôle de médecin traitant pour elle, elle répond : « oui et non ». L'entretien montre qu'il lui a quelquefois prescrit des traitements légers, et qu'elle a eu recours à des spécialistes pour des problèmes plus importants (cardiologue, gynécologue...).

sociabilité. Ce sont alors les amis ou les collègues de travail qui recommandent un médecin particulier<sup>1</sup>, comme dans le cas de **Mlle Roque** :

*« C'est un médecin généraliste qui me suit depuis un certain temps, que j'ai choisi moi, et qui a mon dossier de santé depuis un certain temps quoi. (...) Je l'ai choisi parce que... euh... il est à côté de chez moi, déjà, et puis je le connaissais parce qu'il soignait déjà quelqu'un que je fréquentais et il m'a paru très bien, donc voilà, c'est pour ça que je l'ai pris ».*

Dans ce type de recours centré sur un médecin généraliste, on observe que la qualité de la relation avec le médecin est liée non seulement à sa compétence reconnue et vérifiée maintes fois au fil des événements de santé (**Mme Pinson** : « *il m'a jamais loupée* »), mais aussi à sa connaissance approfondie de la famille dans son ensemble et de chacun de ses membres. On retrouve bien ici la figure traditionnelle, forgée au XIX<sup>e</sup> siècle, de ce médecin « dont le regard n'est peut-être si perçant que parce qu'il sait déjà tout : la place sociale de la famille, ses revers ou ses ambitions, sa "situation" comme on dit, mais aussi ses maux intimes, les déceptions, les soucis, les amours<sup>2</sup> », qui a de la famille une « connaissance de l'intérieur », connaissance clinique des corps mais aussi connaissance personnalisée des êtres et des relations intrafamiliales. Si la relation au médecin de famille est sans doute aujourd'hui moins inscrite dans l'espace domestique, et se déroule davantage dans le cadre d'un cabinet médical, il reste que la dimension de la *confiance* et l'importance de cette connaissance singulière des personnes sont fréquemment mises en avant à propos du médecin de famille. De plus, il arrive que la relation médecin-patient s'accompagne d'autres types de relations, par exemple dans le système local d'interconnaissance, qui ne font que renforcer davantage le lien personnel :

*« En plus c'est presque... J'ai gardé ses filles, j'ai fait du baby-sitting pour lui, c'est plus qu'un médecin, quoi c'est... »* (Mlle Loci)

*« Et ça a toujours été un toubib à l'écoute quoi, ça a toujours été un toubib... Si si, moi je l'aime beaucoup. Et puis bon, c'est, c'est... C'est un toubib qui fait bon père de famille quoi, on a des gamins qui ont le même âge, alors c'est vrai que quand on parle des gamins, des problèmes d'éducation, de leur... et ci et ça, c'est vrai qu'on s'apporte des trucs aussi quoi donc... on se voit beaucoup »* (Mme Pinson)

« A l'écoute », voilà une expression que l'on retrouve fréquemment lorsqu'il s'agit de dire en quoi le médecin est un « bon » médecin :

*« Dès que ça va pas, qu'il y a un problème ou quoi que ce soit il est à l'écoute, il est là, que ce soit au niveau de la santé physique ou de la santé morale »* (Mlle Portet)

Demande d'écoute, mais aussi demande de parole : dans la consultation définie comme une interaction, le médecin doit aussi pouvoir « expliquer » :

---

<sup>1</sup> Pour Mme Mara, c'est le médecin du travail qui a joué ce rôle d'orientation.

<sup>2</sup> MUEL-DREYFUS F., « Le fantôme du médecin de famille », *op. cit.*, p. 71.

*« J'aime que le docteur me parle, me parle franchement, et qu'on puisse parler tranquillement, et m'expliquer ce qu'il y a, ce qui va pas, et que... J'aime beaucoup qu'on m'explique. Mon docteur il sait, quand j'ai quelque chose, il vient, il m'explique comme il faut, il me fait les schémas, alors là voilà, ça va » (Mme Jodu)*

Le médecin traitant est, dans ce cas de figure, la référence première et centrale. Les attentes à son égard sont multiples et parfois difficiles à concilier : il doit être efficace, donner des réponses et des solutions mais ne pas « trop » en demander ; proposer des traitements qui ne soient ni « trop » ni « trop peu » ; être compréhensif et à l'écoute mais ne pas s'immiscer dans la vie privée ; avoir des qualités pédagogiques mais ne pas apparaître comme un « entrepreneur de morale<sup>1</sup> »...

Cette relation privilégiée avec le médecin de famille n'exclut pas le recours à d'autres professionnels, des spécialistes notamment, mais ce recours est alors médié par le médecin traitant : c'est lui qui oriente, renseigne, effectue le suivi, complète ou corrige éventuellement les traitements prescrits par d'autres. Le médecin généraliste apparaît bien ici comme un intermédiaire essentiel entre les personnes et le système de soins (**Mme Faya** : « je passe toujours par lui »).

### *Des recours ciblés aux spécialistes*

Plusieurs personnes disent de pas avoir de médecin « habituel ». Cela peut signifier soit qu'elles en ont plusieurs, soit qu'elles n'en ont aucun.

Dans le premier cas, les personnes mettent en œuvre des recours que l'on peut qualifier de *stratégiques*, car ils visent à une efficacité maximale à la fois en termes de compétence médicale et de temps gagné. Le généraliste n'est pas absent de cette organisation, mais il ne représente qu'une possibilité parmi d'autres, comme chez

#### **Mlle Portet :**

*« Il m'arrive d'aller voir une dermatologue aussi, enfin j'aime bien voir les spécialistes, je vais pas aller voir mon généraliste pour des problèmes de peau alors que si je vais voir la dermatologue directement, elle va... elle va pas contourner le problème, elle va y aller directement, elle va me regarder, et puis elle va me faire ce qui est le mieux à faire ».*

On voit qu'un premier autodiagnostic oriente le type de recours : le principe est de s'adresser directement à la personne dont on pense qu'elle est la mieux placée pour traiter le problème que l'on a d'abord soi-même identifié<sup>2</sup>. Comme l'exprime **Mme Alpe**, il s'agit de « faire la part des choses » :

---

<sup>1</sup> BECKER H. S., *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance* (1963), trad. fr. : Paris, A.M. Métaillié, 1985.

<sup>2</sup> On peut souligner au passage que le résultat avéré statistiquement selon lequel le recours direct au spécialiste caractérise davantage les groupes socioprofessionnels de niveau supérieur ne se vérifie pas dans



*« Mais bon on connaît notre corps humain après, à force. Donc quand j'ai besoin d'aller chez le gynéco j'y vais, quand c'est pour les yeux je vais chez l'ophtalmo, quand c'est pour un petit bobo de rien du tout, un généraliste... Je fais la part des choses, je vais pas voir un généraliste pour perdre du temps... Je vais directement à chaque... ».*

Parfois le double recours généraliste/autre thérapeute s'inscrit dans une logique de contre-expertise ou d'approfondissement du diagnostic. C'est ainsi que **Mme Beban** établit une hiérarchie entre les deux catégories de praticiens :

*« On passe d'abord voir le généraliste, on voit le diagnostic, et après on demande autour, par exemple bon, pour le dos on s'est souvent déplacés sur Toulouse... Non, ça dépend, c'est surtout... On va quand même voir les spécialistes, moi je trouve que y'a des médecins généralistes qui ont du mal à agir, donc des fois il faut prendre la décision soi-même d'aller voir un spécialiste ».*

Dans une enquête explorant le rapport à la santé de 34 femmes, F. Bouchayer<sup>1</sup> met en lumière un type de recours médical qu'elle qualifie de « pondéré », fondé essentiellement sur une demande de type « vérification » ou « réparation », et qui s'adresse préférentiellement à des spécialistes. Les exemples ci-dessus correspondent bien à l'une des variantes de ce type, associant « les recours mis en place, souvent de manière très active et "avertie", à un fort degré de confiance dans la médecine et ses praticiens ». L'autre variante, « caractérisée par une attitude de réserve, voire de méfiance, vis-à-vis de l'institution médicale et de ses représentants », dépeint assez bien le cas de **M. Thimas**.

Le recours à la fois pluriel et ciblé n'interdit pas d'avoir avec les différents thérapeutes des relations suivies personnalisées. **Mme Brax** formule ainsi sa fidélité à de multiples médecins : « j'ai gardé tous mes médecins. Et je ne vais pas voir n'importe quel médecin ». Chez **M. Thimas**, qui dit être très réfractaire à l'autorité médicale, ce n'est précisément que parce qu'une relation personnalisée s'est installée qu'il apprécie le spécialiste qui le suit pour son hépatite :

*« J'ai une confiance aveugle dans le docteur A. Humainement... C'est un type extraordinaire. C'est vraiment un type bien. C'est un bon médecin, c'est un mec bien, il a vite compris, il a vu qu'avec moi il fallait pas trop me... me faire chier quoi, bon, donc y'a pas de problème, j'ai totalement confiance en lui ».*

Le degré de familiarité avec les médecins se traduit dans les variations de leur dénomination même : de la forme la plus personnelle (citer le médecin par son nom, comme **Mme Anam**, ou parler de « mon » généraliste, « mon » gynécologue, « mon » chirurgien, etc., comme **Mme Brax**), à la plus formelle (par nom de spécialité) ou à la plus neutre et généralisée (« un docteur », « un toubib »). **Mme**

---

le corpus. Cf. : BREUIL-GENIER, « Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent », *INSEE Première*, n° 709, 2000.

<sup>1</sup> BOUCHAYER F. (dir.), *Trajectoires sociales et inégalités*, op. cit., p. 110.

**Mermoz** emploie (on ne s'en étonnera pas) le terme de « réseau » pour désigner l'ensemble des thérapeutes qu'elle consulte (homéopathe, acupuncteur, psychologue) : « je suis sur Toulouse depuis 3 ans, donc il a fallu que je me refasse aussi ce réseau-là », et **Mme Delache** parle d'une « équipe de spécialistes » que ses enfants consultent régulièrement.

### *Du pluralisme des personnes au pluralisme des univers thérapeutiques*

Parmi les 30 personnes rencontrées, seule une très petite minorité mentionne des recours dans d'autres univers thérapeutiques professionnels que la médecine allopathique. **M. Thimas** dit avoir été sensibilisé aux médecines non allopathiques par sa formation de vendeur en esthétique et en produits de « bien-être » (oligothérapie, vitamines, phytothérapie...). **Mme Mara** déclare avoir « toujours eu le réflexe » de se tourner vers la phytothérapie, bien que ce ne soit pas un usage transmis au sein de sa famille. C'est « en allant voir des magnétiseurs », « en parlant » et dans des livres qu'elle a acquis une connaissance qu'elle utilise à des fins thérapeutiques. Dans ces deux exemples, les thérapeutiques non allopathiques sont considérées essentiellement au niveau des produits et des substances, que l'on apprécie pour leur efficacité et pour leur moindre dangerosité (effets secondaires) que les médicaments allopathiques. Il s'agit d'un pluralisme que l'on peut qualifier de *technique*.

Dans le cas de **Mme Lavaur**, c'est véritablement un pluralisme des modèles explicatifs qui est mis en œuvre, à travers la recherche d'une pluralité d'interprétations. Atteinte d'une mastose, Mme Lavaur consulte d'abord « une gynécologue classique » qui lui donne des « petits traitements » qui ne lui ont « rien fait ». Elle se tourne alors vers une homéopathe pour, dit-elle « voir ça différemment ». Or cette homéopathe va proposer une interprétation qui convient davantage à Mme Lavaur, et qui lie la mastose à ses difficultés d'ordre professionnel. Mme Lavaur exprime de façon très détaillée le sens que prend pour elle le double recours allopathique et homéopathique :

« Si vous voulez, **d'un côté** je suis très... Je veux les **trucs scientifiques** tout ça, les échos, les examens, gnagnagna, et puis **d'un autre côté** je vais aller voir un homéopathe, je fais **les deux !** (rire) (...) Pour moi c'est **complémentaire**. Moi j'ai pas envie d'aller me faire soigner - par exemple si cette homéopathe me dit : c'est psychologique, machin-truc, et si après je me retrouve avec un... Non, moi je veux être sûre que scientifiquement... Non, je **veux les deux**. D'abord je veux savoir, s'il y a vraiment rien, si tout est bénin, bon, ok. (...) Je suis assez modérée si vous voulez, dans ma démarche, euh... naturelle, on peut dire, par

*les méthodes naturelles, je suis modérée... Je suis pas contre la médicalisation, mais il faut prendre un peu tout... »*

Ici l'allopathie reste le « noyau dur » de l'univers thérapeutique, mais d'autres modèles sont recherchés pour répondre à une « quête de sens » que l'allopathie ne semble pas satisfaire.

Enfin, dans le cas de **Mme Mermoz**, la rupture quasi totale avec l'univers allopathique est consommée et revendiquée. L'homéopathie d'une part, l'acupuncture et la médecine chinoise d'autre part n'arrivent pas en complément à des recours allopathiques, mais s'y sont substitués. Préférence technique pour des méthodes moins invasives et moins nocives quant à leurs effets secondaires (mise en œuvre de la logique de bien-être), reconnaissance d'une efficacité égale sinon supérieure (logiques médico-sanitaire et pragmatique), mais surtout affinité intellectuelle avec une autre vision du monde, impliquant une autre définition de la « maladie » (logique culturelle) :

*« C'est vraiment... une vision de... pas que de la santé, du monde, du cosmos, enfin c'est une philosophie qui me... me plaît, me convient, et qui est assez complexe pour que j'aie envie d'aller la découvrir. Et c'est le contraire de "je suis malade, je me soigne et je traite les symptômes". C'est une démarche complètement opposée pour moi. (...) J'estime que la maladie est... c'est toujours le corps qui alerte, donc... (...) Donc à un moment faut décoder, on peut décoder que si on a une vision globale. (...) On est obligé d'avoir une vision... holistique, globale, sinon on ne fait que... On va pas régler en profondeur la cause de la maladie, qui pour moi est une manifestation ».*

Chez Mme Mermoz, les recours allopathiques se limitent à la chirurgie et aux situations d'urgence (par exemple lorsqu'un de ses fils se blesse au cours d'une activité sportive : « je suis pas une fanatique hein, quand il faut faire, je fais »), ou bien aux cas où elle n'a « pas envie de se casser la tête à trouver des substituts » (non allopathiques).

Qu'il soit simplement technique ou qu'il s'associe avec une démarche d'ordre plus intellectuel ou spirituel, le pluralisme apparaît bien comme une réponse : « réponse à la diversité des demandes, des quêtes d'explication, des recherches d'une action capable de participer quelque peu au détournement de la fatalité<sup>1</sup> ».

*Des recours... de dernier recours*

Enfin, le fait de ne pas avoir de médecin « habituel » recouvre également quelques cas hétérogènes mettant en scène soit une distance volontairement prise avec les

---

<sup>1</sup> BENOIST J. (dir.), *Soigner au pluriel, op. cit.*, p. 10.

recours médicaux, soit une attitude qui s'apparente plutôt à une forme de nomadisme médical.

M. Bois, M. Blagnac ou M. Sernin font état d'une franche réticence à consulter<sup>1</sup>. Mais tandis que chez M. Blagnac il s'agit d'un principe général (« moins on voit les toubibs, mieux c'est »), chez M. Sernin et M. Bois il s'agit d'un évitement reposant sur une forte réticence mêlée de crainte. Le premier, qui a connu des épisodes de forte médicalisation à la suite d'un accident de voiture, dit avoir « du mal avec les médecins, avec les hôpitaux, avec les traitements... ». Mais c'est surtout chez **M. Bois** qu'un refus est fortement exprimé :

*« Ils ont dit que c'était peut-être un calcul qui était bloqué et qui m'avait fait cette crise. Donc il a fallu que je fasse plein d'examens, je les ai fait, mais c'est tout quoi, je suis pas allé plus loin. Je les ai fait pour faire plaisir au docteur, mais moi, personnellement... – Et ça consisterait en quoi d'aller plus loin ? – Il aurait fallu que j'aille voir le docteur avec les examens, et qu'elle me dise de faire ça, ça et ça. Mais je n'ai pas envie qu'on me dise qu'il faut faire ça, ça et ça ! J'ai pas envie d'avoir de contraintes pour ma santé. C'est quelque chose qui me... J'ai pas envie de savoir que par exemple j'ai du diabète, du cholestérol, qu'il faut que je fasse tel régime, tel machin, tel truc, non. (...) Faut vraiment que je sois très très malade pour aller voir le docteur quoi, c'est pas mon truc le docteur ».*

Ce refus de toute contrainte en matière de santé est peut-être à comprendre au regard du mode de vie de M. Bois : très pris à la fois par sa vie familiale et son activité professionnelle, il vit au quotidien dans un réseau de fortes contraintes matérielles, temporelles et organisationnelles. On peut faire l'hypothèse qu'il souhaite garder un peu de répit et de liberté en ce qui concerne sa santé...

M. Terray, M. et Mlle Arène ainsi que Mme Damo se caractérisent plutôt par une forme de nomadisme médical : peu enclins à consulter, ils ne le font que rarement et dans ce cas, c'est la proximité géographique qui est le critère de choix (M. Terray : « je me suis pas embêté, j'ai pris le plus près »). Cependant cette absence d'attachement à la personne du médecin n'empêche pas d'évaluer sa compétence, comme chez **Mme Damo** :

*« Je change [de médecin]. Là j'en ai un depuis quelque temps mais bon, je change, parce que des fois ils me conviennent pas. – C'est-à-dire ? – Ben des fois ils me donnent des cachets qui me font rien, euh, qui me font rien, que je ne... Alors quand ils me donnent des cachets qui me font rien je le garde pas<sup>2</sup> ».*

---

<sup>1</sup> La répartition par sexe des 30 personnes rencontrées ne permet pas de tirer une conclusion solide concernant des attitudes différenciées entre hommes et femmes, mais on peut souligner, en laissant la question ouverte, que des conduites d'« évitement » explicite ne sont observées que chez ces 3 hommes.

<sup>2</sup> Il est intéressant de relever au passage que ce nomadisme médical fait écho au nomadisme professionnel souligné précédemment chez Mme Damo : « si ça marche, eh ben je prends un peu d'argent, et puis si ça marche pas eh ben tant pis, je vais ailleurs ».

Il faut préciser cependant que Mme Damo, enceinte de 6 mois et demi au moment de l'entretien, accepte désormais un suivi médical régulier, d'autant plus que le bébé a montré des signes de faiblesse cardiaque :

*« Jusqu'à maintenant je m'en suis pas souciee, mais depuis qu'on m'a dit qu'il me faisait ça, ben c'est vrai que maintenant ça me pose un souci. Je fais gaffe, oui, je vais le faire suivre, oui, je vais tout faire pour... c'est normal. (...) Oui, oui, maintenant ça me fait davantage peur quand même. Maintenant j'ai le petit, donc j'y pense plus par rapport à lui, ça me travaille ».*

Chez **M. Blagnac**, l'absence d'attachement au médecin et de « relation installée » avec lui est même considérée comme un atout thérapeutique :

*« Il faut changer de toubib. Sinon ça devient trop routinier si c'est toujours le même... Il trouve rien à faire ».*

### *Des formes de résistance ou de mise à distance*

Choisir de ne pas « garder » un médecin peut être vu comme un acte affirmant une forme de liberté individuelle face à l'autorité médicale. Dans le même ordre d'idées, **Mme Mermoz** revendique une stratégie d' « essai-sélection », en l'occurrence parmi les « psys » : « j'en ai essayé plusieurs avant de trouver celui qui m'allait bien, parce que moi je suis comme ça hein, j'essaie... ». Quels autres exemples de prise de distance, de résistance, de contestation dans la relation avec les médecins peut-on trouver dans le corpus ?

Il y a d'abord une façon de ne pas « tout » dire au médecin, de garder pour soi certaines informations, moins sans doute pour « tricher » que pour éviter un affrontement pénible. Ainsi **Mme Jeco** « omet » de parler de son alcoolisme :

*« Et par rapport à ça [l'alcool] le médecin il vous dit rien ? – Il le sait pas. – Il vous en a pas parlé... – Je lui en ai pas parlé. – Mais vous ne croyez pas qu'il le sait quand même ? – Hé... ça se voit ! Ça se voit. Ça se voit, ils sont pas, les médecins sont pas bêtes hein. – Et il vous en a pas parlé... – Non ».*

D'une façon similaire, **Mme Chafi** n'a pas dit à son médecin traitant qu'elle a recommencé à fumer, se sentant déjà « coupable » de ne pas respecter le régime alimentaire qui lui a été prescrit (bien qu'elle respecte par ailleurs le traitement antidiabétique) : « ah non, il m'agace assez quand je le vois... ! ».

Chez **Mme Fonviel**, la préservation d'une marge de manœuvre se traduit par la mise en œuvre de « techniques », en l'occurrence pour se procurer les psychotropes qu'elle consomme en grande quantité :

*« J'ai... plusieurs médecins, plusieurs pharmaciens... Bon, on a des techniques ! (rire) (...) Je vais voir le moins possible les médecins. J'écris. Comme je les connais de très longue date, j'écris, je leur envoie un truc, avec un chèque, et pfiut ».*

Et lorsque l'interaction a lieu en face à face, Mme Fonviel opte pour une attitude radicale : « *je fais ma liste. Et je dis vous me prescrivez ça, ça, ça et ça. C'est tout* ».

La prise de distance peut consister à contester ou au moins à participer activement au diagnostic et au choix d'éventuels traitements. Ainsi **M. Thimas** tente de défendre l'homéopathie auprès de son médecin traitant : « *on se charrie un peu là-dessus, sur les médecines douces* ». De façon moins « légère » et plus lourde de conséquences, M. Thimas a dans un premier temps refusé de se traiter lorsqu'il a appris qu'il était atteint d'une hépatite C :

« *On m'a dit : y'a des traitements, mais les traitements sont contraignants, fatigue et tout, j'ai dit je peux pas, j'ai une entreprise. Donc j'ai continué 3 ans de plus* ».

Il y a dans cette résistance à la médicalisation un acte de réappropriation de son corps, que l'on refuse de soumettre à une autorité extérieure. Cela apparaît nettement dans le récit que fait **Mme Mermoz** d'un conflit qui l'a opposée à un gynécologue :

« *Il voulait me refiler une autre pilule, moi je lui ai expliqué que... Alors il a essayé de me vendre que celle là c'était la troisième génération de pilule, qu'elle était géniale, et puis bon je lui ai dit écoutez, vous me faites chier quoi, parce que moi je prends la pilule depuis l'âge de 19 ans et j'ai jamais supporté, et... Donc arrêtez de m'enquiquiner avec ça quoi, donc j'arrête. Et j'ai arrêté, alors il était pas d'accord, mais c'est mon corps quoi, je m'en fous, j'ai arrêté* ».

On peut également déceler un raisonnement de cet ordre chez **Mme Brax** qui, après de multiples opérations du coude, refuse désormais toute nouvelle intervention chirurgicale, même si certains spécialistes le lui proposent. Elle a construit un mode de « vivre avec » dans lequel elle a retrouvé une certaine autonomie :

« *Ce nerf il est plus récupérable, il tient à un fil, c'est pour ça qu'il est sous plastique. On m'a mis une gaine plastique autour. Alors depuis, ça va, enfin, maintenant j'arrive à canaliser la douleur. J'ai des crampes, mais moins souvent parce que ça me permet de me froter... ici, de toucher mon plastique, et comme ça je me... je me soulage le nerf, et ça m'évite la paralysie* ».

Dans le cas **M. Sernin**, il ne s'agit pas de mettre en doute un avis médical, mais de prendre une décision en présence de plusieurs avis différents et contradictoires quant à la nécessité et à l'urgence d'une opération de sa hernie discale :

« *C'est délicat parce que certains disent qu'il faut que je me fasse opérer, d'autres disent non, certains me disent que je vais finir en chaise roulante, d'autres me disent pas du tout, et donc c'est difficile quoi, c'est un dédale assez impressionnant la médecine...* ».

Face à ces contradictions, M. Sernin a pris la décision de repousser l'opération, en grande partie parce qu'il souhaite d'abord stabiliser sa situation professionnelle. Mais l'incertitude reste grande quant au bien fondé de l'opération elle-même. Outre

ces avis médicaux divergents, M. Sernin tient compte de connaissances empiriques pour évaluer le bénéfice à plus long terme :

*« J'ai vu des gens qui ont eu des problèmes de hernie discale, plus âgés que moi, ils ont été opérés de la hernie discale, donc par chirurgie, et pendant un temps ça allait bien où ils avaient été opérés, mais ensuite ça agissait... c'était soit au-dessous soit au-dessus qui était fragilisé et qui faisait mal plus tard »*

Mais une autre information pèse aussi dans son jugement, à savoir l'existence de techniques chirurgicales récentes qui pourraient l'amener à réévaluer sa décision : *« c'est vrai qu'aujourd'hui avec les nouveaux systèmes de laser et tout, c'est moins dangereux, c'est plus précis... »*. Ce qu'il est intéressant d'observer ici, c'est que dans ce cas où les connaissances médicales ne fournissent pas une solution unique et fiable, M. Sernin fait appel à d'autres types de critères et à l'expérience d'autrui pour élaborer un jugement.

Ainsi, de la résistance à la négociation, de la circonspection à la « désobéissance », dans l'interaction avec un praticien unique ou par le recours à plusieurs professionnels, les personnes mettent en œuvre de multiples manières de ne pas se soumettre totalement à la logique médico-sanitaire, et de conserver des marges d'autonomie dans leurs itinéraires thérapeutiques.

Les interactions avec les médecins comportent une dimension relationnelle qui, comme dans toute relation sociale, met en jeu des attitudes de confiance ou de méfiance, de sympathie ou d'antipathie, de respect, de pouvoir, de négociation, etc. En ce sens, P. Ricœur a raison de souligner la fragilité du « pacte de confiance » qui unit le médecin et le malade, dans lequel la structure de rôles n'est pas réduite à la dissymétrie entre « d'un côté celui qui sait et sait faire, de l'autre celui qui souffre<sup>1</sup> ».

Dans ces relations médecins-patients intervient également très souvent un objet matériel, un « actant<sup>2</sup> » particulier : le médicament. Celui-ci est à la fois l'un des supports et l'un des enjeux de l'interaction avec le médecin, tout en étant partiellement indépendant de cette relation (puisque l'on peut prendre un médicament sans l'intermédiaire d'un médecin, puisque l'on peut aussi ne pas prendre un traitement prescrit).

---

<sup>1</sup> RICŒUR P., « Les trois niveaux du jugement médical », *op. cit.*, p. 23.

<sup>2</sup> LATOUR B., « Une sociologie sans objet ? Note théorique sur l'intersubjectivité », *Sociologie du travail*, n° 4, 1994, pp. 587-607.

Objet de négociations et de comportements spécifiques, le médicament apparaît d'abord fréquemment comme une substance potentiellement nocive ou toxique, que l'on évite donc de prendre en dehors d'un besoin considéré comme légitime. La toxicité possible du médicament est peut-être à lire comme l'envers de son efficacité reconnue, comme dans la notion platonicienne de *pharmakon*<sup>1</sup>. Le double statut du médicament est fréquemment décrit : « *des médicaments qui t'assomment mais qui te guérissent* » (Mlle Arène), « *les médicaments costauds, l'allopathie bien forte, les antibiotos, j'attends la dernière limite, parce que je sais que... y'a du bon et du mauvais* » (M. Thimas).

Mais il faut bien voir qu'il y a « médicament » et « médicament ». D'un côté, les « *petits médicaments* » (Mme Beban), les « *médicaments de base* » (Mme Artur), les « *trucs classiques* » (Mme Lavour) ou « *légers* » (Mme Brax), partie intégrante des recours domestiques et banals. De l'autre, les « *médicaments costauds* », qui eux sont objets de méfiance car en partie mystérieux, comme en témoigne leur désignation même : « *truc* », « *cachet* », « *quelque chose pour...* »<sup>2</sup>. Le rapport au médicament est marqué par le soupçon et la réticence :

« *Je fais gaffe quand même... (...) Même quand c'est le docteur qui m'en prescrit, je lis bien la notice, voir quelles sont les contre-indications, à quel moment ça doit se prendre, tout ça...* » (Mlle Arène)

« *Si c'était pas à cause des problèmes que j'ai, je suis pas médicaments* » (Mme Kléber)

« *Je suis pas trop cachets. (...) Je préfère pas parce qu'il faut pas s'amuser avec des médicaments non plus* » (Mlle Portet)

« *C'est pour décontracter les muscles, ça aide bien, mais bon faut pas, c'est pas... faut pas prendre ça à vie quoi* » (Mme Beban)

Une fois encore c'est bien souvent l'expérience passée qui oriente les comportements en la matière, comme chez **Mlle Loci** :

« *J'ai eu des gros gros problèmes rénaux, qui sont résolus maintenant, et j'ai pris des antibiotiques pour des infections urinaires, j'en ai pris sans discontinuer pendant un an, et ça m'a foutue en l'air, et à partir de là en fait j'ai pris une grosse distance par rapport aux médicaments, et chez moi j'ai pas grand chose comme médicaments* ».

Pour **Mme Damo**, le médicament s'oppose au naturel, il est chimique, malsain :

« *Disons que les cachets c'est vraiment au pire. Je me frictionne avec des pommades, je... Des trucs sains, assez sains* ».

Et lorsque le médecin ne peut en désigner l'origine, comme ici chez **Mme Lavour**, il est pris en faute :

« *La gynécologue elle m'avait prescrit des hormones, (...) et quand je lui demande ce que c'est, ce traitement qu'elle me donne, elle peut pas me répondre, elle a pas pu, je lui dis : écoutez, vous ne savez pas, dans le Vidal c'est pas marqué, le pharmacien ne le sait*

<sup>1</sup> DERRIDA J., « La pharmacie de Platon », complément à PLATON, *Phèdre*, Paris, Flammarion, 1999.

<sup>2</sup> La désignation des médicaments par leur classe thérapeutique n'a été rencontrée dans le corpus que chez les personnes de milieu socioculturel relativement élevé, ce qui va dans le sens d'un résultat connu par ailleurs selon lequel ces catégories sont plus acculturées aux savoirs et aux concepts médicaux.



*pas non plus, je dis : mais qu'est-ce que c'est ça ? Non, ils savent pas ! Elle m'a prescrit de la progestérone naturelle, c'est une hormone, et je voulais savoir d'où ça venait, la progestérone naturelle. Je lui dis : mais c'est quoi, ça, ça pousse où ? (rire) Moi je veux savoir tout, je prends pas n'importe quoi ».*

Le médicament est également critiqué en ce qu'il se *substitue* au système physiologique naturel et en affaiblit les défenses :

*« Après le corps prend l'habitude et puis il sait pas se défendre tout seul » (Mlle Loci)  
« Si vous prenez des médicaments qui prennent le relais de votre corps, c'est fini » (M. Thimas)*

De plus, outre ses effets intrinsèques, le médicament s'inscrit parfois dans un traitement, qui peut être lui-même perçu comme une contrainte. C'est le cas pour **Mlle Portet** :

*« Quand je prends des traitements, bon, j'ai du mal à les suivre à la lettre. J'ai du mal. Déjà parce que je note pas le premier jour où je commence à prendre les comprimés, et puis j'oublie, ou quand je m'en vais quelque part je les emporte pas, donc ça fait des creux et c'est pas trop suivi quoi ».*

La question de l'« observance<sup>1</sup> » est bien sûr un domaine où se donne à lire le degré de distance prise avec les prescriptions médicamenteuses. Dans l'ensemble du corpus il est peu fait état de traitements prescrits et non suivis<sup>2</sup>, sauf dans un domaine bien précis : celui des médicaments psychotropes. La spécificité de cette catégorie de médicaments dans les représentations et les usages profanes est connue et a été analysée dans divers travaux<sup>3</sup>. Plusieurs personnes mentionnent qu'un médecin leur en a prescrit, mais qu'elles ne les ont pas pris. Ainsi **M. Thimas** qui, bien qu'il aie une « confiance aveugle » en son médecin et dise prendre les traitements que celui-ci lui prescrit, met tout de même un bémol à cette observance : « après ça dépend le mot qu'il va me dire, s'il me dit "antidépresseur" je vais discuter un peu ».

Un raisonnement analogue à celui que j'ai énoncé plus haut apparaît au sujet des psychotropes : ces médicaments se substituent aux régulations « normales » de l'organisme, ils sont vus comme une « béquille » (« j'aime pas marcher avec une béquille », dit **Mme Chafi** qui pour autant ne se sent « pas prête » à arrêter son traitement). Mais plus encore, c'est la dépendance qui est redoutée et refusée :

---

<sup>1</sup> S. Fainzang rappelle que ce terme, utile au demeurant, reste associé à la vision du médecin, cf. FAINZANG S., « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques », *op. cit.*, p. 22.

<sup>2</sup> On peut citer l'exemple déjà mentionné de Mme Pinson qui, hors des moments de crises d'asthme, ne se sent « pas malade » et « oublie » son traitement. Il s'agit moins ici d'une résistance à la médicalisation que d'une difficulté à penser le traitement comme nécessaire en dehors de toute manifestation morbide.

<sup>3</sup> HAXAIRE C., « "Calmer les nerfs" : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, 2002, pp. 63-87 ; FERNANDEZ I., *Du sens du dormir aux formes de la maladie dépressive : hétérogénéité des usages des psychotropes et de leurs significations*, Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse II-Le Mirail, juin 2003.

« Je lui disais que j'arrivais pas à dormir, il m'a donné des médicaments pour dormir, mais je les prenais pas parce que je savais que si je les prends, j'allais prendre l'habitude, et que j'aurai du mal à m'en débarrasser après, donc je prenais pas ces médicaments » (Mme Artur)

« Après j'ai peur d'être dépendante quand même. (...) J'ai une amie là, ça fait des années qu'elle prend du Xanax, elle en prend 2 ça lui fait rien des fois, alors imaginez ! C'est fort ça en plus. Alors je veux pas arriver à ce point là » (Mlle Roque)

« C'était Lexomil, c'était le Transax, c'était les... les cachets assez forts. Et plus j'en prenais plus il m'en fallait, même si j'en avais plus besoin. Et ça c'est pas bon. Ça c'est pas bon » (Mme Jeco)

« Il m'a donné un somnifère, je me rappelle plus ce que c'était, et un antidépresseur léger mais sans accoutumance – ils vous disent ça mais tu parles... » (M. Thimas)<sup>1</sup>

Un autre grief énoncé contre ce type de médicaments est leur effet perturbateur sur le comportement et la personnalité. Mme Beban mentionne simultanément cet effet-là et la dépendance, et elle le fait à propos d'un médicament qui n'est pas au départ un psychotrope, mais qu'elle utilise comme tel (en l'occurrence pour mieux dormir) :

« [Le médecin] m'a donné les décontractants là... Faire des cures de décontractants pendant un mois. Bon, pendant un mois ça m'a décontractée mais j'arrête, parce que je, je veux pas être accoutumée à un médicament quand même, c'est pas... Je me vois mal en train de prendre du Valium ou des choses comme ça quoi. Donc quand j'arrête le traitement, ça repart comme avant. Ça change pas le comportement. (...) J'ai pas envie de prendre un médicament qui aide à dormir, d'accord, mais après qui abrutit un petit peu quoi... on est un petit peu titubant après, la journée, donc non<sup>2</sup> ».

Enfin, on trouve chez Mme Alpe et chez Mme Jeco un autre type de raisonnement, qui repose sur l'étiologie des troubles ressentis. L'une comme l'autre estiment que les « problèmes » qu'elles ont ou ont eus (angoisse, insomnie...) étant liés à des événements de leur vie, un médicament ne peut agir que sur les symptômes, sans apporter une réelle guérison :

« Y'a eu des moments où j'aurais pu prendre quelque chose, mais... non. On m'a donné ce traitement, Stablon, Stilnox, euh... Je me rappelle plus... Mais après, non. On peut pas rester éternellement... Bon c'est vrai que j'ai eu des problèmes, que je dormais très mal, tout ça, mais bon, c'était tout lié à... à mes soucis financiers, de santé et tout... Mais bon, tout rentre dans l'ordre après. Il suffit qu'une chose rentre bien pour qu'après... » (Mme Alpe)

---

<sup>1</sup> Cette mise en cause d'une éventuelle dépendance médicamenteuse peut surprendre de la part de M. Thimas qui a consommé de l'héroïne durant de longues années sans, dit-il, être réellement dépendant : « c'est pas mon genre. Peut-être que je suis costaud là (montrant sa tête) ». Il a cessé à la demande de sa femme et par un simple effort de volonté : « quand tu le sais... T'es là, t'es par terre, t'as mal aux reins, tu peux pas dormir, t'as des frissons, tu sais que t'en as pour 3 jours, minimum, premier jour, deuxième jour, c'est dur, et puis ça passe hein ! ». Il n'y a pourtant pas de contradiction entre les deux attitudes : ce que M. Thimas refuse, c'est sans doute moins la dépendance à l'égard du produit qu'à l'égard du monde médical : « moi j'aime pas perdre le contrôle. Quand c'est pas moi qui décide ça me va pas ».

<sup>2</sup> On retrouve ici la logique pragmatique (santé = capacité d'action), particulièrement prononcée chez Mme Beban.

*« Les, les... cachets là, l'antidépresseur, ça fait oublier le problème, c'est tout. Mais les problèmes sont toujours là. Ils sont toujours là les problèmes. Une fois que le traitement est fini, on y repense. Alors ça sert à rien, j'en ai pris pendant une période, pendant des années et des années, les antidépresseurs, mais<sup>1</sup>... » (Mme Jeco)*

Ce même argument (inutilité) est également convoqué lorsqu'il s'agit des recours aux « psys<sup>2</sup> ». Plusieurs types d'attitude peuvent être distingués à l'égard de cette catégorie de professionnels :

- seules trois personnes consultent régulièrement : **Mme Fonviel**, **Mme Mermoz** et **Mme Chafi**. Pour les deux premières il s'agit d'une initiative personnelle, et le motif semble plus intellectuel que thérapeutique (pour autant que, dans ce domaine, il y ait un sens à dissocier les deux aspects). Mme Chafi a été orientée vers un suivi « psy » à sa sortie d'hôpital psychiatrique. Elle a ensuite choisi de prolonger cette démarche et, après avoir mis un certain temps à « trouver le bon », elle consulte aujourd'hui régulièrement. Elle dit en ressentir des effets bénéfiques, dans le sens où elle réussit maintenant à espacer dans le temps certains comportements autodestructeurs (automutilations) ;

- **Mme Loci** et **Mme Artur** ont eu recours à des consultations « psys » de façon ponctuelle lors de périodes difficiles, et y ont trouvé un soutien et une écoute bénéfiques permettant d' « évacuer plein de choses » (Mme Artur)<sup>3</sup> ;

- pour une majorité de personnes, ce type de recours est considéré comme une éventualité acceptable, si jamais le besoin s'en faisait sentir un jour, ce qui n'est pas arrivé jusqu'ici. **Mlle Arène** avait envisagé ce recours et commencé à rechercher un professionnel, mais elle a ensuite trouvé un emploi stable et n'a plus ressenti le besoin de consulter ;

- enfin, plusieurs personnes manifestent une réticence, voire une hostilité certaine à l'égard de ce type de recours, qu'elles en aient fait l'expérience ou non. Au minimum, c'est l'inutilité de la démarche qui est dénoncée. Ainsi **Mme Damo**, suivie par une psychiatre sur les recommandations de sa sage-femme :

*« Je lui raconte un peu tous mes problèmes, elle me pose des questions, je lui raconte un peu ce qui s'est passé par rapport au bébé, par rapport à... Elle m'écoute. J'y vais, je discute avec elle, et puis après je m'en vais, ça me fait passer un petit moment. – Mais ça vous*

---

<sup>1</sup> Ces mêmes « problèmes » ont amené Mme Jeco à devenir alcoolique, mais si elle a pu arrêter les « cachets », « *question alcool, je plonge, je repars, l'alcool c'est pas tout à fait terminé...* ».

<sup>2</sup> J'ai choisi de conserver cette abréviation utilisée par les personnes, et qui désigne tour à tour les psychologues, psychiatres, psychothérapeutes, psychanalystes...

<sup>3</sup> On peut préciser que Mlle Loci a cessé de consulter entre autres pour des raisons financières. Il est évident que cet aspect bien matériel joue un rôle certain dans ce type de recours aux soins, comme dans d'autres pas ou peu remboursés par la Sécurité sociale (chirurgie esthétique, optique, soins dentaires).

apporte pas énormément non plus... - Ah non ! (rire) Elle m'apporte pas, elle m'écoute ! Ça rapporte pas grand-chose hein l'écoute... Elle me conseille même pas, elle m'écoute. Alors bon, moi, ça fait plaisir à la sage-femme parce que j'y vais, c'est tout, ça s'arrête là ».

Chez **Mme Anam** ou **Mme Mara**, plus encore que l'inefficacité, c'est le refus de déléguer à quelqu'un d'autre la prise en charge de soi-même qui motive la réticence :

« Je crois qu'il faut s'aider soi-même surtout » (Mme Mara)

« Je m'arrange toute seule ! Disons que je me fais ma... mon auto-critique toute seule. Disons que quand je suis très mal, je me prends toute seule, et puis je me mets à parler, toute seule, et je dis le bien, le mal, et je parle, je parle, même toute seule. Je parle, je parle... Et puis une fois que j'ai bien parlé ou que j'ai bien pleuré, je me dis maintenant c'est bon, stop, on se calme, on repart du bon pied. Voilà » (Mme Anam)

Mais c'est surtout chez **Mme Jodu** qu'est exprimée une véritable animosité : « autant les psychiatres que psychologues que... Non. Je les aime pas du tout ». Mme Jodu a été suivie pendant quelque temps lors d'une hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide. Bien qu'elle ne se soit que très peu exprimée à propos de cette période de sa vie, il est manifeste qu'elle garde de cette expérience avec les « psys » un souvenir très négatif. Elle souligne qu'elle n'a jamais cru à une quelconque utilité thérapeutique de ce type de recours :

« Ça m'énerve aussi, ça. Ça m'énerve. Ça m'énerve. (...) Pour moi, enfin... Ils vous mettent... parlent d'un tas de trucs, ils essaient de vous... Mais moi je, je... je les écoutais, oui, c'est sûr, je les écoutais, mais je leur disais ce que je voulais, hein, ils ont jamais su vraiment... - Vous aviez pas l'impression que ça vous aidait à aller mieux... - Non, parce que... ils vous prennent, là, ils vous parlent, ils vous disent beaucoup de trucs, de-ci, de-là, mais, euh... quand vous les écoutez, bon, euh... Je les écoutais, mais... de toute façon je leur ai jamais dit... ce que j'avais vraiment, ce que je... Ils essayaient, mais j'ai jamais dit moi ».

On peut faire l'hypothèse selon laquelle plus le réseau social est fort et susceptible de fournir un soutien moral, moins on éprouve le besoin de recourir à des professionnels de « l'écoute ». Il semble que cela ne se vérifie que partiellement. **Mme Enzo**, **Mme Jost** ou **Mme Blondel** disent par exemple s'être confiées à des ami(e)s, et ont trouvé dans ces relations amicales un soutien moral satisfaisant et qui a tenu lieu de recours professionnel. Chez **Mme Blondel** le réseau relationnel a même été utilisé activement à des fins explicitement thérapeutiques :

« Je savais très bien qu'il fallait surtout que je fasse attention, et qu'on peut très vite... verser vers la dépression et la maladie, hein, c'est très souvent le cas, donc ça je savais moi, qu'il y avait ce risque, donc j'ai été vigilante. Et c'est là aussi où justement la famille, les amis, c'est extrêmement important, et ça vous aide beaucoup. Moi j'ai été très entourée. (...) Si par exemple le soir au lieu de rentrer chez moi me retrouver toute seule, si je sentais que ça allait pas bien ben j'allais voir des amis, dîner chez des amis, les week-ends je les passais dans ma famille, hein, pour ne pas être seule ».

Il semble donc que dans un certain nombre de cas, le soutien moral trouvé dans la sphère socio-affective se substitue au recours à un thérapeute professionnel (**Mlle Arène** : « *pour moi la psy c'était la copine* »)<sup>1</sup>. Mais on observe chez quelques personnes une configuration différente : l'absence de recours professionnel « psy » dans des périodes difficiles va de pair avec une absence de soutien social personnel. Chez ces personnes est mis en avant un refus ou un évitement de toute forme de confiance et de recherche d'écoute, qu'elle soit professionnelle ou non :

« *Je suis un peu sauvage ! (rire) Quand j'ai des soucis, je... je suis plutôt renfermée, je me les garde pour moi* » (Mme Kléber)

« *J'ai pas pour habitude de me confier quoi, là aujourd'hui c'est vraiment parce que... pour ton boulot quoi ! (rire)* » (M. Sernin)

« *Je suis assez renfermée. Je suis quelqu'un d'assez renfermé. Même si j'ai des soucis, je préfère me les garder, je préfère m'en dépatouiller toute seule* » (Mme Mara)

On peut parfois se demander (mais les propos recueillis ne permettent pas de l'affirmer) dans quelle mesure cette revendication d'une autonomie personnelle (**M. Terray** : « *ça c'est encore une autonomie que j'ai, moi, les problèmes, je les résous moi-même* ») et cette façon de mettre un « point d'honneur » à « se débrouiller seul » ne recouvrent pas une forme d'isolement social qu'il serait difficile de reconnaître ouvertement comme tel.

Dans ces cas, si confiance et recherche de soutien il y a, c'est plutôt au médecin traitant que l'on s'adresse : « *j'ai confiance en lui et puis quand ça va pas, ben je vais le voir, on discute un peu, et puis voilà, ça repart* » (Mme Mara). Cette confiance est précisément ce qui fait défaut à **Mme Jeco** :

« *Ça c'est un truc que... j'ai confiance en personne. J'ai confiance en personne. Ou alors il faut vraiment... Bon là je vous en parle parce que bon... Faut vraiment... Vraiment que j'aie confiance hein, vraiment. Faut que je le ressente, mais autrement non* ».

Ce tour d'horizon des modes de déroulement d'itinéraires thérapeutiques montre bien finalement que, comme l'écrit D. Fassin, « le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin) qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte. (...) D'où la nécessité de resituer la séquence événementielle

---

<sup>1</sup> Sur l'état de la recherche en soutien social et santé mentale, cf. : TOUSSIGNANT M., « Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature », *Sciences sociales et santé*, vol. 6, n° 1, 1988, pp. 77-106.

du recours aux soins par rapport à la complexité des facteurs sociaux qu'elle implique<sup>1</sup> ». D'où également la nécessité, pour comprendre les itinéraires thérapeutiques, de se démarquer de la rationalité biomédicale, car si tout recours consiste bien à mettre un ou des moyen(s) au service d'une fin (« aller mieux »), le choix de ces moyens et leur mise en œuvre font intervenir des critères autres que celui de l'efficacité rationnelle pure : recherche de bien-être, référence à autrui, habitudes et « arts de faire<sup>2</sup> » routinisés, principes intellectuels ou même philosophiques, affects, etc.

\*  
\* \*

Au terme de cette analyse des différentes facettes du rapport à la santé (qui n'épuise sans doute pas la richesse du matériau recueilli<sup>3</sup>), on peut souligner combien celui-ci apparaît multiple dans ses formes et dans ses expressions tant symboliques que pratiques. Il est travaillé par des normes et des représentations sociales variées et parfois antagonistes (zèle/laxisme, confiance/méfiance, devoir de soin/recherche de bien-être, maîtrise/laisser-aller...) ; il est également construit et remodelé constamment au fil des expériences sédimentées et des interactions avec autrui ; il est enfin pris dans le réseau de contraintes et de ressources (matérielles, temporelles, cognitives) de l'existence quotidienne.

---

<sup>1</sup> *Pouvoir et maladie* en Afrique (1992), cité in BENOIST J. (dir.), *Soigner au pluriel, op. cit.*, p. 9.

<sup>2</sup> DE CERTEAU M., *L'invention du quotidien, vol. 1 : Arts de faire*, Paris, Gallimard, 1990.

<sup>3</sup> Lui-même n'épuisant pas la complexité du rapport à la santé (il aurait fallu pour cela bien plus qu'une « moitié d'entretien »).



## Chapitre VIII

### Les expériences sociales du travail et de la santé : quels entrelacements ?

En prenant appui sur l'ensemble des développements précédents et en les prolongeant, ce dernier chapitre a pour but d'*analyser les formes biographiques de l'articulation entre parcours professionnels et histoires de santé, c'est-à-dire de rendre intelligible la construction de ce que j'appellerai les expériences croisées de santé et de travail.*

La notion d'« expérience croisée » renvoie à une approche des parcours de vie conçus comme l'entrecroisement d'une multiplicité de lignes biographiques, correspondant chacune à un registre de l'expérience existentielle. Le parcours scolaire, l'histoire du rapport au travail et à l'emploi, la vie familiale, la vie sociale, la santé, la trajectoire résidentielle, l'itinéraire politique, religieux ou spirituel, etc. (cette énumération pouvant être prolongée presque à l'infini selon la nature des domaines pertinents dans chaque cas singulier) sont autant fils qui, tressés ensemble, tissent la trame biographique. Chacune de ces sphères de l'existence est caractérisée par un ensemble d'activités et de pratiques, de rôles et d'identités sociales, et se déploie au sein de lieux, de temps et de temporalités, de réseaux relationnels et de cadres structurels spécifiques.

On peut donc parler d'une conception *pluraliste* des parcours de vie, en précisant tout de suite que cette approche n'est en rien atomiste : la distinction analytique entre plusieurs registres existentiels ne suppose aucunement que les différentes sphères sont autonomes, cloisonnées et, pour ainsi dire, indifférentes les unes aux autres. Au contraire, une vision pluraliste appelle à interroger l'interdépendance entre ces sphères et ces parcours, et à analyser leurs modes d'articulation et d'interstructuration. L'histoire de vie dans son ensemble est constituée par la



succession des diverses configurations qui organisent l'articulation entre ces sphères.

Dans l'entrelacs que sont donc les parcours biographiques, je propose de diriger le regard sur les formes prises par l'articulation des deux registres d'expérience particuliers que sont la santé et le travail, en accordant une attention centrale à la construction qui en est faite par ceux qui en sont les acteurs. Quelles dimensions des expériences sociales du travail et de l'emploi font écho à quelles composantes du rapport à la santé ? Comment l'expérience du travail (re)construit-elle le rapport à la santé et, en regard, comment l'histoire de santé interfère-t-elle (objectivement et subjectivement) avec l'histoire du rapport au travail ? Quelles significations les salariés donnent-ils à ces expériences croisées, à travers quelles mises en intrigue les interprètent-ils ?

Il s'agit donc maintenant de ressaisir ensemble ces deux versants de l'expérience sociale qui ont été explorés séparément dans les deux chapitres précédents – ou plutôt : aussi séparément que possible car, c'est là un premier point que je développerai, l'une des caractéristiques fondamentales des relations entre santé et travail, surtout lorsqu'elles sont appréhendées à l'échelle individuelle, est leur étroite interdépendance.

## **1. L'articulation santé-travail : quatre couples de dynamiques élémentaires**

---

La sphère de la santé et celle du travail, en tant que composantes des parcours biographiques, se présentent comme des enjeux existentiels majeurs pour la quasi-totalité des individus. Rares en effet sont les histoires de vie qui n'ont pas à voir, de façon plus ou moins centrale et plus ou moins continue, avec la sphère de l'intégration professionnelle ; et ceci vaut encore davantage dans le registre de la santé puisque par nature, toute existence individuelle est incarnée dans une corporéité dont la santé est l'une des dimensions. Ce caractère extrêmement général des expériences du travail et de la santé est à souligner : peu d'autres registres de l'existence sont à la fois aussi communs, aussi centraux et aussi durables à l'échelle

biographique (seul probablement le domaine de la sociabilité et des liens relationnels partage pleinement ces caractéristiques).

On peut également constater que peu d'autres sphères sont aussi fondamentalement liées entre elles par un rapport d'interdépendance et de construction mutuelle. Certes, chaque fil biographique est toujours susceptible d'interférer avec un autre : l'histoire familiale croise et oriente fréquemment la trajectoire résidentielle, le réseau social est souvent construit au moins partiellement en lien avec la vie professionnelle... Mais ces entrecroisements comportent toujours une part de contingence, et l'articulation entre les sphères concernées ne relève pas *par nature* d'un rapport premier d'interdépendance. Si, plus que d'autres, le registre de la santé et celui du travail s'affirment d'emblée comme nécessairement encastrés<sup>1</sup>, c'est en raison de la réciprocité constitutive de leurs relations, qui a été décrite dans le chapitre III et qui prend forme dans la double dynamique suivante : d'une part, la santé construit la capacité à travailler et détermine un ensemble de possibilités et d'impossibilités dans la sphère de l'intégration professionnelle ; d'autre part, l'exercice d'une activité professionnelle façonne en retour la santé, de façon directe par le biais des sollicitations psychocorporelles au cours du travail et de façon indirecte par la médiation des conditions d'existence et des modes de vie.

Cette interdépendance de fond n'est pas seulement un état de fait plus ou moins « naturel » : elle fait l'objet d'une multitude de régulations sociales qui tout à la fois la rendent visible et en déterminent le contenu et le sens. En effet, un ensemble complexe de cadres législatifs spécifiques (lois sur les accidents du travail, sur les maladies professionnelles, sur les obligations des employeurs en matière de santé et sécurité des salariés, etc.) ; d'instances dédiées (médecine du travail, CHSCT, ANACT, etc.) ; de structures administratives spécialisées (branche AT-MP de la CNAM-TS, FIVA...) définissent et organisent les *formes sociales* des relations santé-travail. Tous ces dispositifs participent à la construction sociale, historique, politique, juridique du « champ santé-travail », et façonnent les trajectoires individuelles en imposant des cadres à l'articulation biographique santé-travail. Bien entendu, face à ces cadres structurels, les individus conservent des marges de manœuvre et

---

<sup>1</sup> GROSSETTI M., BÈS M.-P., « Encastrement et découplage dans les relations sciences-industrie », *Revue française de sociologie*, vol. XXXII, n° 2, 2001, pp. 327-355 ; GROSSETTI M., *Sociologie de l'imprévisible. Dynamiques de l'activité et des formes sociales*, Paris, PUF, 2004 (chapitre III).

construisent leur propre expérience de l'interrelation santé-travail, et c'est cet aspect qui sera analysé ici.

Pour préciser davantage la nature et les contenus de cette dynamique de construction mutuelle entre sphère du travail et sphère de la santé, je propose un cadre d'analyse bifocal qui s'appuie sur la distinction introduite précédemment (chapitres III et VI) entre deux sens et deux échelles d'analyse de la réalité sociale qu'est « le travail ». Il importe en effet de dissocier :

- d'une part, *le travail comme support d'intégration sociale*, c'est-à-dire comme élément déterminant une place dans l'espace social, donc un statut social et un ensemble de conditions d'existence (revenu, logement, protection sociale, etc.). On peut parler ici d'un niveau structurel ou macro-social d'appréhension du travail ;

- d'autre part, *le travail comme ensemble d'activités concrètes*, d'actes, de gestes, de postures dans lesquels l'individu engage et met à l'épreuve quotidiennement ses ressources corporelles et psychiques. Ce niveau d'analyse peut être qualifié de contextuel ou situationnel.

Chacun de ces deux ordres de réalité résonne de façon différente avec la santé dans ses diverses composantes (physique, psychique, sociale).

L'analyse des interstructurations biographiques entre expériences de la santé et expériences du travail doit donc être menée en articulant trois dimensions de l'objet « relations santé-travail » :

- le double niveau d'analyse (structurel/situationnel),
- la double dynamique de façonnement de la santé par l'expérience du travail et de façonnement de l'expérience du travail par la santé,
- la double potentialité (positive ou négative) de ces deux mouvements.

Le tableau ci-dessous présente une mise à plat de ce cadre d'analyse :

### Les dynamiques élémentaires de l'articulation santé-travail

	Façonnement de la santé par l'expérience du travail		Façonnement de l'expérience du travail par la santé	
	<i>En positif</i>	<i>En négatif</i>	<i>En positif</i>	<i>En négatif</i>
<p><b>Niveau structurel</b></p> <p>Le travail comme support d'intégration sociale</p>	<p><b>1</b></p> <p><u>L'intégration professionnelle facteur de santé</u></p> <p>- Revenu, conditions de vie et protections sociales permettent l'entretien et la restauration de la santé - L'intégration professionnelle est porteuse d'une identité positive et d'un statut social valorisant, et elle permet de construire le hors-travail</p>	<p><b>2</b></p> <p><u>L'intégration professionnelle pathogène</u></p> <p>- Revenu, conditions de vie et protections sociales ne permettent pas (ou nuisent à) l'entretien et la restauration de la santé - L'intégration professionnelle est disqualifiante, et elle ne permet pas de construire le hors-travail</p>	<p><b>3</b></p> <p><u>La santé facteur d'intégration professionnelle</u></p> <p>La santé permet l'intégration professionnelle et ne limite pas a priori l'accès à l'emploi</p>	<p><b>4</b></p> <p><u>La santé facteur de sélection-exclusion professionnelle</u></p> <p>Des altérations de la santé : - restreignent les possibilités d'intégration professionnelle - fragilisent le rapport à l'emploi</p>
<p><b>Niveau situationnel</b></p> <p>Le travail comme activités concrètes</p>	<p><b>5</b></p> <p><u>Le travail facteur de santé</u></p> <p>Les activités quotidiennes de travail sont favorables à la santé : - par le plaisir et la valorisation de soi dans le travail - par la reconnaissance intersubjective - par le soutien social des liens relationnels</p>	<p><b>6</b></p> <p><u>Le travail pathogène</u></p> <p>Les activités de travail nuisent à la santé : - usure physique et accidents - usure mentale, atteintes à la personne - exposition à des risques à effet différé</p>	<p><b>7</b></p> <p><u>La santé outil de travail</u></p> <p>Les ressources de santé permettent pleinement d'accomplir le travail</p>	<p><b>8</b></p> <p><u>La santé à l'encontre du travail</u></p> <p>Les défaillances de santé : - perturbent les activités de travail - rendent le travail plus pénible - nécessitent un arrêt de travail</p>

Avant d'entrer dans l'explicitation de ce tableau, je dois clarifier les termes employés.

Au sens où je l'entends ici, *l'intégration professionnelle* ne recouvre pas exactement l'association entre le rapport à l'emploi et le rapport au travail tels qu'ils sont décrits par S. Paugam. Ce que je désignerai par « intégration professionnelle » correspond en réalité à la dimension du rapport à l'emploi (stabilité/instabilité et sécurité/insécurité de l'emploi, temps de travail) ainsi qu'à certains aspects du rapport au travail : ceux qui relèvent des satisfactions *extrinsèques* (satisfaction *par* le travail), c'est-à-dire le salaire, les perspectives de promotion, les horaires de travail et les avantages sociaux. Il s'agit en somme de tout ce qui dans l'activité professionnelle a trait à la construction de la vie hors-travail<sup>1</sup>. On pourrait également parler de « conditions d'emploi » au sens large. Si j'ai choisi de conserver les termes « intégration professionnelle » pour subsumer l'ensemble de ces éléments, c'est pour souligner que je m'intéresse, dans ce niveau qualifié de structurel, à l'activité professionnelle en tant que support d'intégration sociale, donc en tant que déterminant des conditions de vie, des perspectives d'avenir et d'une part du statut social.

J'emploierai le terme « *travail* » pour désigner les contenus concrets et les conditions matérielles et sociales d'accomplissement de l'activité professionnelle. Ce registre recouvre donc les trois composantes de la satisfaction *dans* le travail analysées dans le chapitre VI : le plaisir d'*homo faber* lié aux activités de travail elles-mêmes ; le plaisir d'*homo sociologicus* lié aux interactions avec les autres du travail (collègues, supérieurs, clients, etc.) – interactions porteuses des enjeux de la reconnaissance du travail ; et enfin la satisfaction liée aux conditions de travail (environnement matériel et sensoriel, rythmes, contraintes, etc.).

Ainsi définis, « l'intégration professionnelle » et « le travail » correspondent à deux niveaux d'observation (le « travail en général » dans la vie et le « travail en particulier » au quotidien) d'un ensemble que je nommerai « situation à l'égard du travail et de l'emploi », ou plus brièvement « situation professionnelle », ce terme renvoyant simultanément aux réalités objectives et subjectives : « si on dit que la situation est la façon dont sont vécues les conditions externes on reconnaît par là

---

<sup>1</sup> Les horaires de travail relèvent à la fois de la dimension extrinsèque au sens où ils structurent l'organisation de la vie hors-travail, et de l'aspect intrinsèque lorsqu'ils sont considérés comme une composante des conditions de travail. C'est donc le premier sens qui est retenu dans ce que j'appelle « intégration professionnelle ».

même que l'important c'est l'unité des aspects objectifs et subjectifs, c'est le vécu. (...) La situation n'est ni les conditions externes, ni les réactions à ces conditions, ce qui en ferait une réalité soit abstraitement sociale, soit abstraitement individuelle et psychologique. C'est la "situation totale", selon l'expression de Lewin, qui est à considérer<sup>1</sup> ».

Enfin, le terme « *pathogène* » est à entendre de façon plus large que dans son acception strictement biomédicale. Je rappelle que l'un des choix conceptuels qui ont guidé ce travail consiste à adopter une définition extensive de la santé, qui inclut sa dimension corporelle mais aussi psychique (ce terme recouvrant à la fois la santé mentale au sens de la psychopathologie et la dimension du « moral » au sens ordinaire). En suivant ce principe, on est amené à considérer comme « pathogène » tout aspect de la situation professionnelle perçu par le salarié comme délétère ou défavorable à sa santé et à son bien-être. Cela implique de catégoriser en termes de « trouble de santé », ou du moins de risque pour la santé, toute insatisfaction prononcée et durable dans le travail, toute expérience négative de l'intégration professionnelle, toute expression d'un mal-être subjectivement attribué à la situation à l'égard du travail et de l'emploi.

Le tableau présenté ci-dessus constitue une trame permettant de visualiser l'ensemble des dynamiques de fond qui construisent les modes d'articulation des expériences de la santé et du travail. La première ligne rend compte de cette articulation d'un point de vue structurel, elle pose des repères pour l'analyse des « liens entre santé et travail », ceux-ci étant abordés en tant que sphères d'activités globales. La deuxième ligne appréhende l'objet de plus près, dans ses formes micro-sociales : c'est le niveau de « la santé au travail » qui est interrogé sur place, en situation.

Deux échelles d'observation et d'analyse, donc, correspondant également à deux échelles de temps : le premier niveau met en jeu le temps long du façonnement mutuel inscrit dans la durée, tandis que le deuxième niveau se décline dans le temps plus court de l'interrelation santé-travail dans ses manifestations les plus immédiatement perceptibles (sauf, dans le cas du « travail pathogène », lorsque les répercussions de l'activité professionnelle sur la santé n'apparaissent qu'après un

---

<sup>1</sup> LEDRUT R., « Situation de chômage et analyse sociologique de situation », *Cahiers internationaux de sociologie*, Hors-série, 1961.

temps plus ou moins long). On pourrait dire également qu'au niveau *structurel*, l'intégration professionnelle et la santé déterminent mutuellement leurs conditions de possibilité : les caractéristiques de l'intégration professionnelle construisent un contexte favorable ou défavorable à la santé ; inversement, la santé constitue un « terrain » plus ou moins propice à la construction de l'intégration professionnelle. On peut parler ici d'une dynamique d'*interstructuration* entre les deux ordres de réalité. Dans le niveau *situationnel*, les interrelations santé-travail sont appréhendées sous l'angle de causalités réciproques plus directes et relèvent d'une dynamique plus immédiate d'*interaction*.

Ces deux niveaux d'intelligibilité des relations santé-travail sont bien sûr complémentaires et liés entre eux. Ils distinguent pour les besoins de l'analyse les facettes différentes d'un même objet, et tout l'enjeu consiste précisément à rendre compte de cette articulation.

Je commencerai par préciser le contenu de chaque case du tableau, ou plutôt des couples de cases, qui désignent à chaque fois les deux faces (positive et négative) d'une dynamique.

- Les *cases 1 et 2* correspondent aux processus les plus généraux et les plus transversaux par lesquels l'intégration dans la sphère sociale du travail façonne la santé des individus et des groupes. Sur son versant positif, cette dynamique est celle qui permet, par le biais de l'activité professionnelle, de disposer des moyens matériels d'existence nécessaires pour construire et entretenir la santé, tant en amont à travers des conditions et des modes de vie favorables à la santé et à la prévention de ses altérations, qu'en aval à travers la possibilité de mettre en œuvre des pratiques curatives et réparatrices. L'intégration professionnelle, lorsqu'elle est satisfaisante (j'entends par là : lorsqu'elle convient à l'individu concerné), est également un vecteur de santé dans la mesure où elle contribue au bien-être général en procurant un statut et une identité sociale reconnus et valorisés. Enfin, un aspect plus marginal mais digne d'être rappelé est le suivi médical minimal assuré par les consultations en médecine du travail.

Sur le versant négatif, une intégration professionnelle fragile ou disqualifiante (c'est-à-dire perçue comme telle par l'individu concerné) produit les effets inverses : les conséquences délétères des privations et de l'inconfort matériel, la restriction des possibilités de prévention et de soin (ou leur moindre efficacité thérapeutique), le mal-être et le sentiment de dévalorisation viennent alors altérer

la santé. A un autre niveau de médiation, il faut rappeler que face à la nécessité urgente de régler le problème de l'emploi, nombre de personnes relèguent au second plan les préoccupations de santé. Le souci immédiat du travail prend alors le pas sur le souci de soi et de sa santé.

- Les *cases 3 et 4* renvoient aux mécanismes sociaux de sélection professionnelle fondés sur des critères de santé (dont le principe de l'aptitude médicale est la matérialisation dominante, et dont la sélection génétique à l'embauche serait la forme la plus achevée). Ces processus de filtrage sont à la fois bien connus et partiellement invisibles : de fait, c'est lorsque la santé *pose problème* pour l'accès ou le maintien dans l'emploi que sa valeur sélective se révèle. Une pathologie chronique invalidante, un handicap, un accident de santé, un événement corporel non pathologique (une grossesse par exemple), ou simplement les manifestations du vieillissement « naturel » peuvent ainsi infléchir ponctuellement ou durablement le parcours professionnel, éventuellement jusqu'à construire une inemployabilité par la santé. C'est en ce sens que l'histoire de santé façonne l'expérience du travail tout au long de la vie.

- Avec les *cases 5 et 6*, on se situe au niveau des répercussions directes des activités de travail (leur nature et les conditions de leur accomplissement) sur la santé des individus. D'un côté, par le jeu de la reconnaissance intersubjective dans les collectifs de travail, par les satisfactions d'*homo faber* trouvées dans la réalisation des tâches, par l'épanouissement de l'*homo sociologicus* dans des relations d'entraide, d'amitié ou simplement de convivialité, l'exercice d'une activité professionnelle participe au quotidien à alimenter le sentiment de bien-être moral et social. A l'inverse, comme nous l'avons vu en détail dans le chapitre III, le travail peut être à l'origine d'atteintes à la santé très diverses, qui se déclinent à travers les processus d'usure corporelle et mentale, ou sous la forme plus événementielle de l'accident de travail. Ces manifestations dans le registre de la morbidité (sinon de la mortalité) peuvent être temporaires ou durables (voire définitives), immédiates ou différées (risques à effet de latence).

- Enfin, les *cases 7 et 8* permettent d'appréhender la façon dont la santé prend part aux activités de travail, soit comme une ressource favorisant leur accomplissement, soit comme une entrave les rendant plus difficiles et plus pénibles. Soulignons que la nature des défaillances perturbatrices n'est pas définissable a priori : toute altération, tout désordre de santé, qu'il soit ponctuel ou chronique, ne gêne pas les activités de travail. D'une part, il existe un certain



nombre de troubles qui relèvent de ce que la médecine et/ou les salariés catégorisent comme « pathologique » et qui ne limitent pas les capacités fonctionnelles et intellectuelles requises pour accomplir le travail (par exemple une pathologie chronique traitée et stabilisée, une surdité partielle, ou encore une séropositivité). D'autre part, et surtout, tout dépend de la coïncidence entre la nature du trouble et le contenu du travail. Ainsi, une tendinite au poignet gênera davantage le chauffeur-livreur que l'enseignant ; une angine incommodera fortement la standardiste et moins le technicien de maintenance travaillant en solitaire, une hanche arthrosique pèsera lourdement sur le travail de l'ouvrier en bâtiment et moins sur celui de l'employé de bureau...

Là encore, le premier cas de figure passe inaperçu : tant qu'aucune sorte de limite physique ou psychique n'est atteinte, tant qu'aucune manifestation de douleur, de fatigue ou de gêne ne se fait sentir, tant que dure le « silence des organes », la santé est « naturellement » mise au service du travail. Cette dynamique n'est activée que dans les temps et les lieux du travail : dès lors que les individus en sont sortis, elle devient un angle mort qui n'a pas de pertinence immédiate et n'est donc que rarement évoquée (en partie aussi parce qu'elle est souvent inconsciente<sup>1</sup>). En revanche, lorsque des défaillances apparaissent, le travail devient une épreuve face à laquelle il faut « tenir » – lorsqu'il n'est pas possible ou pas souhaitable de s'en décharger, soit en s'arrêtant ponctuellement, soit en changeant d'emploi. L'analyse peut alors porter sur la façon dont les travailleurs, individuellement ou collectivement, font face à ces pénibilités d'origine « interne » (qui bien sûr interagissent étroitement avec les pénibilités « externes » du travail et de ses conditions), par des comportements de compensation, d'occultation, de résistance..., qui se déploient dans le travail mais aussi dans la vie hors travail.

Chaque couple de cases définit donc l'espace bipolaire de chacune des *quatre dynamiques élémentaires* constitutives de la construction mutuelle travail-santé.

Avant d'aborder les 30 parcours au regard de ces différentes entrées analytiques, quelques remarques complémentaires doivent être faites.

---

<sup>1</sup> De nombreux ajustements sont en effet effectués de façon spontanée et non consciente par les salariés au fil de leurs activités, qu'il s'agisse des postures, des gestes, des rythmes..., ou des régulations biologiques du métabolisme. L'ergonomie a développé de nombreux outils descriptifs pour saisir ces dynamiques en situation. On se situe ici dans le registre de la santé en tant qu'elle se confond avec le processus même de la vie, faite d'une constante adaptation à l'environnement.

Tout d'abord, l'opposition polaire qui caractérise chaque dynamique a valeur de type idéal : il s'agit bien d'une « utopie », d'un « tableau de pensée » obtenu en « accentuant par la pensée des éléments déterminés de la réalité », et qui ne sert qu'à « déterminer dans chaque cas particulier combien la réalité se rapproche ou s'écarte de ce tableau idéal<sup>1</sup> ». Les cas effectivement rencontrés se situent le plus souvent dans une zone intermédiaire entre les deux pôles typiques (un salarié peut par exemple être en situation de « travail pathogène » par le biais d'une exposition à des pénibilités physiques, et simultanément relever du « travail facteur de santé » par les plaisirs qu'il éprouve dans l'exercice quotidien de son activité professionnelle). Dès lors il s'agit de comprendre, dans chaque cas concret, comment la personne concernée perçoit sa propre situation, c'est-à-dire de déterminer quel est le pôle qui, d'un point de vue émique, prend le pas sur l'autre (étant entendu que cette appréciation est susceptible d'évoluer au fil des parcours). Outre les couples de pôles définissant les quatre dynamiques élémentaires, certaines associations de cases du tableau correspondent à des situations ou des processus spécifiques connus dans le champ santé-travail. Ainsi, le rapprochement des *cases 1 et 6* ou symétriquement des *cases 2 et 5* permet de rendre compte de l'ambivalence des liens entre travail et santé : l'intégration professionnelle peut être pathogène, mais avec un rapport au travail positif et favorable à la construction de la santé au quotidien (*cases 2+5*, par exemple les cas de « travail-plaisir » en emploi précaire non choisi) ; inversement, un salarié peut être en situation de « travail pathogène » tout en jouissant d'une intégration professionnelle satisfaisante et protectrice pour la santé (*cases 1+6*, par exemple un emploi stable mais un travail « usant »). On peut noter que cette dernière combinaison est celle qui pose un « cas de conscience » récurrent aux médecins du travail (cf. chapitre V) : faut-il « protéger la santé du salarié » au risque de fragiliser son intégration professionnelle (ce qui revient à faire évoluer la case 6 vers la case 4) ? On a vu que les médecins évitent autant que possible de mettre en œuvre ce type de choix, préférant privilégier l'intégration professionnelle dans l'idée qu'exercer un emploi est « toujours mieux » pour la santé que le chômage.

Les enjeux de santé au travail sont également présents dans l'espace circonscrit par les *cases 8 et 4*, où se situe le passage du niveau situationnel de la santé dans le travail à celui de la santé dans le parcours professionnel. « Les désordres du corps,

---

<sup>1</sup> WEBER M., *Essais sur la théorie de la science, op. cit.*, pp. 172-173.

à des degrés variables, mettent en effet en jeu la capacité des personnes à s'acquitter de leurs tâches habituelles. A terme, lorsqu'elles acquièrent une visibilité importante ou occasionnent des aménagements durables, les maladies menacent l'itinéraire professionnel : avancement contrarié, changements de poste, licenciement<sup>1</sup> ». D'où la nécessité pour les salariés de contrôler la visibilité des événements corporels qui les affectent au cours des activités de travail, afin de conquérir une « position morale » favorable au sein du milieu de travail (par exemple pour les salariés en contrat précaire qui souhaitent être embauchés).

Enfin, les *cases 2 et 6* correspondent à une association statistiquement mise en évidence : celle du cumul fréquent entre précarité contractuelle ou position défavorable dans la division sociale de l'emploi (sous-traitance par exemple) d'une part ; pénibilités, risques et atteintes à la santé d'autre part<sup>2</sup>.

Ce dernier point amène une autre remarque d'ensemble : si les dynamiques exposées dans le tableau sont « élémentaires », c'est-à-dire constitutives de l'articulation santé-travail pour tout un chacun, les processus de précarisation du travail pèsent sensiblement sur la façon dont elles se formulent et se présentent concrètement aux salariés concernés. Ce point a été étudié en détail dans le chapitre III. On peut considérer que les transformations du monde du travail ont un double effet global : d'un côté, elles ravivent les potentialités négatives de chaque dynamique et en aggravent les conséquences (*cases 2, 4, 6 et 8*) ; de l'autre, elles gênent le déploiement des dynamiques dans leur versant positif (*cases 1, 3, 5 et 7*). C'est pourquoi j'ai parlé d'une « reformulation des enjeux de santé » sous l'effet des diverses formes de précarisation du travail.

Concernant l'ensemble des dynamiques retracées dans le tableau, il faut également souligner que d'une façon générale, cela a été mentionné plus haut, les colonnes « en positif » correspondent à des processus latents, implicites, allant de soi, et de ce fait peu visibles. A l'inverse, c'est le plus souvent lorsqu'elles s'actualisent dans des rapports de conflit ou d'antagonisme que les relations entre travail et santé apparaissent à la conscience individuelle (et sont donc accessibles sous forme discursive dans l'entretien), ainsi d'ailleurs que dans la sphère publique. En matière de liens santé-travail (comme probablement dans de nombreux autres domaines

---

<sup>1</sup> DODIER N., « Corps fragiles : la construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes du travail », *op. cit.*, p. 604.

<sup>2</sup> Cf. : Chapitres I et III.

d'expérience), le « normal », c'est le non-problématique, l'inaperçu, la routine<sup>1</sup>. C'est particulièrement vrai dans le domaine de la santé qui, comme on l'a vu dans le chapitre précédent, ne se manifeste le plus souvent que par son envers, par ses dérèglements : « la maladie nous révèle des fonctions normales au moment précis où elle nous en interdit l'exercice. (...) La santé c'est l'innocence organique. Elle doit être perdue, comme toute innocence, pour qu'une connaissance soit possible<sup>2</sup> ». Le plus souvent donc, la relation santé-travail ne se manifeste dans l'expérience que lorsqu'elle se cristallise sur un mode problématique impliquant des choix, des arbitrages, des bifurcations et des recompositions de l'équilibre entre les deux registres d'existence. Pour reprendre l'image des différents fils constitutifs des parcours de vie, on pourrait dire que dans certains parcours, le fil du travail et celui de la santé ne s'entrecroisent pas ostensiblement : l'histoire professionnelle et celle de la santé semblent se dérouler de façon dissociée, dans des trajectoires parallèles autonomes l'une de l'autre. En d'autres termes, la personne peut faire le récit de son parcours professionnel sans faire intervenir d'éléments liés à sa santé, et réciproquement. Cela ne signifie pas que les deux ordres de réalité sont alors indépendants, mais seulement que la santé est suffisamment bonne pour ne pas perturber la vie de travail, et simultanément que l'intégration professionnelle est suffisamment satisfaisante ou réussie pour ne pas contrarier la santé et le sentiment de bien-être. D'autres parcours au contraire (la majorité) font apparaître ce que l'on pourrait appeler des points d'interférence problématique entre les deux trajectoires, c'est-à-dire des situations ou des événements où santé et travail ne s'étaient plus l'un l'autre mais au contraire se desservent ou se fragilisent mutuellement. La matière première de l'analyse se trouve donc avant tout dans le récit direct ou indirect de ces moments de déséquilibre où l'alliance santé-travail ne va plus de soi.

Compte tenu de ces remarques introductives, je propose le plan d'analyse suivant :

- dans un premier temps (§2), j'étudierai la façon dont les quatre dynamiques fondamentales se présentent aux salariés du corpus, ou plutôt comment ils les présentent et se les représentent. Comment la tension entre les pôles opposés est-

---

<sup>1</sup> C'est ce que Georges Perec nomme « l'infra-ordinaire » : « ce qui nous parle, me semble-t-il, c'est toujours l'événement, l'insolite, l'extra-ordinaire : cinq colonnes à la une, grosses manchettes. (...) Comme si la vie ne devait se révéler qu'à travers le spectaculaire, comme si le parlant, le significatif était toujours anormal. (...) Dans notre précipitation à mesurer l'historique, le significatif, le révélateur, ne laissons pas de côté l'essentiel : le véritablement intolérable, le vraiment inadmissible : le scandale, ce n'est pas le grisou, c'est le travail dans les mines », in *L'infra-ordinaire*, Paris, Seuil, 1989, pp. 9-10.

<sup>2</sup> CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 59.

elle exprimée et vécue par les individus ? Dans quels termes se formulent les dynamiques élémentaires pour chaque situation singulière, comment se déclinent-elles par rapport aux pôles typiques, et quelles variantes peut-on distinguer ? Cette *analyse des liens santé-travail tels qu'ils sont perçus par les salariés* permettra notamment de faire apparaître les univers de sens mobilisés dans l'interprétation des situations et des parcours, ainsi que les logiques d'action mises en œuvre ;

- je m'attacherai ensuite à décrire les conduites consistant à « tenir » face aux contraintes et aux pénibilités diverses qui se font sentir dans le travail, en explorant la diversité de leurs sens et de leurs modalités (§3) ;

- enfin, je présenterai (§4) une analyse combinatoire des dynamiques élémentaires qui permettra d'identifier *six configurations biographiques de l'articulation santé-travail*. On verra que ces configurations prennent des sens diversifiés en fonction des parcours antérieurs et des perspectives d'avenir, et qu'elles mettent en scène des hiérarchisations différentes des enjeux existentiels que sont la satisfaction dans le travail, l'insertion dans le marché de l'emploi, la préservation de la santé, et plus largement la recherche du bien-être, voire du bonheur.

## 2. Les relations santé-travail dans l'expérience des salariés

---

Une fois identifiées les dynamiques élémentaires qui construisent l'articulation santé-travail, avec pour chacune une opposition typique entre deux pôles, il s'agit d'examiner les 30 parcours recueillis au prisme de ce cadre d'analyse. Comme dans toute démarche ayant recours à l'outil du « type idéal », l'objectif premier n'est pas de « classer » chaque cas<sup>1</sup> dans un type ou un autre mais, en cherchant dans un premier temps à effectuer une mise en ordre de cette nature, de mettre en lumière les éléments de différenciation, de diffraction, d'oscillation des cas concrets entre eux et par rapport aux types purs<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Comme dans les chapitres précédents, ce qui est classé ici (les « cas ») sont les *situations* (ou plus exactement leur description par les personnes) et non les individus.

<sup>2</sup> COENEN-HUTHER J., « Le type idéal comme instrument de la recherche sociologique », *Revue française de sociologie*, vol. XXXIV, n° 3, 2003, pp. 531-547 ; SCHNAPPER D., *La compréhension sociologique*, op. cit.

Je procéderai en abordant successivement les quatre dynamiques définies plus haut, dans leurs modalités positive et négative, ce qui permettra de développer une analyse approfondie des diverses facettes de l'interrelation santé-travail.

*a) L'emploi, c'est la santé ?*

1 L'intégration professionnelle facteur de santé	2 L'intégration professionnelle pathogène	3 La santé facteur d'intégration professionnelle	4 La santé facteur de sélection-exclusion prof.
5 Le travail facteur de santé	6 Le travail pathogène	7 La santé outil de travail	8 La santé à l'encontre du travail

La première dynamique (cases 1 et 2 du tableau) est celle du façonnement de la santé par l'intégration professionnelle. La façon dont celle-ci intervient dans la construction de la santé ne dépend pas tant de ses caractéristiques en elles-mêmes que de la manière dont elles sont considérées par les acteurs concernés. La place du « travail en général » dans l'existence, les attentes et les espérances dans le registre de la vie personnelle et familiale, le sens de la précarité de l'emploi, l'employabilité perçue, le moment dans le parcours de vie sont autant de paramètres qui construisent l'intégration professionnelle comme pathogène ou favorable à la santé.

**Lorsque l'intégration professionnelle favorise la santé et le bien-être (case 1)**

Deux variantes peuvent être distinguées au sein de ce pôle. La première correspond à une forme faible de la dynamique positive : les conditions de la participation au monde du travail rendent possible la construction et l'entretien de la santé ; la seconde peut être considérée comme une forme forte de ce processus, dans laquelle l'activité professionnelle est investie d'une valeur thérapeutique.

***Forme faible : l'intégration professionnelle permet la santé***

On peut estimer que l'intégration professionnelle est un « facteur de santé » lorsque, au minimum, elle ne la contrarie pas. Cela signifie que même si des

insatisfactions sont ressenties, les aspects extrinsèques du travail ne sont pas perçus comme fondamentalement problématiques : la vie hors travail n'est pas perturbée au quotidien par des difficultés sur le plan professionnel, les conditions de vie sont satisfaisantes, et l'avenir professionnel n'est pas un objet d'angoisse et d'appréhension majeures.

Ces éléments caractérisent d'abord les situations d'intégration assurée ou laborieuse associées à des temps de travail jugés suffisants pour assurer l'entretien régulier des conditions d'existence. **Mme Pinson** se trouve dans ce cas de figure, ainsi que **Mlle Loci**, **Mlle Portet**, **Mme Jost** et **Mme Chafi** qui disposent également d'emplois stables, mais à temps partiel, ce qui ne constitue pas pour elles un inconvénient :

*« Ça me laisse à moi aussi un peu de **temps pour moi**, pour m'occuper de la baraque, pour bûcher [les concours de bibliothécaire] » (Mlle Loci)*

*« Je sais que si je veux je peux travailler plus, je **préfère bénéficier des après-midi que j'ai** pour justement essayer de trouver des entretiens, avancer au niveau de mes formations » (Mlle Portet)*

**M. Bois** représente un cas-limite en ce sens que pour lui, le temps de travail n'est pas seulement « suffisant », il est excessif : on a vu qu'il souhaiterait à l'avenir pouvoir consacrer davantage de temps à sa vie familiale. Il vit de plus en plus mal ce manque de temps hors travail :

*« C'est une association avec le travail et la vie familiale. (...) C'est **contraignant**, parce qu'on est toujours... Je travaille le samedi, donc mon jour de repos c'est le vendredi, et le vendredi tout le monde est à l'école et au travail, donc le samedi... Et après **j'ai que le dimanche**. Donc c'est vrai qu'au niveau vie familiale, bon par exemple j'ai une enfant de 13 ans, elle fait du basket, j'aimerais bien aller la voir jouer au basket, bon, **c'est des petits trucs**, mais c'est petits trucs qu'au bout d'un moment, **au fil des années** quoi, on le ressent un peu comme une... euh... je sais pas comment on peut le dire mais... **c'est une gêne** quoi ».*

Néanmoins, lorsque je le rencontre, M. Bois s'apprête à emménager avec son épouse et ses trois enfants dans la maison qu'ils font construire, et sur le plan financier le couple a besoin d'un double revenu à temps plein, « au moins jusqu'à ce qu'on soit installés ». La « gêne » ressentie par M. Bois ne suffit donc pas (pas encore en tout cas) à le faire basculer du côté d'une intégration professionnelle « pathogène ».

Enfin, pour **Mme Kléber** et **Mme Jodu**, la dimension « intégration professionnelle » n'a plus de pertinence puisqu'elles ont définitivement cessé de travailler. Mais lorsqu'elles étaient encore en activité, leurs conditions d'emploi les rapprochaient du pôle de l'intégration professionnelle facteur de santé. C'est également le cas de

**Mme Mara** : pour elle l'interruption est provisoire, mais elle ne se dit pas inquiète pour retrouver un emploi par la suite.

Pour les autres personnes proches de ce pôle, le statut d'emploi n'est pas stable mais cette incertitude ne donne pas lieu à une inquiétude majeure. On a vu que **Mme Blondel, Mme Mermoz, Mme Delache** et **M. Terray** font l'expérience d'une « précarité positive ». Pour **Mme Brax**, l'emploi n'est pas une nécessité : la précarité de l'emploi n'est donc pas problématique. **Mme Damo**, on l'a vu, ne fait pas de la stabilité de l'emploi une priorité et met même en avant un certain goût du changement. De plus, elle dit s'accommoder relativement bien d'une certaine pauvreté matérielle. De ce fait, elle n'exprime pas d'inquiétude particulière quant à son avenir :

*« L'incertitude de l'avenir proche, c'est pas quelque chose qui vous inquiète spécialement... - Non, pas dans l'immédiat, parce que je me suis retrouvée rmitiste avec 2000 balles par mois pour vivre, bon ben j'ai vécu. C'est vrai que j'ai eu des moments de galère, je vivais quand même, je suis quand même meublée, j'ai pas à me plaindre, y'en a qui sont pire, alors je veux dire... Faut savoir vivre aussi avec le peu qu'on a. (...) Je m'en sors : je paie mes factures et je mange pour tout le mois. Pour moi c'est essentiel quoi. Après, bon ben je peux pas me saper, c'est pas un problème, des sapes j'en ai. (...) J'arrive facilement à vivre avec très peu ».*

Enfin, bien que son emploi actuel soit précaire et peu valorisant à ses yeux, **M. Arène** ne ressent pas sa situation comme problématique dans la mesure où son intégration dans le monde du travail d'une façon générale ne constitue pas pour lui un enjeu premier dans l'immédiat (« un quart de temps ça me suffit largement »), et dans la mesure également où ses besoins financiers sont minimes :

*« Je me dis que je suis à peu près capable de vivre sans... sans trop de confort mais en même temps de vivre bien dans tous... Moi je serai tout le temps capable de me débrouiller. C'est pas ce qui me préoccupe actuellement. (...) Moi je me suis jamais senti pauvre, pourtant j'ai tout le temps vécu en dessous du seuil de pauvreté ».*

Pour toutes ces personnes, la situation actuelle à l'égard de l'emploi permet donc une intégration sociale qui n'est pas perçue comme pathogène ou disqualifiante, et qui est donc compatible avec une certaine satisfaction existentielle, exprimée notamment par **Mme Chafi** : « ma vie est pas si mal que ça ! ».



### *Forme forte : l'intégration professionnelle thérapeutique*

Cette variante concerne des personnes (ici toutes des femmes) pour qui l'activité professionnelle, au-delà de son contenu concret, est avant tout un dérivatif à une souffrance personnelle intense. Il s'agit ici, en quelque sorte, de « forcer » la dynamique de l'intégration professionnelle comme facteur de santé dans ses potentialités positives. Parce qu'il occupe l'esprit, parce qu'il fournit des cadres spatio-temporels auxquels on peut se « raccrocher », le travail est valorisé comme une activité structurante qui contraste avec l'aspect souvent erratique d'une histoire personnelle marquée par des ruptures importantes (familiales notamment), par des périodes de marginalité et par des expériences personnelles douloureuses (inceste, toxicomanie, prostitution, violences conjugales...).

**Mme Fonviel** résume bien la portée thérapeutique de l'intégration professionnelle qui caractérise cette variante :

*« De toute façon moi il me faut travailler. Si je travaille pas je suis malade comme un chien ».*

Ayant « horreur » des week-ends et des vacances d'été parce que « c'est l'arrêt, c'est la mort », Mme Fonviel « se débrouille » pour travailler pendant ces périodes-là afin de « faire diversion » par rapport au mal-être qui pour elle est associé à ces dates symboliques : « par exemple pour Noël je travaille, comme ça je vois ni Noël ni le Jour de l'an ». Le travail apparaît nettement ici comme un moyen de mettre à distance une souffrance existentielle que l'inactivité ne fait qu'amplifier.

Chez **Mme Jeco**, l'exercice d'une activité professionnelle permet de modérer en partie les conséquences néfastes de l'alcoolisme dans sa vie personnelle :

*« Dans un sens heureusement que j'ai mon travail parce que sinon... je resterais tout le temps à la maison, ça serait... alcool sur alcool, et... je sais que ça se finirait mal avec mon mari, à cause de l'alcool. Mon mari il veut que je travaille pour m'occuper l'esprit, bon, dans un sens il a raison. (...) Heureusement que j'ai ça. Heureusement que j'ai ça ».*

La présence d'un problème personnel important redonne toute sa pertinence à une conception du travail inscrite dans une représentation ancienne, celle du travail comme « rédempteur », comme « saine occupation » et remède à l'oisiveté<sup>1</sup>.

On retrouve chez **Mme Damo** cette représentation du travail comme activité salvatrice :

*« De toute façon moi c'est le travail qui m'a toujours sauvée de mes galères. (...) Sauvée financièrement, et moralement aussi, parce que bon j'ai pris des coups quand même hein, j'ai pris des coups (rire) ».*

---

<sup>1</sup> MÉDA D., *Le travail, une valeur en voie de disparition*, op. cit.

Ceci est visible également chez **Mlle Arène**, qui a récemment traversé une période difficile dans sa relation de couple. Le travail était alors une occasion de mettre entre parenthèses les préoccupations personnelles :

*« Dès que j'avais un travail, je pensais à m'activer, à faire ce que je faisais et puis j'oubliais le reste ».*

Depuis qu'elle a trouvé un emploi stable, Mlle Arène a repris pied, à la fois sur le plan du rapport au temps et à l'avenir, désormais plus prévisible :

*« J'arrive un peu plus à projeter parce que justement, y'a le coup faut prendre ses congés... Donc ça ça m'a donné un peu ce genre de repères dans l'avenir »,*

et sur le plan de son bien-être personnel :

*« Déjà j'ai un peu... Je suis plus contente de moi, j'ai envie de... (...) J'ai envie de me trouver jolie, donc ça revient un peu quoi ».*

Mais c'est surtout chez **Mme Artur** que l'activité professionnelle est présentée comme une nécessité vitale (qui n'est pas satisfaite au moment où je la rencontre) :

*« Quand t'as pas quelque chose à toi, je sais pas, tu crèves hein, tu meurs, moi il me faut mon activité, il faut absolument que je fasse quelque chose ».*

Les propos de Mme Artur mettent nettement en évidence l'équivalence symbolique entre « sortir de chez soi » (pour travailler) et « sortir de soi » :

*« Il me fallait ça aussi, il fallait que je m'occupe, autrement, dans mon coin, j'aurais cogité sur mes problèmes. Mais quand j'étais au travail, j'avais pas le temps de penser à mes problèmes. Je pensais à moi dans mon lit, quand j'étais au lit là je pensais à moi, quand je me retrouvais toute seule, mais sinon, la journée, j'avais pas ces problèmes-là, je partais le matin, je rentrais à 13h et j'avais pas le temps de... de penser à mes problèmes ».*

Ces exemples montrent que l'exercice d'une activité professionnelle, même lorsqu'elle est insatisfaisante en soi, répond à un profond besoin de détourner l'attention et l'occupation du temps vers un « ailleurs » en dehors de soi, et permet d'échapper au moins temporairement à des formes de souffrance personnelle. Le travail repose de la « fatigue d'être soi<sup>1</sup> » et constitue un support essentiel pour « remonter la pente » dans les moments difficiles que ces personnes ont traversés. Ainsi l'extériorité du travail, son caractère contraignant et étranger à soi, qui sont au fondement du principe d'aliénation, fonctionnent ici à l'inverse comme des éléments bénéfiques pour la santé morale. La psychodynamique du travail a mis en lumière cette « fonction psychologique du travail », qui « réside précisément dans la rupture qu'il introduit entre les "préoccupations" personnelles du sujet et les "occupations" sociales dont il doit s'acquitter. (...) A une époque où justement, les

---

<sup>1</sup> EHRENBURG A., *La fatigue d'être soi*, op. cit.

préoccupations personnelles – à la fois exaltées et déniées – envahissent le champ social, dans cette conjoncture où chacun est renvoyé à lui-même, le travail devient encore plus *l'opérateur symbolique indispensable de la séparation d'avec soi-même, de la délimitation de soi.* (...) Le travail requiert la capacité de faire œuvre utile, de contracter des engagements, de prévoir avec d'autres et pour d'autres quelque chose qui n'a pas directement de lien avec soi. C'est en quoi on peut dire qu'il offre hors de soi une éventuelle réalisation de soi grâce, précisément, à son caractère impersonnel, non immédiatement intéressé, tournant le dos au souci spontané de soi<sup>1</sup> ».

C'est bien cette fonction « distanciatrice » du travail que mettent en lumière les cas d'intégration professionnelle thérapeutique.

### **Les effets délétères de conditions d'emploi précarisées (case 2)**

J'aborde maintenant le versant négatif du façonnement de la santé par l'intégration professionnelle, qui s'opérationnalise dans des processus variés. J'en distinguerai trois grands types : la médiation par les conditions de vie, les effets pathogènes de l'incertitude, et la primauté donnée aux enjeux de l'intégration professionnelle par rapport aux enjeux de santé.

#### ***La construction de la santé contrariée par les conditions et les modes de vie***

En premier lieu, une intégration professionnelle marquée par le chômage répétitif et par des revenus faibles et irréguliers place les individus dans des *conditions de vie* qui ne facilitent pas l'entretien de la santé au quotidien. La pauvreté financière amène par exemple **Mme Alpe**, **Mme Chafi**, **Mme Enzo**, **M. Sernin** ou **Mme Beban** à renoncer à des activités sportives ou de loisirs, qui seraient bénéfiques pour leur santé physique et/ou morale :

« Je me serre la ceinture des fois, bien comme il faut ! » (Mme Alpe)

« J'avais l'habitude d'aller dans des centres euh... de sport, mais bon financièrement pour l'instant je peux pas » (Mme Beban)

« Je faisais de l'encadrement de tableaux, de la mosaïque aussi... Mais bon, j'en fais plus parce que **comme mon emploi se précarise de plus en plus et que c'est quand même relativement cher les cours...** J'ai arrêté de prendre des cours, je continue moi toute

---

<sup>1</sup> CLOT Y., « Sortir de soi. Travail, chômage et action collective », in ABÉCASSIS F., ROCHE P., *Précarisation du travail et lien social*, op. cit., pp. 258-259 (souligné par moi).

*seule, mais bon c'est vrai que ça me permettait de rencontrer des gens, et puis, ça me sortait quoi, je faisais mon truc, enfin c'était un loisir quoi, ça me sortait » (Mme Enzo)  
« De toute façon sans thunes, tu peux rien faire » (M. Sernin)*

Les restrictions budgétaires jouent également dans le registre des soins médicaux, par exemple chez **M. Sernin** qui, faute de moyens, remet à plus tard l'infiltration d'un produit anti-inflammatoire qui soulagerait la douleur liée à sa hernie discale :

*« Là j'aurais besoin d'une infiltration, et le peu d'argent que j'ai je le mets à autre chose, parce que je veux pas le mettre là-dedans, voilà ».*

Encore faut-il préciser que M. Sernin a pu rencontrer un médecin conciliant :

*« J'avais des problèmes d'argent, et il m'a dit, tu me fais le chèque et je l'encaisserai quand tu voudras. Sauf que comme il en a déjà un en attente, j'ai pas envie de l'emmerder avec un deuxième quoi. – Donc du coup tu limites les visites, les traitements... – Oui, là je vais attendre pour y retourner ».*

Le renoncement à des arrêts maladie peut s'inscrire dans cette configuration où les préoccupations de santé sont soumises aux nécessités financières, comme chez **M. Terray** qui, pendant son emploi en CDI, a refusé de s'arrêter plus de deux jours :

*« Je pouvais pas trop m'arrêter, parce que en arrêt de travail vous avez pas des indem – déjà vous perdez les 3 premiers jours de carence, c'est perdu, après vous avez pas les indemnités que vous avez dans un salaire normal. Alors déjà quand elle m'a dit : je vous arrête 15 jours, j'ai dit : pardon ? Non non, vous m'arrêtez 2 jours, pas plus ! ».*

Cette difficulté est signalée également par **Mlle Roque**, qui découvre avec indignation les règles de l'indemnisation pour les travailleurs intérimaires :

*« En 1 an et demi, je me suis arrêtée une fois. – Et vous aviez quoi ? – Euh... Je crois que je devais avoir une bronchite. J'avais 40 de fièvre, j'ai pas pu aller travailler, j'ai perdu 700 francs sur le salaire, et j'ai dit c'est fini, je reste plus à la maison ! Rien qu'une nuit ! J'ai fait : c'est fini ! Parce que... en fait Adecco, pour une journée de maladie, ils nous paient pas la nuit, il faut avoir je crois 4 jours de maladie, donc en fait il faut se faire... je sais pas, si on tombe malade le samedi, il faut essayer de... d'être arrêté du mercredi jusqu'au samedi, comme ça ça fait 4 jours, sinon on se fait pas rembourser. Et la nuit nous passe sous le nez. Et ça je trouve pas ça normal. – Et vous ne le saviez pas à ce moment-là ? – Non. Ben non, je savais pas, non ».*

Mlle Roque souligne ce qui lui apparaît comme une injustice et une inégalité de statut entre intérimaires et salariés en CDI :

*« Alors on est malade – encore bon, je sais pas, on aurait pas envie de venir... Mais on est malade, on peut rien y faire hein ! Se faire pénaliser parce qu'on est malade, je trouve pas ça normal. Je sais pas, les CDI ils ont droit à... quelque chose, ils sont malades, ils sont payés, ben nous je pense que ça devrait être pareil ».*

Dans ces exemples, la faiblesse des moyens d'existence se traduit donc dans l'ordre de la santé par un renoncement à des pratiques ou à des soins qui contribueraient au bien-être général<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> On a vu dans le chapitre V (§2b) que ce type de processus constitue pour certains médecins du travail un modèle typique d'interaction santé-précarité.

A ces limitations des possibilités de construction de la santé s'ajoutent parfois les effets des *modes de vie* imposés par les conditions d'emploi<sup>1</sup>. Sont alors mentionnées la fatigue et les perturbations des rythmes de vie liées aux déplacements fréquents en voiture ou à pied, ou aux horaires de travail décalés ou fluctuants. Ainsi **Mme Beban** souligne la difficulté de prendre des repas à des heures régulières :

*« Déjà c'est vrai qu'en faisant de l'intérim je mange à des heures... ça peut être 10h, ça peut être 11h, ça peut être n'importe quand ».*

Elle a également fait l'expérience du travail posté et de ses conséquences sur les rythmes de sommeil :

*« Quand je faisais de l'intérim à Albi, je faisais les 3/8. Et on passait trop – moi je trouve qu'on passait trop vite de la nuit au matin. Donc c'était pas évident à récupérer, disons qu'on avait des horaires tellement variables que... on savait plus quand dormir et quand rester réveillé quoi ».*

Mme Beban souligne que ce type de dérèglement perdure au-delà de la fin du contrat, d'autant plus si d'autres « soucis » viennent occuper l'esprit :

*« C'est peut-être pour ça que j'ai aussi perdu les horaires de sommeil. (...) Je crois que c'est un effet de circonstances au niveau des emplois variés que j'ai eus, travailler la nuit, le jour... qui a dégradé vraiment mon sommeil, et puis bon les soucis aussi, je sais pas, financiers et tout ça, je sais pas, quand on a pas de soucis on dort mieux quand même, on... Le stress, tout... ».*

Chez **Mme Fonviel**, qui se déplace le plus souvent à pied dans son travail d'aide à domicile, c'est la fatigue qui est mise en avant :

*« Vous êtes crevée. Au mois d'août l'année dernière j'ai perdu 6 kilos. Vous n'avez pas le temps de manger... ».*

**Mme Faya** de son côté insiste sur la fatigue liée à l'amplitude des journées de travail :

*« Le soir, je rentre après 10 heures de travail pratiquement, parce qu'en fait on fait 9 heures et demie mais y'a toujours... on arrive un peu en avance, on part un petit peu en retard, ça fait en général 10 heures d'affilée. Je suis très fatiguée. (...) Je fais 3 jours d'affilée, donc 30 heures, ça fait beaucoup. (...) Et... mes jours de congé, en général le premier jour je me repose, parce que je suis très fatiguée ».*

### ***Incertitude et angoisse pathogènes***

Mais les effets pathogènes d'une intégration professionnelle incertaine ou fragile sont surtout exprimés en termes d'*angoisse* et d'*inquiétude pour l'avenir*. L'imprévisibilité inhérente à la situation est à la fois source d'appréhension (on

---

<sup>1</sup> Je rappelle que dans l'enquête par questionnaire, 8 personnes ont mentionné ce type d' « effet négatif » indirect du travail sur la santé.

craint ce que l'avenir réserve) et d'un sentiment d'impuissance (on ne peut pas agir sur l'avenir).

Tout d'abord, c'est le sentiment d'une *absence de maîtrise* de sa propre vie qui est douloureux : la précarité est alors vécue comme un *obstacle à toute construction de la vie hors travail*. C'est le cas en particulier, comme on l'a vu dans le chapitre VI, de personnes qui habitent encore chez leurs parents et qui vivent très mal cette impossibilité de prendre leur indépendance (M. Blagnac, Mlle Roque). Mais cette expérience d'une existence soumise au devenir professionnel, d'une vie personnelle qui ne peut être envisagée que *sous réserve* d'une stabilisation de l'emploi est partagée par d'autres personnes, comme **Mme Anam** pour qui l'obtention d'un emploi fixe est actuellement un souhait prioritaire :

« **Un gros souhait, c'est de... D'avoir un boulot.** C'est ça, mon gros souhait, après le reste c'est... si ça vient, ça vient, bon. Mais **pour l'instant, c'est ce qui compte.** C'est le boulot. Disons que ma vie personnelle, bon, un jour ou l'autre, ça viendra bien, mais pour l'instant c'est pas ça qui me... qui me casse les pieds disons. **Déjà ce que je souhaite, c'est d'avoir un boulot, après le reste, on verra,** c'est ce qui compte le plus. **Sa vie personnelle, bon, on le contrôle,** si on a envie d'avoir quelqu'un, bon, on l'aura, mais **pour l'instant c'est pas ça qui me casse les pieds.** Ce que je veux maintenant c'est avoir un boulot. **Avoir quelque chose de concret** ».

Le lien avec la santé est particulièrement explicite chez **Mme Beban**, qui considère que son problème de poids est lié au « stress » engendré par sa situation professionnelle :

« Je sais que mon problème de poids il est psychologique, déjà je sais que quand je suis stressée ou des choses comme ça, j'ai tendance à manger n'importe quoi, et... (...) Et là **depuis que je suis en précarité c'est vrai que ça aide pas. Ça aide pas à avoir une stabilité dans l'esprit** quoi. L'incertitude de pas avoir ce que je veux, de pas avoir de chance des fois, parce que je.... quand on me propose des emplois et ça marche pas, bon... ça m'agace un peu et c'est vrai que **ça m'aide pas pour être calme** ».

Dès lors, le « déclic » pour arriver à maigrir ne peut venir que d'une stabilisation de la situation professionnelle :

« Déjà il faudrait que... Moi je pense qu'il faudrait que j'arrive à trouver un emploi quand même, avoir un truc fixe, que je puisse faire des projets, partir en vacances, avoir les mêmes activités qu'avant, **que déjà ça aille mieux dans ma tête, et là peut-être j'aurais le déclic pour maigrir...** ».

La résolution du problème de l'emploi apparaît bien ici comme un préalable indispensable à toutes les autres transformations positives de la vie personnelle :

« Il faudrait que... qu'on me propose un CDI pour que je puisse... me retourner un peu, quoi. (...) Faudrait que je puisse... **stabiliser ma vie.** C'est-à-dire avoir un emploi et vivre normalement, avoir une vie stable, faire ce que je faisais avant, c'est-à-dire sortir, donc avoir pas de problèmes financiers, ou moins que en ce moment quoi. Parce que je sais que **si j'avais ça, j'arriverais à régler les autres problèmes,** c'est-à-dire le poids, les choses

*comme ça...(...) Si j'avais ma situation professionnelle, ça engendrerait autre chose, je pourrais avoir un enfant, je pourrais avoir des choses, bon, que j'ai pas maintenant ».*

On retrouve chez **M. Blagnac** cette conception de l'emploi stable comme un socle, comme une condition *sine qua non* pour rendre possible tout le reste :

*« Ça passe avant tout quoi, parce que sans ça de toute manière y'a pas trop de décisions dans la vie personnelle qui peuvent se prendre ».*

Chez **M. Thimas**, on l'a vu, la stabilité de l'emploi et la prévisibilité de l'existence ne constituent pas des objectifs existentiels majeurs. Néanmoins, lorsque je l'interroge sur la possibilité que son contrat actuel ne soit pas reconduit, il exprime une inquiétude certaine :

*« Et si vous deviez arrêter... – Je suis dans la merde ! Je suis dans la merde. Je n'ai plus de famille, je n'ai pas d'amis, je n'ai pas de relations, je n'ai pas de biens, je n'aurai jamais d'héritage, je n'ai rien. Voilà. Ça c'est mon problème. J'ai 46 ans maintenant, bon ça va, je me considère encore vaillant mais à partir de 60 balais, qu'est-ce que je vais foutre ? Ça c'est un petit problème ».*

A cette impossibilité de construire son avenir personnel se joignent bien souvent les effets pathogènes propres de l'incertitude vécue au quotidien et d'un rapport au monde marqué par « l'installation dans le provisoire comme régime d'existence<sup>1</sup> ».

Nombreuses sont les verbalisations qui expriment l'angoisse engendrée par une incertitude continuelle, dont on ne voit pas la fin, qui paralyse toute projection dans l'avenir et dépossède les personnes de la maîtrise du temps. Il leur est alors plus difficile de construire leurs propres « équations temporelles personnelles<sup>2</sup> », c'est-à-dire d'agencer à leur gré différents horizons temporels. L'organisation de la vie est soumise à des temporalités exogènes et aléatoires, et le rapport à l'avenir est parasité par le fait d'« avoir un emploi oui, un emploi non », d'être « en précarité » (Mme Beban), d'avoir « un travail qui peut se finir du jour au lendemain » (Mlle Roque), d'être « en suspens » (M. Blagnac), de « ne pas savoir son avenir à plus loin d'un mois devant soi » (Mme Enzo)<sup>3</sup>. Chez cette dernière, la situation présente qualifiée de « déstabilisante » se double d'une appréhension à l'idée de connaître à nouveau le chômage :

*« Je sais très bien que cette période de chômage qui arrive, je la vivrai mal quoi, je... je sais très bien que ça va être dur. C'est... Donc, ça va être dur pour moi psychologiquement, j'en garde un très mauvais souvenir, de la première période, donc la deuxième va être encore pire quoi. Donc... Donc... je... Oui, j'appréhende ».*

---

<sup>1</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit., p. 422.

<sup>2</sup> GROSSIN W., *Pour une science des temps. Introduction à l'écologie temporelle*, Toulouse, Octarès, 1996.

<sup>3</sup> Même Mme Blondel, qui développe une conception très positive de la précarité-mobilité comme une suite de défis stimulants à relever, reconnaît que « c'est un élément dynamisant. Mais usant aussi peut-être, hein ».

C'est donc le « moral » qui est atteint, le bien-être au quotidien, ce qui peut simultanément limiter les capacités de résistance aux maladies ou aux douleurs, comme l'exprime **M. Sernin** :

*« C'est vrai que quand tu te sens bien moralement, que t'as des thunes, que t'as du boulot, euh... ça fait partie de la santé aussi. (...) Disons que la précarité c'est clair qu'elle aide pas... pour la santé quoi. J'ai vraiment l'impression que le moral ça fait 50% quoi, vraiment, des choses ».*

On trouve chez **Mme Lavaur** un exemple très complet du processus de « somatisation » par lequel l'angoisse en vient à se traduire par des manifestations corporelles morbides, et plus généralement, de la façon dont une personne en vient à déterminer, parmi la variété des événements psycho-corporels, lesquels ont à voir avec son expérience du travail.

On se souvient que Mme Lavaur exerce depuis 6 ans comme infirmière dans une clinique psychiatrique, toujours en CDD et pour des périodes de plus en plus courtes. Son diplôme hollandais n'étant pas reconnu en France, elle est officiellement employée comme aide-soignante mais avec les tâches et le salaire d'une infirmière. Cette situation, déjà très précaire, a été remise en question dans le cadre d'une procédure administrative visant à obtenir la « catégorie A » pour la clinique :

*« La CRAM est venue pour contrôler, pour voir si la clinique a le droit d'avoir cette catégorie. Et dans ce contrôle ils regardent aussi les diplômes, le personnel, et bien sûr ils ont vu qu'il y avait moi (rire), que mon dossier est pas très net ».*

Dès lors, l'avenir de Mme Lavaur dans la clinique est encore plus incertain :

*« Après donc a commencé une période d'angoisse, parce que tous les jours je m'attendais à ce que le directeur m'appelle... J'ai attendu 3 mois, avant que... avant qu'il daigne m'appeler parce qu'il avait trouvé la solution, c'est-à-dire de me mettre aide-soignante ».*

Cela signifie concrètement que Mme Lavaur n'a plus les prérogatives d'une infirmière : son planning est modifié, certains actes de soin lui sont interdits...

Parallèlement, son contrat n'est renouvelé que pour une très courte durée :

*« Au début de l'année, je savais que j'avais encore un contrat jusqu'à juin, ensuite ça a raccourci, donc au lieu que ça soit juin c'était avril... Bon, je vivais ça toujours avec l'espoir, il fallait bien avoir l'espoir qu'un jour ça allait s'arranger. (...) Le nouveau contrat qu'il m'a donné c'était que de 2 mois, avec un autre petit contrat pour l'été de 2 mois, et là, coup de baguette, que 3 semaines ! ».*

Le cumul d'une précarité contractuelle de plus en plus grande et d'un déni de sa qualification professionnelle est vécu par Mme Lavaur comme une « dégringolade » et s'associe à une souffrance de plus en plus intense :

*« Et puis, qu'est-ce que je vais faire si je suis au chômage, et - oh, et puis le chômage j'en ai envie quelque part, c'est rester à la maison, c'est ne plus penser à ce côté qui est*



*douloureux, qui est là-bas quoi, qui est le travail, parce que le travail pour moi maintenant c'est douloureux ».*

Mme Lavaur, peut-être aiguillée par le thème de l'entretien (« travail et santé »), mentionne explicitement que ces difficultés professionnelles l'ont littéralement « rendue malade » :

*« Il est vrai que maintenant, au bout de 6 ans de précarité comme ça... cet étau qui se serre de plus en plus... Et je sais pas du tout ce qui va se passer là, demain je vais y aller, je sais pas moi, pour la fin du mois, et j'en suis malade. J'en suis devenue malade. (...) Je vis très mal tout ça. Le fait de vivre ça en longueur, je commence à ressentir maintenant, je ressens vraiment une conséquence au niveau de la santé ».*

On a vu dans le chapitre précédent que Mme Lavaur a commencé à prendre un anxiolytique (ce qu'elle n'avait jamais fait auparavant), et qu'elle a le sentiment de ne plus se « reconnaître » tant son état psychologique est perturbé<sup>1</sup>. A cela est venu s'ajouter une manifestation corporelle qu'elle n'attribue pas immédiatement à ses ennuis dans le travail :

*« J'ai commencé à avoir des mastoses dans un sein. (...) La gynécologue m'avait dit : ça peut venir du stress, peut-être, mais sans plus, comme elle était pas... très branchée là-dessus... Et j'ai été voir cette homéopathe qui m'a dit de suite, sans me connaître : ah, ça peut venir de là, parce que le sein gauche ça représente... tout ce qui est social, reconnaissance sociale. Parce que moi je n'avais pas fait le lien si vous voulez entre la mastose et ce problème de travail, c'est cette homéopathe qui m'a dit que, pour elle, dans sa façon d'étudier le corps, c'était lié à ça ».*

Dans un premier temps, l'interprétation proposée par ce médecin est mise en doute :

*« Moi je pensais que c'était autre chose quoi, je voyais pas trop, je pensais plutôt à d'autres problèmes, d'ordre privé. Ou que c'était le stress en général comme ça, la fatigue, ou je sais pas, un truc comme ça ».*

Mais par la suite, la situation professionnelle se dégrade encore davantage, et les symptômes demeurent. Mme Lavaur reconsidère alors l'hypothèse proposée par l'homéopathe :

*« Et après j'ai eu la nouvelle à mon travail que mon statut allait changer, certainement, et je me suis dit : mince, peut-être qu'elle avait raison, que je me rends plus compte que... Et maintenant, avec le recul, je pense qu'elle a raison. (...) Et là, je vais retourner la voir, parce que donc, là, 6 mois après, j'ai les mêmes symptômes, et j'ai remarqué que ça, vraiment c'est... Les mastoses je les ai toujours, et... ça devient de plus en plus pénible à mon travail, et je sais que cette situation est en train de me bouffer complètement ».*

On voit ici que l'interprétation de l'événement corporel comme une conséquence des problèmes liés à l'emploi est d'autant plus crédible pour Mme Lavaur que l'évolution est simultanée : la fragilisation de sa position professionnelle coïncide

---

<sup>1</sup> PORÉE J., « L'épreuve du temps. Souffrance et maintien de la personne », *Sociétés*, n° 76, 2002.

avec la réapparition des symptômes. Les manifestations corporelles viennent ici objectiver la souffrance ressentie, elles en sont en quelque sorte la preuve visible, irréfutable. Finalement Mme Lavour relie entre eux tous les événements psychocorporels dans une même causalité :

*« Les effets de toute cette situation, pour moi, sont plutôt... enfin, psychiques, angoissants, insomnies... Et physiquement, cette histoire mastose ».*

On peut ajouter que les effets pathogènes des incertitudes professionnelles sont parfois accompagnés de « comportements à risque » reconnus comme tels et explicitement associés à la situation à l'égard du travail, comme chez **Mme Enzo** :

*« Là j'ai une période où je fume beaucoup beaucoup... Alors je sais pas, peut-être justement ce contrat qui périlite ou... je sais pas ».*

D'autre part, il faut souligner que plusieurs personnes ont recours à certaines consommations médicamenteuses pour combattre les effets anxiogènes de l'incertitude professionnelle, des psychotropes (Mme Lavour) aux « décontractants » pour **Mme Beban** :

*« J'avale des cachets, enfin je veux dire c'est pas des cachets euh... médecine, c'est des trucs à base de plâtre, donc j'avale des cachets de plâtre. Pour... C'est même pas une question pour dormir, ils m'ont dit que c'était pour relaxer. Mais ça marche pas trop. (...) Là je prenais du Sympavagol, c'est un truc à base de plantes qui aide à décontracter, et puis bon, comme j'ai quand même... Le stress se rajoute dans le dos, dans les jambes, comme ça, donc j'arrive à prendre de temps en temps – de temps en temps hein je veux dire c'est pas tous les jours – faire des petites cures de Myolastan, c'est un décontractant pour les muscles ».*

Ce type de recours, qu'il relève de l'automédication ou de prescriptions médicales, ouvre sur la (vaste) question de la médicalisation de la précarité sociale.

### *Les préoccupations de santé subordonnées aux enjeux de l'intégration professionnelle*

Un autre registre de mise en danger de la santé lorsque le lien à l'emploi est fragile apparaît lorsque les enjeux de santé sont relégués au second plan et soumis aux enjeux de l'intégration professionnelle<sup>1</sup>.

Parmi les manifestations les plus factuelles de ce type d'arbitrage on retrouve le renoncement aux arrêts maladie, mais dans un sens différent de celui qui a été observé précédemment : ici, l'arrêt n'est pas refusé pour des raisons financières mais parce qu'il risquerait de compromettre la situation à l'égard de l'emploi.

---

<sup>1</sup> Cette logique se manifeste dans l'abandon du dosimètre par les salariés précaires du nucléaire (cf. : Introduction).

L'enquête par questionnaire ainsi que les propos des médecins du travail (cf. chapitres IV et V) ont bien montré que les salariés en contrats précaires sont nettement plus concernés par les différentes formes de subordination de la santé au travail. Lorsque l'emploi n'est pas assuré (et que cela est contraire aux souhaits du salarié), l'arrêt maladie est évité ou raccourci au strict minimum, comme chez **Mme Enzo** :

*« J'avais une douleur depuis 3 jours dans le dos, j'avais de la fièvre, et bon un matin, j'ai vraiment pas pu me lever, et j'ai dit : là, j'ai peur de quoi, je dois vraiment avoir quelque chose d'important, et puis bon j'ai été chez le médecin du coin, et bon, tout de suite elle a vu quoi... Donc elle m'a arrêtée je crois... elle voulait m'arrêter longtemps alors je lui ai dit non, enfin, je lui ai dit qu'il fallait m'arrêter le moins possible parce que bon... étant en CDD... Elle m'a donné je crois même pas 2 semaines ».*

On observe un arbitrage du même type chez **Mme Chafi**, qui a repoussé un projet de séjour curatif pour son diabète lorsqu'elle a commencé dans son emploi actuel (pourtant en CDI) :

*« Je devais faire une cure au mois d'avril, partir un mois en cure, et bon, comme je venais de trouver le travail, je pouvais pas me permettre de dire bon ben au revoir, je m'en vais un mois ».*

Mais aujourd'hui, son intégration assurée va lui permettre de mener à bien ce projet : *« on va essayer de le remettre à cette année, je vais leur en parler, on va voir »*. Lorsque je lui demande si elle pense que cet arrêt pour maladie pourrait nuire à son emploi, sa réponse fait bien apparaître l'effet protecteur du CDI qui permet de remettre au premier plan les préoccupations de santé :

*« A la limite je m'en fous, je veux dire... Je suis embauchée, je peux me permettre de m'arrêter quoi. Non, je sais que ça devrait pas être un problème... Surtout que bon, ils savent que je suis diabétique ».*

Dans le même ordre d'idée, on peut signaler que **M. Terray** n'a eu des arrêts maladie que lorsqu'il a été employé en CDI.

L'alternative qui naît d'une incompatibilité entre préservation de la santé et réussite de l'intégration professionnelle peut prendre des formes moins ponctuelles et engager la personne dans un choix dont les conséquences sont plus lourdes et plus durables. Lorsque **M. Thimas** gérait sa propre entreprise de transport et que la maladie (hépatite C) a été diagnostiquée, on lui a proposé un traitement dont les effets secondaires auraient remis en question tout ce qu'il avait construit sur le plan professionnel :

*« On m'a dit : y'a des traitements, mais les traitements sont contraignants, fatigue et tout, j'ai dit je peux pas, j'ai une entreprise. C'était des injections pratiquement quotidiennes je crois d'Interféron, mais avec des réactions du style, vous faites*

*l'injection, et après vous êtes comme si vous aviez une grippe carabinée quoi, vous dormez pas, c'est impossible de passer la journée au volant quoi. (...) Donc avec... J'ai dit bon, on verra. On verra ! Moi j'étais dans un truc, vous savez, comme le lémurien qui commence à tourner, une fois que ça tourne, ça tourne, en fait c'est vachement plus difficile de freiner que d'accélérer ».*

M. Thimas a donc refusé le traitement et continué à travailler pendant 3 ans. Comme il le souligne, « c'est le problème des travailleurs indépendants » que d'être amenés à faire passer leur emploi avant leur santé, au risque de ne plus avoir de revenu. Mais il faut bien voir que M. Thimas se trouvait dans une configuration particulière de travail « indépendant » : celle d'une sous-traitance dans laquelle les risques sont gérés individuellement, mais où l'organisation du travail est largement prescrite par le donneur d'ordre<sup>1</sup>, d'où un rythme très intensif associé à une fragilité structurelle de l'entreprise prestataire (« là c'était : sous-traitant à fond, surchargé de boulot, tu fais le boulot sinon on te pète ton contrat et tu fermes ta gueule »). Et cette fragilité s'est d'ailleurs révélée fatale lorsque le principal donneur d'ordre a durci ses exigences :

*« La sous-traitance, il faut savoir que c'est du salariat déguisé en fait. Ce qui évite au gars qui sous-traite de payer l'URSSAF, c'est-à-dire que c'est vous qui payez, la différence elle est là. (...) Moi la première année ça vivotait, puis petit à petit, après j'ai travaillé pour DHL, j'ai pris un secteur, puis deux secteurs, je suis devenu opérateur, 3 employés, 5 véhicules, bon, ça commençait à rouler. J'ai dit ça y est, tu es enfin sur les rails, et puis en fait, euh... Du jour au lendemain, comme tous ces donneurs d'ordre, DHL a décidé de me réduire ma rémunération de 35%. C'était à prendre ou à laisser, donc le contrat s'est achevé, il a pas été renouvelé, je me suis retrouvé tout seul, donc, sans DHL qui faisait 95% de mon chiffre d'affaire, avec mes 3 employés et mes 5 véhicules. (...) Donc Thierry, stop, dépôt de bilan ».*

Dans le cas de M. Thimas, ce n'est donc pas la précarité du contrat de travail qui a fait obstacle à la réparation de la santé, mais une autre forme de précarité liée à une position défavorable dans la division du travail. A ce titre, et face à l'alternative « emploi ou santé », les travailleurs indépendants et les salariés en contrat précaire partagent une même expérience de la domination.

On trouve chez **M. Sernin** un exemple particulièrement riche de ce type de hiérarchisation des priorités. Afin de ne pas compromettre sa progression dans l'association qui l'emploie et où son statut n'est pas encore assuré (notamment en

---

<sup>1</sup> Cette configuration correspond à la case 2 du tableau élaboré par M.-L. Morin et présenté dans le chapitre I, §2a. L'auteure indique que ce type de situation est souvent observée à la suite d'une procédure d'essai, lorsqu'un salarié quitte l'entreprise qui l'employait pour effectuer un travail identique, mais à son compte, ce qui est exactement le cas de M. Thimas : « au bout d'un moment, je me dis tiens, y'en a ras le bol, c'était la grande mode, je crée mon entreprise. Donc je fais la même tournée mais je me mets à mon compte ».

termes de temps de travail), M. Sernin a fait le choix de refuser une éventuelle opération chirurgicale de ses hernies discales<sup>1</sup> :

*« C'est tout con, mais si j'avais un temps plein, avec une paie décente, avec 2 semaines de congé, ouais, je me ferais hospitaliser pendant ces 2 semaines de congé quoi, mais je peux pas... (...) L'opération, bon, on m'en parlait y'a 2 mois, maintenant plus personne m'en parle, parce qu'ils savent très bien que je veux pas, mais y'a 2 mois c'était la rééducation, donc c'était ne pas encadrer juillet-août, c'était le fait aussi que à A. [l'association où il travaille] y'a des opportunités... Si moi je m'étais arrêté pendant 2 mois pour me faire opérer ils auraient dit : ouais, c'est bon, on va pas le reprendre, même s'il est en CDI quoi, ils auraient trouvé un moyen pour me lâcher ».*

Le problème de santé est ici clairement perçu comme un handicap, mais que l'on refuse de laisser prendre le pas sur la construction de l'intégration professionnelle :

*« Tant que j'ai pas un truc stable, c'est ça qui passera avant quoi, c'est le boulot. La santé... plus tard. Quand j'aurai le temps, quand j'aurai l'argent, quand je pourrai m'en occuper. (...) – Est-ce que tu vois ça en termes de choix, est-ce que c'est : soit je privilégie mon dos, soit je privilégie mon boulot, pour toi ? – Oui, oui, je privilégie mon boulot, oui. Actuellement, je privilégie mon boulot, parce que c'est pas... Si je me mets en arrêt maladie, même si j'ai un CDI, c'est pas... ».*

Le « pari » de M. Sernin consiste donc à obtenir une stabilisation de sa situation professionnelle *avant* d'arriver à un point de rupture dans le registre de la santé<sup>2</sup>. Deux régimes de temporalité sont mis en rivalité : d'une part, le temps de la progression dans l'emploi, à échéance de quelques mois (M. Sernin devrait voir son temps de travail augmenté et son CDD transformé en CDI) ; d'autre part, le temps propre du corps et de la résistance physique, beaucoup moins prévisible. Il s'agit donc, d'un côté, d'*accélérer* la consolidation du statut de l'emploi, et de l'autre, de *faire durer* le plus possible les ressources corporelles, le deuxième enjeu étant une condition nécessaire au premier. De façon particulièrement explicite ici, les temporalités de la santé et de la vie professionnelle ne peuvent plus être dissociées, elles sont interdépendantes, ou, pour le dire autrement, les sphères de la santé et du travail ne sont pas imperméables l'une à l'autre.

M. Sernin formule de façon saisissante le paradoxe de sa situation actuelle, qui met en concurrence immédiate la préservation de sa santé et l'affirmation de son intégration professionnelle, alors même qu'à plus long terme, c'est bien la réussite de l'intégration professionnelle qui permettra de (re)construire la santé :

---

<sup>1</sup> Qui, je le rappelle, ne sont pas d'origine professionnelle (traumatismes pendant l'adolescence et accident de voiture 3 ans auparavant).

<sup>2</sup> Le médecin du travail a bien saisi cet enjeu et commente l'« avenir de santé » de M. Sernin de la façon suivante : « a intérêt à progresser dans sa carrière pour moins exposer son dos (un directeur de centre expose moins son dos qu'un animateur) ».

*« Mais alors c'est difficile parce que on va te dire que tu peux pas accéder à un contrat à plein temps parce que tu as des problèmes de santé, alors que c'est justement un contrat à plein temps qui va te permettre d'aller mieux ».*

On peut donc parler, pour M. Sernin, d'une intégration professionnelle pathogène dans le sens où sa situation met en scène une incompatibilité entre la construction d'un rapport assuré à l'emploi et la restauration de la santé. Le risque médico-sanitaire entre en concurrence avec le risque social de chômage ou de précarité, et ces deux types de risques sont mis en balance. Face à cette alternative, on voit que M. Sernin choisit d'arbitrer en faveur de l'intégration professionnelle, malgré les conséquences éventuelles dans le registre de la santé<sup>1</sup>. Ce type de conduite amène à reconsidérer la notion de « prise de risque », et à souligner que pour les acteurs *en situation*, « la plupart du temps, il ne s'agit pas tant de prendre un risque que de refuser d'en prendre un autre<sup>2</sup> ».

Mais on peut aller plus loin et analyser plus finement la nature réelle du « risque » sur le plan professionnel, ce qui permettra de mieux comprendre le sens des situations d'arbitrage entre santé et emploi, et de montrer que ce qui s'y joue réellement dépasse souvent la seule alternative emploi/chômage.

Si l'enjeu, pour M. Sernin, est bien « *d'avoir assez de thunes pour vivre convenablement* », c'est aussi de pouvoir s'épanouir dans un travail qu'il aime et qui, on l'a vu, est conçu sur un mode vocationnel. Dès lors, ce n'est pas seulement à l'emploi stable que M. Sernin « sacrifie » sa santé, c'est aussi à la quête d'une satisfaction dans le travail et d'une identité professionnelle adéquate avec son identité pour soi. Certains passages de l'entretien montrent bien, en filigrane, que la subordination de la santé n'est pas envisagée pour *n'importe quel* emploi. M. Sernin a par exemple abandonné plusieurs emplois intérimaires qu'il avait trouvés en arrivant à Toulouse, lorsque « *malgré les problèmes de dos, il fallait des thunes, tout de suite* » :

*« J'ai trouvé assez vite du travail, d'abord à Quick, mais bon, en fait, avec mes problèmes de santé, de dos que j'ai, j'ai dû arrêter au bout de 3 mois, 4 mois. (...) J'avais laissé tomber un contrat, je travaillais à Midi Libre la nuit, enfin je livrais le journal à domicile, et avec mes problèmes de dos j'avais été obligé d'abandonner ».*

On remarque au passage que son statut professionnel actuel (« presque » assuré) est moins pathogène que ne l'étaient ces situations d'emploi intérimaire, où le travail

---

<sup>1</sup> Je rappelle que ces conséquences, d'après certains médecins consultés par M. Sernin, ne sont pas négligeables : « *on m'avait dit à un moment donné que je risquais la chaise roulante quoi. Et... ça j'ai eu ça par deux médecins* ».

<sup>2</sup> FAINZANG S., « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques », *op. cit.*, p. 11.

était physiquement plus intensif. M. Sernin peut aujourd'hui se permettre de ne plus y recourir : « *l'intérim, c'est clair qu'aujourd'hui je m'inscrirais pas* ».

Qu'est-ce qui explique que dans ces situations-là M. Sernin mette en avant les problèmes de dos pour justifier l'abandon d'un contrat, tandis qu'aujourd'hui ces mêmes problèmes ne l'empêchent pas de persévérer dans son emploi ? La différence se situe-t-elle seulement dans la moindre pénibilité de son travail actuel ? Il me semble que non : ce qui amène M. Sernin à « tenir » dans sa situation actuelle, au détriment éventuel de sa santé, plutôt qu'à « partir » comme dans ses expériences précédentes, c'est avant tout l'enjeu de l'identité professionnelle. Ce qu'il *risque*, s'il perdait son emploi, ce n'est pas seulement le chômage et les difficultés financières, c'est aussi et surtout de perdre une occasion précieuse de parvenir à se stabiliser dans une structure associative d'envergure nationale, dans laquelle il pourrait cultiver un *métier* qui à tous points de vue constitue pour lui un horizon professionnel et personnel. A ce moment précis de sa vie et de son parcours professionnel, la réalisation de sa vocation est donc plus importante et plus urgente que la préservation de sa santé<sup>1</sup> :

« Dans le questionnaire tu avais répondu que tu faisais attention à ta santé... – *J'ai dit oui ? Euh... Ben oui, oui, disons que c'est vrai qu'en arrivant à Toulouse j'ai fait la démarche d'aller trouver un médecin et d'y retourner pour essayer de trouver des solutions, bon... Maintenant, si je fais attention à mon dos, je **peux pas dire que je fais attention à mon sens dans le sens où si je faisais attention à mon dos il faudrait que j'arrête de travailler avec des enfants. Et... c'est pas envisageable, donc voilà, je me vois pas faire autre chose que de travailler avec des mômes*** ».

Le cas de M. Sernin permet donc de mettre en relief un résultat important sur lequel je reviendrai avec d'autres exemples : le sens de l'arbitrage entre santé et intégration professionnelle ne peut être pleinement compris qu'à la lumière du rapport au travail et de la place de l'activité professionnelle dans l'identité et dans les perspectives de vie<sup>2</sup>. On peut souscrire à l'analyse de D. Duclos affirmant qu'« il n'y a pas de rapport direct du travailleur au risque, mais un rapport médiatisé par la conception qu'il se fait de la pratique et de son identité professionnelle, dans des conditions socio-économiques, culturelles et psychologiques données<sup>3</sup> ».

---

<sup>1</sup> Ou du moins de cet aspect de sa santé, car on a vu que par ailleurs les préoccupations de santé à plus long terme ne sont pas étrangères à M. Sernin (cf. par exemple son refus des OGM).

<sup>2</sup> Cette interprétation vaut probablement aussi pour M. Thimas : son refus de s'arrêter de travailler tenait certes à des raisons financières, mais aussi au fait que son entreprise représentait beaucoup à ses yeux, c'était son « œuvre » et une matérialisation de son identité de « *travailleur indépendant* ».

<sup>3</sup> DUCLOS D., *La santé et le travail, op. cit.*, p. 115.

### b) La santé comme opérateur d'intégration professionnelle

1 L'intégration professionnelle facteur de santé	2 L'intégration professionnelle pathogène	3 La santé facteur d'intégration professionnelle	4 La santé facteur de sélection- exclusion prof.
5 Le travail facteur de santé	6 Le travail pathogène	7 La santé outil de travail	8 La santé à l'encontre du travail

J'aborde maintenant le deuxième couple de pôles typiques (cases 3 et 4), en dirigeant le regard vers l'autre sens du mouvement de construction mutuelle. Il s'agit d'analyser de quelles façons la santé contribue à orienter le parcours professionnel.

#### La santé au service de l'intégration professionnelle (case 3)

Dans son versant positif, comme je l'ai déjà indiqué, cette dynamique est peu visible et donc difficilement descriptible. Lorsque la santé n'apparaît pas comme un élément décisif dans l'histoire professionnelle, lorsqu'elle est simplement et sans difficulté saillante mise au service de la vie en générale et de la vie de travail en particulier, bien peu de verbalisations sont disponibles pour l'analyse. L'utilisation des ressources psycho-corporelles dans l'exercice d'une activité professionnelle constitue à la fois la *norme* et la *normalité* (au sens où G. Canguilhem distingue ces deux registres du « normal<sup>1</sup> »). Les acteurs ne sont donc pas amenés à élaborer ce que les ethnométhodologues nomment des « accounts » : que la santé permette de travailler, voilà qui n'appelle pas de commentaire particulier. Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, il y a même une assimilation de sens entre la bonne santé et la capacité à travailler, la seconde étant l'activité de référence de la première.

Dans cette optique, on a vu par exemple qu'en cas de problème de santé, **Mme Beban** a très vite recours à des soins « *parce qu'après ça peut être plus aggravé donc après on est obligé de s'arrêter* ». Dans le même ordre d'idée, elle déclare également faire « *des*

<sup>1</sup> CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, op. cit.



*cures de vitamines au printemps et en automne, ça me sert l'hiver pour pas être malade* ». De plus, ses premiers mots à propos de la santé sont les suivants :

*« J'essaie de pas être malade, déjà, dès que je commence à avoir une petite maladie je vais chez le docteur, parce que je... en faisant de l'intérim ou en bougeant comme je fais, je suis obligée de... d'y faire attention ».*

On voit ici très nettement que la santé est entretenue, cultivée dans une logique pragmatique et préventive<sup>1</sup> orientée vers la maximisation des possibilités d'intégration professionnelle<sup>2</sup>. Cela amène deux remarques importantes.

D'une part, la conduite de Mme Beban en matière de santé montre bien que la précarité professionnelle peut aller de pair avec des comportements préventifs dans l'ordre de la santé : si l'imprévisibilité sur le plan social et professionnel limite les possibilités de *prévoyance* et de *prévision*<sup>3</sup>, elle n'empêche pas l'expression de logiques de *prévention*. Au contraire même, pour Mme Beban, la santé apparaît comme l'un des rares domaines de l'existence où peut s'exercer un certain contrôle, au moins en ce qui concerne le suivi médical et les recours aux soins. Si l'avenir professionnel est aléatoire et hors de portée d'action, la santé, elle, peut être activement entretenue au quotidien<sup>4</sup>.

D'autre part, l'attention que Mme Beban porte à sa santé afin d'optimiser ses chances vis-à-vis de l'emploi est à rattacher à une réalité partagée par tout un chacun : même pour un travail qui n'est pas à dominante physique, l'employabilité passe aussi par l'entretien d'un « capital corporel », ressource essentielle dans la construction d'un rapport positif à l'emploi<sup>5</sup>.

Au-delà du seul registre de la santé, le souci de soi en lien avec la vie professionnelle se manifeste également dans l'attention accordée à l'apparence physique, que Mme Beban essaie de mettre en concordance avec l'emploi qu'elle occupe :

*« Depuis que je travaille à France Télécom je suis obligée de m'habiller d'une certaine façon.... - Obligée ? - Non, c'est pas obligé, mais quand même bon, c'est une*

---

<sup>1</sup> On se souvient aussi que Mme Beban déclare avoir « *toujours des médicaments à la maison* », de façon à déjouer rapidement toutes sortes de troubles qui pourraient perturber les activités quotidiennes.

<sup>2</sup> On trouve un autre exemple de cette attitude préventive chez M. Terray qui a repris des activités sportives en prévision de son entrée à l'école de police.

<sup>3</sup> BOURDIEU P., « La société traditionnelle. Attitude à l'égard du temps et conduite économique », *Sociologie du travail*, n° 1, 1963, pp. 24-44.

<sup>4</sup> C'est un constat de même nature que j'avais formulé lors de mon enquête ethnographique auprès de personnes sans domicile, cf. : Introduction.

<sup>5</sup> On peut penser ici à l'exemple extrême des danseurs, dont les capacités physiques déterminent largement l'accès au marché du travail, cf. : SORIGNET P.-E., « L'intensification du travail dans le métier de danseur contemporain », Communication au colloque *Organisation, intensité du travail, qualité du travail* (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., DE CONINCK F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, op. cit.

*administration, bon, y'en a qui viennent en tenue de sport, mais moi j'estime que quand même, bon... Chaque emploi a sa manière de s'habiller quoi ».*

De la même façon, **Mlle Loci** estime que la présentation de soi est importante dans l'accès à l'emploi :

*« Je fais attention parce que l'apparence physique c'est, ça joue beaucoup... Quelqu'un de négligé sur lui, on pense qu'il est négligé dans sa tête. Et puis, bon, c'est vrai que quand je cherchais du boulot, il fallait que je sois nickel. Si on voit arriver quelqu'un qui est... qui prend pas soin de lui, bon... ».*

En dehors de ces quelques exemples, l'utilisation des ressources psycho-corporelles dans la conduite du parcours professionnel relève de l'invisible et de l'implicite.

#### La santé facteur de sélection-exclusion dans la sphère professionnelle (case 4)

A l'inverse, dans cette modalité négative du façonnement de l'intégration professionnelle par la santé, le parcours professionnel porte la trace d'événements psycho-corporels qui en ont orienté le cours ou qui restreignent l'espace des possibles dans l'avenir proche. Quelles que soient la forme et la nature de l'interdépendance, toutes les situations passées ou présentes qui se rapprochent de ce pôle ont en commun la nécessité de « compter avec la santé » pour construire l'intégration professionnelle. Là encore, plusieurs cas de figure peuvent être distingués.

#### *L'inaptitude et ses suites*

La forme la plus objectivée – parce que cadrée par un ensemble de procédures et de dispositifs médico-administratifs – de ces situations où la santé interfère directement avec la vie professionnelle est la perte d'emploi pour inaptitude. Les exemples rencontrés dans le corpus montrent que ce type d'événement peut prendre des sens très différents selon le contexte socioprofessionnel dans lequel il prend place.

Pour **Mlle Portet**, l'épisode est ancien et a eu lieu au cours de sa formation de BEP vente :

*« J'ai travaillé 1 an dans un magasin de la galerie marchande, et là j'ai eu ce problème de santé, donc j'ai dû résilier mon contrat avec mon patron, parce que ça n'allait plus, parce que ça faisait 3 mois que j'étais absente, parce que j'ai eu des arrêts maladie prolongés à cause de mon problème de santé... (...) Et donc j'ai mes relations avec mon*

*patron qui se sont dégradées et je n'ai pas pu faire autrement que de résilier mon contrat avec lui».*

Le « problème » en question est une malformation osseuse d'un auriculaire, découverte à la suite d'un choc à la main, et qui a donné lieu à plusieurs opérations chirurgicales. Après cette interruption, Mlle Portet a retrouvé un contrat d'apprentissage dans une autre entreprise. Ici, le trouble de santé n'a pas entraîné de réorientation radicale du parcours, il a seulement repoussé de quelques mois la fin de la période de formation – mais ces quelques mois ne sont pas négligeables aux yeux de Mlle Portet, « obnubilée » par le sentiment d'avoir « perdu du temps » et impatiente de trouver une stabilité sur le plan professionnel. Dans cette optique, l'accident de santé apparaît comme un contretemps, une péripétie de plus dans une difficile quête d'épanouissement professionnel<sup>1</sup>.

Les autres cas de perte d'emploi pour raison de santé ont eu des conséquences plus importantes et plus durables sur le devenir professionnel. A la suite d'un accident de travail, **Mme Brax** a interrompu pendant 12 années sa vie professionnelle :

*« J'ai été **bloquée 12 ans**. (...) **Ça me manquait, de pas travailler**, mais je ne pouvais pas. A chaque fois que je sortais d'une opération, je repartais dans une autre. Alors je restais... Il me fallait la rééducation, le temps de me remettre, je m'inscrivais 2 mois au chômage, paf, je repartais direct dans une opération. J'ai fait ça 12 ans ».*

Lorsqu'elle peut reprendre une activité professionnelle, c'est avec le statut de travailleuse handicapée, ce qui (j'y reviendrai) pose problème dans son emploi actuel. Mais malgré son handicap qui de fait restreint ses possibilités d'intégration professionnelle, Mme Brax ne se sent pas fondamentalement limitée dans ses choix.

Certes, il lui faut « faire un métier qui soit adapté quand même à [son] handicap », mais

*« moi je suis très bien à part ça ! Moi je suis très bien ! J'ai rien ! Aucun problème, j'ai aucun problème... (...) Moi je vis le jour le jour, moi je suis très bien comme ça, dans ma peau... Et là pour le boulot c'est pareil hein, je sais que je retrouverai du boulot. Je sais que je vais en retrouver. N'importe quoi. N'importe quoi, mais que je ne porte pas du poids, que... Sinon ça m'est complètement égal. Et je sais que je me trouverai un travail ».*

Il y a donc ici une dissociation entre le handicap réel entraînant une limitation objective de l'accès à l'emploi d'une part ; la bonne santé et la forte employabilité perçues d'autre part.

Chez **Mme Anam**, c'est également un accident de travail qui est à l'origine d'une perte d'emploi suivie d'une procédure de reconnaissance comme travailleuse handicapée. La rupture est intervenue lorsqu'elle occupait un emploi doublement

---

<sup>1</sup> On peut signaler également que ce problème au doigt a joué en défaveur de Mlle Portet lorsqu'elle a souhaité devenir pompier professionnel.

insatisfaisant : d'une part, il ne correspondait pas à ses attentes (j'ai signalé précédemment que Mme Anam croyait avoir été recrutée pour s'occuper des personnes âgées, alors qu'elle était assignée aux cuisines comme plongeuse) ; d'autre part, « l'ambiance » était pénible :

*« Le travail ne me plaisait pas, et puis avec l'ambiance et tout... (...) Les personnes qui travaillaient là-bas c'était des personnes qui y étaient depuis longtemps, et puis dès qu'il y a une nouvelle qui vient ils essaient de leur montrer leur travail à eux mais si vous dites : non, on pourrait faire autre chose, là non ! Tu es nouvelle, tu fais comme on te dit, et tu la fermes... Et puis je m'entendais pas avec eux, c'était pas ça. (...) J'ai toujours eu une bonne entente où je travaillais... Et puis là vraiment... ! (sifflement). Quand j'ai vu ça j'ai dit ouh là là, où je suis tombée ! Et puis j'ai dit bon, on va essayer. Un mois, deux mois, trois mois... Et puis plus ça allait, plus j'allais travailler à contrecœur ».*

Cet élément est déterminant car il constitue une clef de compréhension de la lecture faite par Mme Anam des événements qui se sont succédé par la suite, et qui commencent avec la survenue d'un accident de santé (une dorsalgie aiguë) entraînant un arrêt de travail prolongé, puis une rupture du contrat. Mme Anam considère cet enchaînement d'événements comme « normal » : ni elle-même ni son employeur ne sont « coupables » de ce qui arrive :

*« J'avais un contrat de 2 ans, renouvelable, que je n'ai pas pu renouveler et c'est tout à fait normal, par rapport à ce que j'avais, c'est normal, disons qu'en 2 ans j'ai travaillé... 6 mois. En tout et pour tout, 6 mois. (...) Bon ben c'est comme ça, on pouvait pas me... Mais moi je savais très bien que ce qui m'arrivait, c'était pas de ma faute parce que je pouvais pas faire autrement, et que mon contrat une fois fini, ils me renouvelleront pas. Bon, ça, c'est normal, c'est les patrons, et c'est tout ».*

La procédure de reconversion est l'occasion pour Mme Anam de suivre une formation d'agent de service hospitalier, travail plus adéquat à ses aspirations professionnelles. Mais il lui faut défendre ce choix auprès des formateurs qui la suivent et qui, au vu de ses problèmes de dos, lui conseillent de s'orienter vers des emplois moins physiques :

*« Dès le début, je leur disais, et puis ils me mettaient des bâtons dans les roues parce que y'avait une formatrice elle me disait : non, tu ne feras pas ça, tu n'iras pas dans une maison de retraite, où tu vas lever des malades, tu vas faire des trucs que tu faisais avant, par rapport à ton dos, c'est pas bon, il faut réfléchir. J'ai dit : moi, c'est ce qui me plaît, moi ce qui m'intéresse, c'est le contact des personnes âgées. (...) Alors je les entendais crier, et ils voulaient que je rentre dans une... dans un magasin, comme caissière, mais ça ne me plaît pas. (...) Alors ils en ont eu tellement marre qu'ils m'ont dit allez, fais ce que tu veux, mais si tu te casses la figure ça sera de ta faute. J'ai dit : ben tant pis. Et puis moi, je vois pas que je me suis cassé la figure, au contraire ».*

Mme Anam est en effet très heureuse dans son travail actuel et espère trouver par la suite un emploi du même type, mais en CDI.

L'histoire de Mme Anam est donc caractérisée par deux expériences successives et opposées du façonnement de l'intégration professionnelle par l'état de santé : dans un premier temps la perte d'emploi due à une défaillance de santé (elle-même liée à une usure professionnelle, mais cela n'est pas essentiel ici) est considérée comme « normale », et Mme Anam ne cherche pas à contrer ce processus qui en réalité lui permet d'échapper d'une façon qui reste honorable (« *je pouvais pas faire autrement* ») à une situation d'intégration disqualifiante ; mais dans un deuxième temps, engagée dans un rapport au travail est beaucoup plus positif, Mme Anam refuse que cette même défaillance de santé fonctionne comme un facteur de sélection professionnelle. Pour légitimer son choix, elle a recours à deux types d'arguments : d'une part, elle relativise son problème de dos en insistant sur le fait que « *tout le monde a mal au dos, dans cette maison de retraite* » :

*« Bon, c'est vrai que dans des maisons de retraite, ils savent bien que les gens ont mal au dos, puisque la preuve, les gens qui s'arrêtent... ils savent très bien... (...) Ce travail, que vous êtes un travailleur handicapé ou que vous êtes normal, vous avez quand même mal au dos ».*

Mme Anam estime donc qu'elle n'a pas à être particulièrement stigmatisée, et encore moins à renoncer à ce type de travail, puisque le mal de dos n'a, en fait, rien à voir avec un handicap personnel : il est le lot commun de tous ceux qui travaillent avec elle et, sur ce point, elle n'est pas différente des autres malgré son statut particulier. Elle estime être une « travailleuse » avant d'être une « handicapée » (« *c'est pas parce que j'ai mal au dos que je suis handicapée* »).

L'autre argument mis en avant par Mme Anam consiste à postuler que, quoi qu'elle fasse, le mal de dos est une fatalité :

*« N'importe quel travail que je ferai me fera mal au dos, parce que de toute manière une fois que vous l'avez le mal au dos, vous faites n'importe quoi, après vous avez toujours mal. (...) Je travaillerais n'importe où, le poids il faut le lever, euh... Vous travaillez en caisse, c'est pareil, il faut lever les poids... (...) Alors je me dis : que ce soit ça ou autre chose, il faut travailler quand même ».*

On comprend la logique : si le mal de dos est inévitable, autant pouvoir au moins trouver des satisfactions dans le travail<sup>1</sup>.

Finalement, à la lumière de la situation actuelle, la perte d'emploi initiale est rétrospectivement interprétée comme un événement positif. La rupture induite par

---

<sup>1</sup> Un raisonnement identique (dans des conditions similaires de satisfaction dans le travail) est avancé par Mme Alpe : « *je suis allergique aux acariens. Voyez, rien que ça, je devrais pas faire le travail que je fais, mais je suis obligée parce que les acariens, vous allez même dans une clinique vous avez des acariens. Donc on peut rien faire pour ça* ».

l'accident de santé s'est transformée en une occasion inespérée de reconstruire un rapport heureux au travail :

*« C'est ce que je voulais faire, je voulais partir de là-dedans, je pouvais plus, je me supportais plus déjà. A la clinique P., c'était... c'était impossible, je ne pouvais plus. Disons en tout et pour tout, je pouvais plus rester. Disons que... mon mal au dos est bienvenu... Disons que... dans un côté, bon, c'est vrai que je suis faible, mais d'un autre côté, bon, ça a déclenché la procédure de partir... de me dire qu'il faut que je parte de là-dedans<sup>1</sup> ».*

C'est donc au vu des insatisfactions dans la situation de travail initiale et des changements intervenus par la suite que l'on peut comprendre la mise en intrigue positive de cette perte d'emploi pour raison de santé. Une phrase de Mme Anam condense tout le sens de cette reconfiguration de sa situation professionnelle sous l'effet d'un événement de santé :

*« Heureusement que j'ai eu un mal au dos et que j'ai pu partir ».*

Pour **Mme Mara**, la rupture a été plus progressive et aussi plus douloureuse. Son récit fait apparaître plusieurs étapes dans le processus de fragilisation de l'emploi, qui s'est accompagné d'un désinvestissement professionnel et d'une prise de distance par rapport à son intégration au sein de C., l'enseigne de grande distribution où elle a travaillé pendant 21 ans.

Dans une première période après l'accident de travail, il n'est pas encore question d'inaptitude pour Mme Mara. Mais lorsqu'il s'avère que sa blessure à la cheville ne guérit pas malgré une série d'opérations chirurgicales, la question se pose de son devenir dans l'entreprise. Après plusieurs tentatives de reprise d'activité en mi-temps thérapeutique, il apparaît que Mme Mara ne peut plus occuper son poste de responsable du service financier, qui sollicite trop sa cheville. En effet, *« avant, le service financier était un service où on pouvait être plus assis que debout »*, mais les transformations récentes de l'organisation du travail dans l'entreprise font que ce poste exige désormais de nombreux déplacements (c'est d'ailleurs au cours de l'un d'eux que l'accident est survenu) :

*« Ce que vous faisiez au service financier, c'est pas assis ? - Si, mais il faut être debout quand même hein. Parce que... il faut mettre tout en place le matin. Il faut aller mettre tout en rayon, on fait tous les panneaux, tout ce qui est... Il faut tout mettre en place ».*

---

<sup>1</sup> Les annotations du médecin du travail suggèrent que Mme Anam passe sous silence une tentative d'aménagement de poste qui lui aurait peut-être permis de conserver son emploi, et semblent indiquer qu'elle a précipité elle-même son départ - ce qui est cohérent avec le reste de son récit : *« aménagement du poste "monté" avec collaboration Passerelles 31 et AGEFIPH. N'a pas attendu les quelques jours nécessaires à l'obtention des aides, malgré aménagement partiel (horaires) obtenu par une direction récalcitrante au départ puis d'accord ».*

De plus, lors de ses différentes reprises d'activité, Mme Mara a été affectée à d'autres postes plus intensifs encore, ce qui n'a fait que rendre plus visibles ses limites physiques :

*« C'est vrai que **des fois je n'arrivais plus à marcher.** (...) C'est vrai que les chevilles, y'avait des fois... Le soir je pouvais plus marcher, j'avais les pieds... j'arrivais plus à avancer ».*

Au terme d'un processus qui s'étale tout de même sur 4 années, Mme Mara est confrontée à l'alternative suivante :

*« Je suis allé voir [le directeur des ressources humaines], je lui ai demandé un poste assis, il m'a dit qu'il n'y en avait pas, alors il m'a dit : qu'est-ce que vous faites ? Quelle autre solution ? Donc j'avais lu les conventions collectives, je lui ai dit : il n'y en a que deux. **Le licenciement, ou le reclassement** ».*

Mais en réalité, la deuxième option n'est pas envisageable pour Mme Mara, car elle impliquerait nécessairement une forme de déclassement :

*« Non, pas question non. Déjà pour moi, qui était montée dans la société, **personnellement, non, je crois que je finirais en dépression.** (...) Moi je veux un poste assis avec les responsabilités que j'avais, et la même paie. Parce que c'est facile sinon ! (...) Je maintiens ce que je dis, je veux une place assise, uniquement, avec mon salaire et mes responsabilités. **Comme ça peut pas m'être donné, ben...** Moi, tant pis, je suis prête à... **Tant pis, moi je m'en vais.** – Oui, donc entre le licenciement ou le poste assis mais très rétrogradé, vous préférez encore le licenciement ? – Ben, attendez, oui ! **Ou alors je reprends, j'exige mon poste, ils vont m'embêter, on va me trouver des erreurs, et je repartirai sans rien.** On va m'obliger à démissionner. Là c'est un accident de travail, donc ils seront obligés de me donner mon dû, je vais pas partir sans rien ».*

Si Mme Mara évoque cette éventualité d'une « démission forcée », c'est parce qu'elle s'est sentie visée par ce type de procédé :

*« C'est vrai que... **quand vous manquez** – bon, de 97 jusqu'en... l'an 2000, j'ai presque pas repris, ou en mi-temps thérapeutique, c'est vrai que **c'est pas un bon point hein.** Qu'est-ce que vous voulez, y'a des jeunes loups qui ont 30 ans, hein... (...) **Ceux qui sont comme moi, qui veulent revenir et qui ont des problèmes, bon ben c'est : soit vous acceptez de revenir dans l'entreprise sans... Vous acceptez un salaire plus bas, ou d'autres trucs, être rétrogradé ; soit vous n'acceptez pas, et ils vous mettent dans un poste où après on va vous saquer, vous allez faire des conneries, chose que déjà on a essayé de me faire faire.** – C'est-à-dire ? – Ben, rien ne va, mettez-vous debout à la caisse, alors qu'ils avaient un papier comme quoi je devais rester assise... Euh... Je suis pas assez bien avec les clients, je suis pas assez gentille... **On peut vous faire faire des bourdes...** Quand vous travaillez en informatique, c'est vite fait. **On peut trouver n'importe quoi** ».*

Plutôt que de risquer d'en arriver à une telle situation, Mme Mara préfère aujourd'hui

*« **partir à 50 ans, ou 51, la tête haute, sans rien devoir à personne.** (...) Toute façon faut partir avec de l'argent, faut pas partir sans rien. Surtout quand on est dans notre droit quoi... ».*

Le cheminement moral parcouru par Mme Mara jusqu'à l'acceptation finale de son licenciement doit également être rapporté aux transformations de l'entreprise qu'elle a observées lors de ses différentes périodes de reprise :

*« J'ai ouvert les yeux quand j'ai eu mon accident et que j'ai repris. (...) Quand je suis revenue, je me suis rendu compte que tout était en train de changer, la société avait changé du tout au tout, ils ont changé toutes les conventions collectives, ils ont tout changé... Déjà quand j'ai eu mon accident, on sentait qu'il y avait un commencement de truc qui était en amorce. Bon, mais après je m'en suis surtout rendu compte en 99 quand j'ai repris 3 ou 4 mois. Et puis bon, là où j'ai vu le plus de soucis c'est quand j'ai repris en l'an 2000 quoi. Là alors, haaaan ! **Changement total, complet. Complet.** ».*

Mme Mara décrit longuement tous ces changements : concentration des instances de direction, suppression de réunions avec le personnel, corvéabilité accrue des caissières (« maintenant les horaires c'est suivant ce que l'employeur veut »), et jusqu'à l'organisation spatiale conçue pour décourager toute rencontre privée entre un salarié et son supérieur :

*« Au premier étage, quand j'ai été voir donc le patron, quand je suis rentrée, ils avaient tout cassé, alors vous avez tout l'encadrement il est tout à fait au fond, tous ensemble les uns à côté des autres, on entendait pas une mouche voler, donc les employés peuvent pas monter les voir devant tout le monde, ils osent pas... ».*

Cet arrière-fond d'intensification et de durcissement des formes de domination dans le travail participe au jugement final de Mme Mara qui, dans une logique similaire à celle de Mme Anam, considère aujourd'hui que son licenciement pour inaptitude est peut-être une occasion de prendre un nouveau départ, à la fois professionnel et personnel. La rupture consommée avec C. donne lieu à une nouvelle hiérarchie des aspirations existentielles :

*« J'ai pris un peu plus de recul, vis-à-vis de tout... (...) J'étais trop active je crois, et... je voudrais être plus zen maintenant ».*

L'aspect rétrospectivement positif de la perte d'emploi est encore plus marqué chez Mme Jodu et Mme Kléber, qui toutes deux se dirigent vers une cessation définitive d'activité professionnelle. Le mode de déroulement du processus de sélection-exclusion n'est cependant pas le même dans les deux cas. Pour **Mme Kléber**, l'événement déclencheur a été brutal et imprévu : un infarctus survenu sur son lieu de travail, suivi de deux opérations chirurgicales et d'une tentative rapidement abandonnée de reprise du travail. Mme Kléber signale que

*« le médecin conseil de la Sécu voulait que je reprenne le travail. Et donc j'ai fait appel, j'ai fait... Mais seulement elle a marqué sur... sur les avis qu'elle a donnés que je pouvais exercer un quelconque travail. Donc ça voulait pas dire que c'était le travail que je faisais actuellement, mais... C'est sûr que si c'est un travail tranquille, comme je lui ai dit, si c'est un travail de bureau, y'a pas de problème, mais là... C'est un travail en équipe, pendant 8 heures on est pratiquement debout, y'a le stress et tout ça. (...) Il me faut un*



*travail allégé, parce que je peux pas porter de poids, ni en tirer, et puis bon là-bas, y'a toujours du poids à porter ».*

On voit que Mme Kléber estime elle-même que son état de santé l'empêche de reprendre son travail habituel. Mais là encore, il n'y a pas de possibilité de reclassement sur un « poste doux » dans l'entreprise : un accord a donc été signé en vue de son licenciement. Et cette perspective convient très bien à Mme Kléber, qui met en avant la pénibilité du travail et l'exigence de plus en plus marquée de faire « toujours plus de rendement, plus de rendement, plus de rendement... » :

*« Et vous, comment est-ce que vous le vivez le fait d'arrêter de travailler ? - Bien ! Au bout de 37 ans, surtout que c'est pas un travail facile parce que vous êtes 8 heures debout, pratiquement, vous êtes tout le temps debout, et puis à cette époque-ci, quand vous faites 30° dehors, dedans il fait au moins 36, il fait très chaud, parce que c'est... des fours de cuisson. Et puis bon, ça marche pas toujours très bien, et quand ça marche pas, on a le stress, parce que derrière, on nous pousse pour faire fonctionner quoi. Donc... je suis pas mécontente ».*

La seule inquiétude est celle du revenu :

*« C'est surtout au point de vue financier que je me dis, est-ce que tu vas arriver à assumer ou pas quoi. (...) Parce qu'il faut que je... j'arrive à mes 55 ans, pour être mieux protégée. Et les 55 ans je les ai qu'au mois d'août, donc... Parce qu'à 55 ans, normalement, au chômage, pendant 27 mois et demi je crois, euh... on n'a pas de perte des indemnités. Mais il faut que j'aie 55 ans. Je sais pas du tout comment ça va se passer ».*

Mme Kléber fait donc partie de ces nombreux « travailleurs vieillissants » invalidés par une santé défaillante qui n'ont pas d'autre issue que de transiter par le chômage en attendant d'atteindre l'âge de la retraite (« s'ils augmentent pas d'ici là », comme le précise Mme Kléber)<sup>1</sup>. Mais malgré cette incertitude sur le plan des moyens d'existence, la cessation d'activité est avant tout perçue comme un soulagement :

*« Le travail me manque pas du tout. (...) C'est pas comme si j'avais été licenciée parce que j'aurais fait une faute quoi... Là, bon... Si y'avait eu possibilité de reclassement, j'y serais allée, peut-être pas avec enthousiasme, mais j'y serais allée. Mais... Parce que bon, on y prend goût à ne plus travailler... Oui ! - Donc il vous a réussi finalement votre infarctus ! - Ben oui ! Parce que vous avez pas à vous dire : oh, demain faut que j'aie travailler... Là, on vit... bien. Enfin moi personnellement, je le vis bien ».*

De la même façon que pour Mme Anam, mais ici dans le contexte d'une fin de vie active, l'accident de santé apparaît comme une échappatoire permettant de quitter plus rapidement que prévu une situation de travail pénible et usante. La temporalité propre de la réalité corporelle précipite la temporalité socialement normée de la trajectoire professionnelle.

---

<sup>1</sup> La cessation d'activité anticipée est une tendance de fond qui semble difficilement réversible, cf. : GAUTIER J., « Les travailleurs âgés face à l'emploi », *Économie et statistique*, n° 368, 2003, pp. 33-42.

Dans le cas de **Mme Jodu**, le processus qui en dernier lieu aboutit à une « sortie par l'inaptitude » commence en amont de l'accident de santé lui-même (une surdité brusque). Déjà, il y a quelques années, Mme Jodu a demandé et obtenu un changement de poste car elle se sentait « à bout de force » :

*« Avant je travaillais au secteur Mirail, et là j'avais eu des problèmes, et là-bas on avait des... 11 étages à nettoyer, les escaliers là, vous les montiez avec le seau plein et... fallait frotter, c'était... Alors là j'en pouvais plus, alors un jour j'ai passé la visite avec le [médecin du travail], je lui ai dit que j'en pouvais plus, alors il a dit bon, ben on va voir ça avec la société H [son employeur]. Et puis moi j'étais au travail au Mirail un matin, et ils sont arrivés, le docteur, avec monsieur J. de la société H. et le docteur il a dit à monsieur J. : écoutez, il vous faut trouver quelque chose à madame Jodu qui soit... moins dur ».*

Mais dans la résidence où elle est ensuite affectée, le travail reste pénible :

*« Et quand je suis arrivée là j'ai gratté comme une... (...) Ils avaient dit : vous allez avoir votre machine, vous aurez à décaper, et j'ai dû décaper tout, tout, tout, tout... tous les étages, 7, et puis vous avez des couloirs immenses... Et après j'ai senti que je pouvais plus et j'ai dit, la machine, je peux plus la mener, j'ai trop mal au dos. (...) Le docteur m'avait marqué, j'ai une ceinture spéciale pour le dos... pour tenir... Ça soulage un peu mais ça n'enlève pas les douleurs hein ».*

Dans ce contexte, la surdité brusque et les autres problèmes de santé découverts ou aggravés par la suite ont finalement accéléré un processus de cessation d'activité qui était déjà en marche et que Mme Jodu considère comme inéluctable compte tenu de l'usure qui accompagne tout son parcours professionnel :

*« Quand on a trop forcé dans la vie on arrive qu'on n'a plus de force ».*

Le parcours de Mme Jodu correspond bien au « balancier à trois temps » décrit par S. Volkoff : « premier temps : des processus de déficience apparaissent avec l'âge, processus influencés ou non par le travail ; à cause de cela, dans certains domaines, des difficultés apparaissent lorsqu'il s'agit de faire face aux exigences des tâches. Deuxième temps : les opérateurs tiennent compte de leur propre évolution et développent une série de stratégies de compensations. (...) Mais, troisième temps : (...) certaines caractéristiques de l'appareil de production, de l'organisation du travail, de la gestion de la main-d'œuvre (...) restreignent les marges de manœuvre disponibles pour ces stratégies de compensation, au point parfois de les compromettre complètement<sup>1</sup> ».

Aujourd'hui, une reprise d'activité n'est pas envisageable pour Mme Jodu, qui s'estime doublement « inemployable » en raison à la fois de son absence de qualification et de son état de santé :

---

<sup>1</sup> VOLKOFF S., « Âge, travail, santé : les marges de manœuvre pour une prévention de l'exclusion », *op. cit.*, pp. 29-30.

« Moi de toute façon je pense que... **Je sais très bien que retrouver quelque chose je pourrai pas**, à mon âge, **puisque j'ai pas de diplôme, j'ai rien**, et... je pense pas... Si ils me demandaient de faire autre chose, **j'ai aucune étude moi vous savez, je peux pas... Que voulez-vous, ils me classent où ? (...)** Bon, **ce qu'ils me proposent à la société c'est le licenciement, et j'aimerais que ça se fasse** parce que de toute façon moi je sais bien que... je trouverai rien. **Et puis je suis trop mal**, je le sens, je pourrais pas – je le sens que **je pourrais plus assurer 8 heures de travail et des trucs...** (...) Bon, j'aurais souhaité pouvoir travailler un peu plus, mais bon, je suis aussi fatiguée de tout ça, travailler, tout ça, ça m'a... ».

Se combinent ici deux formes de « faiblesse sociale » décrites par R. Ledrut<sup>1</sup> : la faiblesse relative de l'absence de formation (faiblesse au regard de l'employabilité différentielle) et faiblesse absolue liée à la perte de la force de travail.

Comme pour Mme Kléber, le seul problème est celui du revenu de transition jusqu'à la retraite, et Mme Jodu s'en inquiète :

« **Je ne sais pas comment ma situation va se dérouler**, je ne sais pas du tout comment elle va se dérouler. (...) Madame S. de la société H. là, m'a dit de me renseigner, elle m'a dit madame Jodu, il faut vous renseigner parce qu'on veut bien vous licencier mais on voudrait pas que vous soyez embêtée, faudrait que vous alliez vous renseigner aux Assedic, quels sont vos droits, et ci et ça. Ben oui mais **moi je connais pas tout ça**. Parce que s'ils me licencient ça me tomberait au chômage. Mais ils voudraient savoir si ça va durer... si je l'aurai, jusqu'à quand, comment ça se passe et tout, **moi je le sais pas non plus** ».

On peut appliquer aux parcours de Mme Jodu et de Mme Kléber certaines conclusions de l'enquête ESTEV : « L'aspect multifactoriel des déterminants des cessations d'activité professionnelle est probablement le reflet de compromis élaborés par les salariés entre leur santé, l'intérêt qu'ils trouvent dans le travail, les possibilités financières dont ils disposent (durée suffisante de cotisations de retraite, vivre seul ou non notamment) et en définitive avec l'aspiration à vivre encore un temps suffisamment long dégagé du corset professionnel<sup>2</sup> ».

Dans les expériences de Mme Mara, Mme Anam, Mme Jodu et Mme Kléber, l'interférence entre le parcours professionnel et l'histoire de santé, cristallisée dans des processus différenciés de sélection-exclusion par la santé, peut être reconstruite positivement dans la mesure où l'événement corporel infléchit le devenir professionnel dans un sens finalement favorable au salarié. Ces exemples montrent qu'entre les deux pôles typiques initialement identifiés (l'inemployabilité durable, voire définitive, par la santé<sup>3</sup> ; et la santé facteur d'intégration professionnelle), des modalités intermédiaires se dessinent, dont le sens est étroitement lié aux suites

<sup>1</sup> LEDRUT R., « Les chômeurs : faiblesse sociale et sentiment de faiblesse », *Revue française de sociologie*, vol. II, n° 3, 1961, pp. 152-165.

<sup>2</sup> DERRIENNIC F., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., MONFORT C., « Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés », *Travail et emploi*, n° 96, 2003, p. 53.

<sup>3</sup> Qui par définition se situe dans l'angle mort de cette recherche menée auprès de salariés en emploi.

concrètes de la perte d'emploi, sur lesquelles les salariés disposent de marges de manœuvre plus ou moins grandes.

On peut souligner également que même dans ces cas où la gravité de la pathologie est médicalement attestée<sup>1</sup>, il semble que les personnes éprouvent le besoin de justifier le bien-fondé de leur inaptitude : toutes associent, souvent dans un même mouvement, l'« aveu » du soulagement de la cessation d'activité et l'insistance sur les pénibilités du travail, sur leur mauvaise santé, et sur leur sentiment de ne plus pouvoir « tenir » – comme si le principe d'une inaptitude protectrice n'était pas « au-dessus de tout soupçon », comme s'il leur fallait mettre à distance l'accusation d'exagération ou de profit abusif des différents systèmes d'assurance (chômage, maladie). M. Loriol le constate dans des entretiens avec des ouvrières en fin de vie active : « la fatigue et l'usure représentent ainsi une limite objective où la responsabilité de la personne n'est plus en cause », car ces atteintes sont « indépendantes du courage et du devoir moral de la personne », et sont mises en avant comme une « légitimation du droit au repos<sup>2</sup> ». Si ce droit semble à ce point devoir être conquis et défendu, c'est à mon sens en vertu d'une logique de même nature que celle qui consiste à affirmer que l'on respecte la norme médico-sanitaire tacite stipulant que l'on ne doit pas « trop » se soigner, que l'on ne doit pas trop « s'écouter<sup>3</sup> ». En outre, l'idée que l'on puisse être heureux de se soustraire à l'activité professionnelle, même en cas de maladie grave, semble d'une légitimité fragile pour ces femmes qui expriment par ailleurs une éthique du travail très forte. Cette résistance est cependant dépassée (et le moment du basculement est très sensible dans les entretiens) lorsqu'elles constatent qu'en aucun cas je ne porte de jugement sur leur droit à préserver leur santé. La parole est alors libérée et le soulagement peut être exprimé sans risque de stigmatisation.

### *Choisir de ne pas s'exposer*

La dynamique de sélection-exclusion professionnelle par la santé est illustrée dans le corpus par un autre ensemble de cas, correspondant à des situations où le

---

<sup>1</sup> Pas de façon unanime cependant, comme on l'a vu : ainsi les médecins conseil de la Sécurité sociale n'ont visiblement pas la même définition de la « gravité » ou de l'aspect invalidant d'un problème de santé que les médecins du travail.

<sup>2</sup> LORIOL M., *Le temps de la fatigue*, op. cit., pp. 102-105.

<sup>3</sup> Cf. : Chapitre VII, §2b. Mme Kléber et Mme Jodu notamment se défendent d'une attention « excessive » à leur santé.

renoncement à l'emploi est le fait d'un arbitrage délibéré de la personne et intervient hors de toute instance médico-administrative. Dans ce contexte, si la santé joue comme un critère de sélection vis-à-vis de l'emploi, c'est à l'initiative de l'individu.

Ce type de choix a été mis en œuvre par exemple par **Mme Damo** à l'occasion de l'un de ses contrats comme « agent de propreté » :

*« Le seul endroit où je peux pas travailler, c'est là où y'a de la poussière, où y'a beaucoup de poussière, là je peux pas. Là non, ça c'est... Je préfère rien gagner que de gagner un peu d'argent et me tuer la... ah non, ça je l'ai fait une fois, je suis arrivée ici je pouvais plus respirer, j'ai failli m'étouffer, j'ai dit c'est fini, j'ai donné ma démission le lendemain. (...) J'ai dit : je peux pas. Je suis vaillante, je suis bosseuse, mais là, je peux pas faire ça. Avec l'asthme et tout, c'était vraiment... Les chantiers, y'avait énormément, énormément de poussière, j'ai failli m'étouffer, alors j'ai dit que je pouvais pas faire ce boulot alors j'ai laissé ».*

On voit bien ici que ce type de travail représente pour Mme Damo un seuil à partir duquel elle arbitre en faveur de sa santé, au détriment de l'emploi. Ce choix se comprend chez elle en référence à un parcours professionnel marqué par une grande habitude de la précarité, en partie recherchée, et à une conception instrumentale du travail. Si l'emploi reste une nécessité, elle n'y « sacrifie » sa santé que jusqu'à un certain point, au-delà duquel elle préfère renoncer à certaines possibilités d'intégration professionnelle.

Le souci de sa santé a également amené **M. Sernin** à refuser certains emplois :

*« Ça t'est arrivé d'hésiter à accepter un contrat à cause de ton dos ? - Oui, j'en ai refusé oui. Aux vacances de février, j'avais donc 2 semaines de direction à Vars en séjour ski-surf, et ensuite on me proposait 2 semaines pour tenir un centre d'équitation à côté de Toulouse, et j'ai refusé les 2 semaines parce que je savais que je tiendrai pas le coup quoi ».*

Ce renoncement est exceptionnel chez M. Sernin qui au contraire, comme on l'a vu, fait d'une façon générale passer son intégration professionnelle « avant » sa santé. Mais ponctuellement, le choix inverse peut constituer un compromis acceptable, dans la mesure où il dispose par ailleurs d'un emploi relativement assuré.

Ces exemples mettent en scène des expériences où, dans certaines conditions, les salariés ont choisi de mettre en œuvre une sorte de « droit de refus » d'un travail perçu comme dangereux, ce qui suppose une évaluation personnelle du niveau « acceptable » de mise en danger de la santé. Face au risque perçu d'atteinte à la santé (et sur un fond de santé déjà altérée), ces personnes ont choisi en quelque sorte de « sauver la mise », quitte à fermer des portes sur le plan professionnel. On peut également citer ici le cas de **M. Terray**, qui formule une préférence pour

l'avenir (on est plutôt ici dans la sélection volontaire que dans l'arbitrage partiellement contraint, dans la mesure où M. Terray a désormais « pris la main » dans la conduite de son parcours professionnel) :

*« Je sais que maintenant si j'ai un boulot, voyez le boulot où j'aurais vraiment à prendre du poids tous les jours, ça je le ferais plus... Oui, je m'abstiendrais oui, quand même, parce que là j'ai 30 ans, le dos il me tiraille un peu, mais avec l'âge ça va s'aggraver, je le sais... Donc je fais plus attention ».*

Ce type d'arbitrage diffère – même si la limite est parfois tenue – d'une autre forme de sélection-exclusion professionnelle dans laquelle la perception d'une santé dégradée restreint *a priori* les possibilités d'intégration professionnelle.

### ***Incapacités perçues et limitation des perspectives professionnelles***

Dans la variante précédente, la logique dominante consiste à choisir de refuser un emploi qui exigerait de « tenir » au-delà de ce que l'on estime « raisonnable » pour sa santé. En résumé, on ne *veut* pas privilégier systématiquement l'intégration professionnelle, et cette posture se traduit dans des décisions effectives. Ici, le sentiment dominant est que l'on ne *peut* pas (ou que l'on ne pourrait pas) effectuer certains types de travail. C'est une incapacité perçue, une inaptitude intériorisée durablement qui, de façon prospective, donne lieu à des processus d'auto-exclusion professionnelle.

Ceci est très perceptible par exemple chez **Mme Faya**, dont l'identité personnelle est profondément marquée par une santé défaillante (« *je suis très faible* »). Cette fragilité constitutionnelle joue un rôle certain dans la façon dont elle envisage son avenir professionnel, tant sur le plan de la nature de l'activité :

*« J'aimerais bien repartir dans la comptabilité en fait, parce que le travail physique, c'est... c'est pas trop pour moi je crois ».*

... que sur le plan du temps de travail :

*« Et par rapport à l'emploi, vous aimeriez à l'avenir travailler à mi-temps ? – Disons que pour moi physiquement ça serait bien. J'assumerais davantage un mi-temps qu'un plein temps. – Même si le travail est pas physique ? – Si le travail est pas physique... Je sais pas... ça je peux pas le dire. Mais... je parle avec mon état actuel quoi, donc fatigue et tout, c'est vrai qu'à l'heure actuelle ce que j'aurais voulu c'est plutôt un mi-temps ».*

On retrouve la même expression d'un sentiment d'incapacité physique chez **Mme Chafi** :

*« Dans le questionnaire vous aviez dit que vous avez des problèmes de santé qui vous empêchent d'accéder à certains emplois... – Ah oui. Parce que je vois – par exemple plus jeune, j'ai fait les maïs et tout ça, bon je sais que maintenant j'en serais ».*

*incapable. Moi ça me va de rester assise toute la journée. Le moindre effort physique... me crève. Je pourrais pas faire un métier qui demande vraiment beaucoup d'efforts physiques, c'est clair, même un minimum d'ailleurs »,*

de même que chez **M. Sernin** :

*« Moi décharger une cargaison dans un supermarché je peux pas, travailler dans les fruits je peux pas, faire de la maçonnerie je peux pas... »,*

et chez **Mme Damo** :

*« Maintenant je me sens plus d'aller faire la restauration le soir, je me sens plus d'aller travailler le soir, étant jeune ça me faisait rien mais bon, plus on prend de l'âge et moins on arrive le soir à supporter d'aller travailler jusqu'à minuit, une heure du matin... ».*

Dans ce dernier cas, l'interruption du parcours professionnel liée à la grossesse (qui est en soi une forme d'exclusion professionnelle fondée de fait sur un état de santé) est l'occasion pour Mme Damo de reconsidérer par anticipation la priorité donnée respectivement aux enjeux de santé et aux enjeux de l'intégration professionnelle, en affirmant davantage d'exigences en termes de préservation de sa santé physique et morale – ce qui l'amènera peut-être à renoncer effectivement à certains emplois.

Chez **Mme Fonviel**, la dynamique d'auto-exclusion par incapacité perçue se décline dans le registre de la santé mentale ou morale. On a vu précédemment qu'elle s'estime trop fragile personnellement pour réaliser son idéal professionnel (être psychanalyste). On peut ajouter que sa consommation élevée de tranquillisants lui a déjà fait perdre un emploi :

*« Je travaillais dans un laboratoire, et ils ont bien vu que je prenais des trucs. Avec les médecins, tout ça, ils ont bien vu que je prenais des... Alors ils m'ont piégée, ils m'ont... Ils l'ont vu, alors ils m'ont dit de partir, au bout d'un mois. Et... ils m'ont pas donné les raisons, mais bon, je savais qu'ils savaient, bon, c'était pas la peine d'en parler ».*

Mais surtout, elle se considère elle-même comme « droguée » et estime que cela lui rend inaccessible tout emploi où la présentation de soi jouerait un rôle central :

*« Vous avez dit avoir des problèmes de santé qui vous empêchent d'accéder à certains emplois... ? – Oui, ben je me suis aperçue – c'est-à-dire que c'est un SDF, tout simplement, qui m'a dit que j'étais droguée. Avant on me l'avait jamais dit, je le savais pas. Je savais que j'étais... qu'il me fallait certaines substances pour vivre, et... Je savais que j'avais un problème, je prends toujours des trucs, j'ai toujours un stock, machin, et cette personne qui se droguait – mais qui se droguait de drogue – m'a dit mais tu es droguée. Et là j'ai eu affaire à quelqu'un qui m'a dit la réalité. – Et en quoi ça vous empêcherait d'accéder à certains emplois ? – Parce que ça se voit. On m'accepterait pas. On ne m'accepterait pas ».*

Les processus de sélection-exclusion professionnelle sur des critères de santé ne prennent donc pas nécessairement les formes canoniques de la procédure d'inaptitude ou de la reconnaissance officielle d'une invalidité. Les entretiens permettent de mettre au jour des dynamiques dont la visibilité sociale est bien

moindre, qui reposent sur des compromis élaborés par les salariés en fonction des contraintes qui s'imposent à eux et des ressources ou des marges d'action dont ils disposent.

### *L'intégration professionnelle fragilisée par une santé précaire*

Je distinguerai pour finir une dernière forme de fragilisation de l'intégration professionnelle par la santé, plus potentielle que déjà effective, qui caractérise des expériences où la situation professionnelle actuelle peut à tout moment être remise en question par une détérioration de l'état de santé physique ou psychique. Face à cette éventualité, les stratégies mises en œuvre peuvent être radicalement différentes, comme le montrent les exemples opposés de M. Sernin et de M. Thimas.

Le premier, on l'a vu, choisit de passer outre les enjeux de santé pour « tout miser » sur la consolidation de son intégration professionnelle. Mais il lui faut pour cela occulter ses problèmes de dos. Pour couper court à une éventuelle perte d'emploi pour raison de santé, **M. Sernin** se livre à une véritable « propagande » personnelle destinée à rassurer ses employeurs :

*« Là, avec le péri-scolaire, j'ai été obligé de m'arrêter 2 semaines complètes à cause de mon dos, pour une hospitalisation. (...) Et c'est vrai que j'ai entendu dire que pourquoi j'accèderais pas à un poste important : parce que j'étais pas fiable physiquement quoi. (...) La responsable aurait dit : dans le boulot ça se passe très bien, sauf qu'il est souvent absent pour des raisons de santé, et est-ce qu'on peut lui confier un temps plein ? Bon, ben, pfff... Je me suis un peu renseigné, je suis allé voir un peu tout le monde en disant que c'était faux, que moi je tiendrai le coup quoi, et on verra. (...) J'ai eu écho de ça, et j'ai écrit et téléphoné aux ressources humaines pour dire que ces problèmes de santé étaient résolus et que voilà, y'avait plus de problèmes ».*

Mais comme il le souligne lui-même, il n'est pas à l'abri d'une dorsalgie aiguë ou même d'une paralysie qui révélerait au grand jour sa défaillance somatique et du même coup mettrait fin à ses espoirs de progression professionnelle :

*« Ils savent que j'ai des problèmes de dos, mais du moment que je fais mon travail et que je reviens... (...) Le tout c'est de prouver que finalement même en plein temps tu tiens le coup. Le jour c'est vrai où je leur téléphonerai en étant aux États-Unis en leur disant : je suis désolé, je peux plus marcher, j'arrête, trouvez-moi un remplaçant, là ils me reprendront plus ».*

Pour limiter ce risque, M. Sernin utilise de façon extrêmement rationnelle et ciblée les infiltrations de cortisone qui atténuent ses douleurs (et dont la fréquence est limitée pour des raisons à la fois médicales et, on l'a vu, financières), et qu'il programme en fonction de ses contrats de travail :



*« Là j'attends en fait le dernier moment quoi, j'essaierai de me faire faire une infiltration juste avant de partir en Grèce, pour que ça fasse effet au moins pendant toute la Grèce quoi, et à ce moment-là, dès que je reviens en France, entre la Grèce et les États-Unis, je me refais faire une infiltration. (...) Soit j'en faisais une maintenant, d'infiltration, et elle aurait plus fait effet pour la Grèce, ou soit... et donc finalement j'attends, et je la ferai juste avant de partir ».*

Il n'y a donc pas de solution intermédiaire pour M. Sernin : la contradiction santé-travail se formule véritablement comme un « quitte ou double ». Le compromis que représenterait par exemple une restriction d'aptitude n'est pas envisageable, et cela pour deux raisons. D'abord, M. Sernin estime (sur la foi de l'expérience d'une de ses amies) que le mal de dos est trop répandu pour être réellement pris en considération par les différentes instances médico-administratives :

*« L'aptitude restreinte, à un moment donné j'y ai pensé, mais... Aujourd'hui y'a tellement de gens qui souffrent du dos... Et c'est une amie qui me l'a dit, elle a vu la COTOREP, elle a demandé de se faire placer comme activité restreinte, et on lui a dit : de toute façon, avec des problèmes de dos on peut toujours être sur un transat et être réceptionniste ou... Donc voilà, le dos, y'a trop de gens qui en souffrent, c'est plus du tout pris en compte, ça coûterait trop d'argent, et donc, tout le monde s'en fout quoi, voilà. Y'a rien quoi, y'a rien à faire ».*

Outre ce sentiment que toute démarche officielle serait vaine, une restriction d'aptitude serait fondamentalement incompatible avec la nature même du travail qu'il effectue comme animateur péri-scolaire (et qu'il souhaite continuer à exercer) :

*« Le domaine dans lequel je travaille, je vois pas comment on pourrait mettre "interdiction qu'un gamin lui saute dessus dans le dos" ! Or quand j'arrive à l'école, les mômes sont contents de me voir, et la plupart du temps ils arrivent par derrière, ils me sautent dans... Et voilà, donc dans mon domaine il peut pas y avoir d'activité restreinte ».*

Le même problème se pose dans le cadre de ses activités saisonnières d'accompagnateur de séjours pour adolescents :

*« Là je suis directeur donc j'en fais moins que les animateurs, mais à un moment donné il faut bien que j'aie voir comment ça se passe sur le terrain, et que je me mette sur un surf ou sur des skis ».*

On voit que M. Sernin résiste par tous les moyens au risque d'exclusion professionnelle par la santé, tout en étant conscient que ce risque reste réel compte tenu de sa pathologie. Alors que pour lui une visibilité et une reconnaissance officielle du problème de santé sont évitées à tout prix, on observe chez M. Thimas l'attitude inverse. Il estime en effet que son mauvais état de santé n'est pas suffisamment reconnu :

*« La COTOREP, je suis reconnu, mais ils veulent pas me donner de l'argent pour rester à la maison sans travailler. Donc je suis reconnu, 50%, catégorie B ».*

M. Thimas se montre très amer face à ce qu'il considère comme une sous-évaluation de la gravité de son état :

« Là, la COTOREP, sachant que je faisais 50 heures, ils me disent : ça va, vous y arrivez ? **Personne pour me dire : quoi, vous deviez faire 35 heures, ça va pas, faites ça et ça...** Personne ! Vous avez du boulot – ça c'est l'époque hein, vous avez du boulot, **estimez-vous heureux. C'est souvent ça.** (...) Alors j'ai aucune illusion quoi. J'ai aucune illusion sur les lois, sur les machins, tout ».

Sa déception est d'autant plus grande que le médecin qui le suit pour son hépatite C formule pourtant un diagnostic confirmant l'invalidité :

« Le médecin m'a dit : mais monsieur, vous voulez travailler ? Mais vous pouvez pas, **vous tiendrez pas le coup, vous pouvez pas travailler.** Demandez l'AAH. Je fais le dossier : 2 mois après, la réponse : **monsieur, votre état de santé vous permet largement de travailler.** Alors, **faudrait savoir !** »

Dans l'immédiat, son seul recours éventuel reste la médecine du travail : « je suis reconvoqué à la médecine du travail, je vais leur en parler du nombre d'heures que je fais ».

Cette attitude consistant à essayer de préserver sa santé est relativement récente chez M. Thimas, qui s'est longtemps considéré comme « un gars solide » (« j'emmerde un peu la mort ») et qui souligne qu'il a pu « vivre sans problème avec l'hépatite C pendant des années ». Mais il est obligé aujourd'hui de reconnaître que son état de santé est très dégradé :

« Quand j'ai arrêté mon entreprise j'ai cherché du boulot. (...) J'ai bossé un an – alors là **je me suis foutu en l'air, là je me suis foutu en l'air par contre. Physiquement.** Après obligé d'arrêter. (...) J'ai bossé comme livreur, mais 3 mois, au bout de 3 mois j'étais comme une peye quoi, **j'avancais plus.** (...) **La maladie s'aggravant, la fatigue s'aggravant, plus ça allait, plus c'était dur** quoi. Et j'en arrivais à la fin à passer ma journée allongé ».

Même si son emploi actuel est beaucoup moins éprouvant que ce qu'il a connu auparavant (« le rythme est beaucoup plus cool, (...) ce qui veut dire que physiquement j'arrive à faire mon boulot sans trop de séquelles »), la fatigue est permanente. De plus, M. Thimas se sait désormais à la merci d'une aggravation, peut-être mortelle, de sa pathologie :

« La maladie s'étant aggravée j'ai **des coups de fatigue monstrueux, je tiens plus** quoi, j'ai fait 2 crises d'ascite, donc hospitalisation d'urgence, là c'est... A la limite je rentre, je **sais pas si je vais sortir.** (...) Tout ça c'est un faisceau, **un petit faisceau qui se resserre** et qui une fois qu'il est bien joint eh ben c'est dans le trou que vous finissez ».

Si M. Thimas souhaite aujourd'hui se protéger autant que possible, ce n'est pas en vertu d'une logique médico-sanitaire à laquelle par ailleurs il n'adhère que très partiellement, mais pour être présent auprès de ses deux fils :

« Ils ont besoin qu'on fasse un peu attention, au moins jusqu'à la fin de l'adolescence, et après ils devraient réussir leur vie. Donc là **il faut que je tienne le coup 10 ans** quoi. (...) Je me vois mal me barrer maintenant. Alors **pour eux, pour eux deux, au moins**

*pendant quelques années quoi, le temps d'assurer leur éducation, euh... j'essaie de faire ça clean ».*

La dégradation de la santé entraîne donc ici une inversion des priorités et une redéfinition des enjeux existentiels : la valeur « santé » (qui se confond ici avec la vie même) est privilégiée par rapport à la valeur « travail », et l'identité de « malade » tend à prendre le pas sur celle de « travailleur » - le problème étant que cette identité perçue et revendiquée n'est pas socialement reconnue.

M. Thimas incarne donc une modalité particulière d'articulation entre santé et intégration professionnelle dans laquelle une incapacité perçue (et constatée ici par le médecin spécialiste) ne donne pas lieu à une prise en charge dans un dispositif spécifique, alors même que cette forme de sélection-orientation professionnelle par la santé est souhaitée par le salarié.

Ce constat incite, à partir des autres exemples précédemment décrits, à construire une « table de vérité<sup>1</sup> » permettant de distinguer quatre situations en fonction de la convergence ou divergence entre le « ressenti » personnel du salarié et l'évaluation qui est faite de son état de santé et de sa capacité à travailler par les acteurs professionnels qui ont le pouvoir d'accorder ou non la reconnaissance de l'inaptitude. En définissant l' « incapacité » comme la perception par le salarié d'une limitation, incompatible avec le travail, de ses ressources psycho-corporelles ; et l' « inaptitude » comme la reconnaissance sociale de cette incapacité ouvrant droit à des formes de compensation ou de protection, les dynamiques de sélection-exclusion professionnelle par la santé peuvent être réparties en 4 catégories typiques présentées dans le tableau suivant :

**Sélection-exclusion professionnelle par la santé :**  
**quatre cas de figure**

	Inaptitude reconnue	Inaptitude non reconnue
Reconnaissance de l'incapacité souhaitée	Inaptitude consensuelle	Aptitude forcée
Reconnaissance de l'incapacité non souhaitée	Inaptitude forcée	Aptitude consensuelle

Lorsqu'un individu estime que sa santé est altérée, il ne souhaite pas nécessairement que cela intervienne dans sa vie professionnelle. Mais s'il le

<sup>1</sup> BECKER H. S., *Les ficelles du métier, op. cit.* (chapitre 5 : « Logique », § « Tables de vérité, combinaisons et types »).

souhaite, et si une forme d'inaptitude est reconnue, on se trouve dans le cas de l'*inaptitude consensuelle*, que nous avons rencontrée chez Mme Mara, Mme Anam, Mme Brax, Mme Jodu et Mme Kléber (le « consensus » étant parfois long à construire, objectivement et subjectivement). En revanche, si la personne est désignée comme inapte alors qu'elle souhaitait se maintenir dans (ou accéder à) un emploi donné (ou à l'emploi en général), on peut parler d'*inaptitude forcée*. C'est cette situation que cherche à éviter M. Sernin, qui se trouve pour l'instant dans la configuration que j'ai nommée *aptitude consensuelle* car il y a accord entre le salarié et les instances médico-administratives pour ne pas intervenir sur le rapport à l'emploi. Enfin, lorsqu'un salarié se « sent inapte » mais ne bénéficie d'aucune prise en charge spécifique - ni revenu de substitution à l'emploi, ni statut protecteur pour la santé au travail -, il ne lui reste que les dispositifs communs (assurance chômage, RMI...) ainsi que ses ressources personnelles pour faire face à un risque de précarisation sociale qui est sans doute plus marqué ici que dans les autres configurations. Parmi les salariés rencontrés, M. Thimas correspond à cette configuration de l'*aptitude forcée* (ainsi que Mme Faya mais dans une moindre mesure puisqu'elle n'a pas fait de démarche visant à faire reconnaître ses problèmes de santé dans le champ professionnel).

Chaque type de situation dans l'ordre de la *désignation* (où se construit l'identité sociale de « malade » ou de « valide ») s'accompagne d'actions et de compromis dans l'ordre de la *négociation* : Mme Anam a « négocié » de devenir travailleuse handicapée mais en suivant une formation d'ASH et non de caissière, M. Sernin « s'arrange » avec son état de santé pour être considéré comme « apte » par ses employeurs, M. Thimas a l'intention d'obtenir un allègement de son temps de travail... Les processus de sélection-exclusion par la santé sont donc partiellement orientés par les salariés eux-mêmes.

L'exemple de **Mme Jeco** illustre une forme de fragilisation de la situation professionnelle par un état moral très dégradé accompagné d'une addiction alcoolique. Mme Jeco qui, on l'a vu, se dit « *fatiguée moralement et physiquement* », déclare en effet être parfois tentée de « *tout plaquer* » :

« *C'est des périodes de creux, dans ma tête, de cafard. (...) Y'a des moments j'en ai marre de tout, du travail, du couple, de moi de tout ça quoi... Des moments où j'ai envie de dormir* ».

Ce mal-être personnel l'amène à se mettre en danger professionnellement :

« Le patron, il me dit rien mais, tss, j'ai un doute qu'il le sait. J'ai un doute. (...) Là je l'ai eu au téléphone entre midi et deux, et je lui ai dit à... à mon chef quoi hein, je lui ai dit de toute façon demain matin faudra qu'on ait un entretien, toi et M. X [le directeur]. (...) **J'ai envie de leur parler. J'ai envie de m'enfoncer un peu plus quoi** (rire). J'ai envie de me faire, pfff, j'en ai marre. Y'a des moments... **Y'a des moments comme ça j'en ai marre, j'ai envie de me faire virer**, et puis le lendemain, non, hop, je repars. Je sais pas... ».

Au cours de ces périodes, Mme Jeco confesse qu'elle a parfois recours à des arrêts de travail :

« Depuis un an, mes arrêts de maladie, c'est pour mes opérations, c'est tout. Autrement c'est des absences pour des papiers, ou machin... (elle chuchote) ou alors **quand j'ai pas envie!** (rire) Ça m'arrive aussi. Et ça c'est... quand j'ai pas envie, c'est... – Oui, quand vous êtes pas bien quoi... – Oui. Depuis le matin. Ça m'arrive ».

Dans ce contexte, on ne peut évidemment pas savoir si Mme Jeco pourra conserver son emploi ou si l'accumulation des difficultés personnelles passées et présentes la feront à nouveau basculer dans une dynamique de marginalisation qui caractérise tout son parcours antérieur. Mais du point de vue de l'articulation santé-travail, on peut constater que comme les autres personnes citées dans cette variante, elle est « sur le fil », dans un équilibre précaire où les défaillances de santé menacent de porter préjudice à l'intégration professionnelle.

Un dernier cas d'interférence entre santé et vie professionnelle, qui ne relève d'aucune des variantes décrites jusqu'ici, reste à exposer. Il s'agit de **Mme Jost** : nous avons vu précédemment qu'elle a récemment été opérée d'un début de cancer du sein, et que cet événement a joué comme une prise de conscience de son avancée en âge. Dans ce contexte, elle a « sauté sur l'occasion » lorsqu'une préretraite à mi-temps lui a été proposée :

« J'éprouve la sensation d'avoir... de savoir ce que j'ai derrière moi, **devant je ne sais pas les années qu'il va me rester**. Et j'ai tellement envie de faire beaucoup de choses que **c'était l'occasion idéale pour pouvoir faire tout ce que j'ai envie de faire** ».

Il n'est pas question ici d'inaptitude ou d'incapacité perçue, néanmoins un événement de santé a bien contribué à réorienter la situation professionnelle, tant sur le plan objectif du temps de travail qu'au niveau subjectif de la place du travail dans l'existence, nettement moins prépondérante pour Mme Jost aujourd'hui. Dans son cas, une opportunité extérieure a coïncidé avec des aspirations personnelles.

On voit donc qu'au sein du pôle typique de la sélection-exclusion professionnelle, les expériences et les enjeux sont diversifiés. Les multiples formes d'incompatibilité

entre santé et intégration professionnelle prennent des sens très différents selon les contextes dans lesquels elles s'inscrivent, et leur sens a posteriori n'est pas nécessairement négatif.

Par ailleurs, les exemples analysés ici interrogent, à un niveau très général, la construction sociale de la place des travailleurs handicapés, malades ou « vieillissants » dans un monde du travail que l'on sait être de plus en plus sélectif.

J'aborde maintenant le deuxième niveau d'observation et d'analyse, celui où le « travail » est envisagé non plus comme support d'intégration socioprofessionnelle, mais comme *activité* concrète, située, contextualisée dans des cadres organisationnels donnés (temps, lieux, objets, relations intersubjectives). Sous cet angle, comment le double mouvement de façonnement de la santé par le travail et du travail par la santé se décline-t-il, positivement et négativement, dans les entretiens recueillis ?

### *c) La santé à l'épreuve du travail*

1 L'intégration professionnelle facteur de santé	2 L'intégration professionnelle pathogène	3 La santé facteur d'intégration professionnelle	4 La santé facteur de sélection- exclusion prof.
5 Le travail facteur de santé	6 Le travail pathogène	7 La santé outil de travail	8 La santé à l'encontre du travail

Quel que soit son contenu, le travail consiste toujours en une confrontation au réel dans laquelle l'individu engage ses ressources physiques, cognitives et émotionnelles. Cette « épreuve de soi » peut être favorable à la santé lorsque l'issue de cette confrontation est positive pour l'individu, c'est-à-dire lorsque le travail peut être mené à bien sans dommage pour l'intégrité corporelle et mentale, par un usage approprié et maîtrisé des capacités personnelles. Dans l'aboutissement complet de cette dynamique, les ressources de santé et les traits de la personnalité peuvent même être cultivés et développés avec bonheur dans l'accomplissement du travail. A l'opposé, le travail devient pathogène lorsque ses exigences dépassent les ressources disponibles – ou à l'inverse ne les sollicitent que trop peu –, lorsqu'il ne

peut être effectué qu'en y sacrifiant quelque chose de soi, de sa santé, de son bien-être, de son identité.

C'est cette ambivalence fondamentale que connote le terme « épreuve » : dans le travail, la santé et la personne sont « mises à l'épreuve », et peuvent en ressortir confirmées et renforcées, ou fragilisées et altérées.

### **Reconnaissance, construction identitaire et plaisirs de faire : la centralité du travail pour la santé mentale (case 5)**

« Le travail constitue un opérateur de santé dans la mesure où il offre au sujet l'occasion de rejouer, dans des contextes toujours partiellement renouvelés, la tension entre ses désirs, son histoire, son style propre et les normes collectives qui fondent les jugements quant à l'utilité, l'efficacité, la justice et les modalités de l'expression personnelle ».

Philippe Davezies<sup>1</sup>

Il n'est pas impossible que les activités de travail puissent contribuer à la santé du corps (par exemple en donnant l'occasion de pratiquer une forme d'« exercice physique » qui participe au bien-être général), mais c'est essentiellement dans le registre de la santé mentale que s'opérationnalise la construction de la santé par le travail.

Les développements de la psychodynamique du travail ont en effet mis en lumière la *centralité du travail* dans l'économie psychique des sujets, principe que C. Dejours formule de la façon suivante : « il n'y a pas de neutralité du travail vis-à-vis de la santé mentale. Ou bien le travail s'inscrit comme médiateur dans la construction de l'identité et de la santé, ou bien il contribue à désorganiser l'identité voire à la détruire et il devient alors un facteur pathogène de grande puissance<sup>2</sup> ». Santé et identité sont ici étroitement liées, la seconde étant « l'armature de la santé mentale ». Dès lors, « on comprend que le travail puisse occuper une place centrale dans la construction et le maintien de l'équilibre psychique et somatique<sup>3</sup> ».

---

<sup>1</sup>In « Évolutions des organisations du travail et atteintes à la santé », *op. cit.*, p. 101.

<sup>2</sup> DEJOURS C. (dir.), *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Rapport de la commission « Violence, travail, emploi, santé », mars 2005, p. 14.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 11. J'ajoute que cette centralité du travail n'est pas donnée par essence : elle est le résultat de la construction historique du travail comme matrice sociétale et comme sphère d'activité centrale dans les existences individuelles.

En quoi le travail est-il structurant pour l'identité et la santé mentale ? Tout d'abord parce qu'il constitue une épreuve pour la subjectivité. Il faut ici rappeler que le travail n'est pas seulement l'ensemble des actes matériels et langagiers nécessaires à la réalisation des tâches, mais qu'il est aussi le « travail réel » (ou « activité ») tel que le définissent l'ergonomie et la psychodynamique du travail, c'est-à-dire la mobilisation de la subjectivité des travailleurs pour « faire face à ce qui, dans une tâche utilitaire, ne peut être obtenu par la stricte exécution de l'organisation prescrite<sup>1</sup> ». Or, « ajuster l'organisation prescrite du travail exige la mise en jeu de l'initiative, de l'inventivité, de la créativité et de formes d'intelligence spécifiques proches de ce que le sens commun met sous le terme d'ingéniosité<sup>2</sup> ». Du point de vue de la subjectivité, le travail est donc d'abord une occasion d'éprouver un « plaisir de fonctionner », d'exercer ses facultés mentales et ses savoir-faire techniques, d'exprimer sa personnalité et son identité. Mais cette valorisation de soi n'aurait guère de portée si elle n'était pas également fondée dans le jeu de la reconnaissance intersubjective. Les jugements de beauté et d'utilité<sup>3</sup> sont en effet des supports essentiels de la construction identitaire et de l'estime de soi : les appréciations positives des collègues et des supérieurs viennent confirmer que le travail est bien fait, qu'il répond aux attentes, que l'on est utile, et que les efforts consentis ont porté leurs fruits. Cette reconnaissance du travail peut ensuite être transformée en une reconnaissance de *soi*, qui participe de façon centrale à l'équilibre psychique et au bien-être moral. C'est ainsi que l'expérience ordinaire du travail joue un rôle crucial dans l'intimité des processus intra-subjectifs. Il faut souligner que si cette dynamique prend naissance dans la sphère psychique individuelle, elle ne s'accomplit pleinement qu'à travers la mobilisation des relations intersubjectives et des rapports sociaux dans le travail : « le rapport subjectif à la résistance du réel est un rapport solipsiste ; le rapatriement de la reconnaissance du faire dans le registre de l'être est aussi du ressort strict du sujet singulier. Mais la reconnaissance, quant à elle, dépend fondamentalement de la qualité des relations de travail, c'est-à-dire de la façon dont les principes de justice sont respectés non seulement par le management mais à l'intérieur du collectif ou de l'équipe de travail. (...) Ainsi toutes les organisations du travail et toutes les

---

<sup>1</sup> DEJOURS C., *Le facteur humain, op. cit.*, p. 43.

<sup>2</sup> DEJOURS C., *Travail, usure mentale, op. cit.*, p. 217.

<sup>3</sup> Cf. : Chapitre III.



modalités de management ne sont-elles pas équivalentes au regard de la promesse que constitue l'expérience du travail pour la santé mentale<sup>1</sup> ».

Tout aussi dépendantes des modes d'organisation du travail, mais moins directement liées à l'identité et relevant plutôt des appréciations portées sur les activités concrètes, les satisfactions d'*homo faber* participent également à la construction de la santé psychique : lorsque le travail est source de « plaisirs de faire », lorsqu'on aime ce que l'on fait et que l'on fait ce que l'on aime, l'activité professionnelle contribue quotidiennement au bien-être et au bonheur existentiel. Comme nous l'avons vu dans le chapitre VI, les critères de la satisfaction dans le travail varient selon les individus. Le « vécu qualitatif de la tâche », c'est-à-dire la valeur symbolique qui y est associée, dépend des préférences et des aspirations personnelles : « le sens affectif d'une tâche, le sens subjectif d'une situation de travail ne sont pas contenus a priori dans la tâche ou la situation<sup>2</sup> ».

Dans cette description de ce qui, dans le travail, façonne la santé mentale et morale, on retrouve finalement les différentes composantes du rapport au travail précédemment analysées :

- l'importance du travail dans la construction de la subjectivité et de l'identité est d'autant plus grande que le travail est conçu sur un mode identitaire, et dans ce cas l'adéquation subjective entre travail réel et travail souhaité est un support essentiel pour l'équilibre psychique et la réalisation de soi. Néanmoins, les enjeux de la valorisation de soi dans la confrontation au réel et ceux de la reconnaissance intersubjective restent pertinents même lorsque le rapport au travail est essentiellement instrumental ;

- quelle que soit la position de l'individu sur l'axe de l'investissement identitaire dans le travail, la dimension de la satisfaction au travail agit sur la santé morale en construisant le rapport au travail comme une expérience proche du *travail-plaisir* ou du *travail-corréé*.

Dès lors, on peut considérer que pour toutes les personnes qui font l'expérience d'un rapport positif au travail (qu'il s'apparente au bonheur, au contentement ou à la satisfaction), l'articulation santé-travail se rapproche du pôle typique dans lequel le travail est un facteur de santé. Mais cela ne signifie pas que cette dynamique est totalement absente dans les autres cas : l'expérience du travail, on l'a vu, est

---

<sup>1</sup> DEJOURS C. (dir.), *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, op. cit., p. 13.

<sup>2</sup> DEJOURS C., *Travail, usure mentale*, op. cit., p. 76.

fondamentalement ambivalente et hétérogène, et sauf pour une minorité de salariés qui se situent dans des configurations extrêmes<sup>1</sup>, le rapport au travail est toujours à la fois positif sur certains aspects et négatif sur d'autres, et le jugement global que l'analyse de contenu a permis de dégager est le résultat d'une élaboration complexe qui, au moment précis de l'entretien, « penche » d'un côté ou de l'autre. Par conséquent, même lorsque le rapport au travail est dominé par l'insatisfaction ou la souffrance, certaines de ses caractéristiques peuvent tout de même contribuer à une construction positive de la santé (de même que, comme on va le voir, des dynamiques ou des épisodes ponctuels relevant du « travail pathogène » peuvent se déployer au sein de rapports heureux au travail).

Les logiques émiques de construction du rapport au travail et les différents critères de jugement ayant été analysés de façon approfondie dans le chapitre VI, je ne reprendrai pas ici le détail de cet exposé. Je me limiterai à rappeler les principales caractéristiques des expériences du travail qui, en vertu des principes énoncés ci-dessus, favorisent le développement d'une « bonne santé » psychique. Ces aspects peuvent être saisis dans les entretiens à travers des verbalisations mettant en avant :

- les « *plaisirs de faire* » éprouvés dans les activités de travail : Mme Alpe « *adore cuisiner* » ; Mme Mermoz prend plaisir à « *connecter plein de gens entre eux* » ; M. Thimas aime conduire (« *je suis né avec un volant dans les mains* ») ; M. Terray se plaît à résoudre des problèmes techniques ; et Mme Kléber dit avoir toujours été motivée pour « *faire bien son travail* » ;

- la « *bonne ambiance* » sur les lieux de travail et les relations amicales avec les collègues : ce bonheur d'*homo sociologicus* est décrit par Mme Beban (« *je connais tout le monde là-bas* ») ; Mme Brax (« *avec les collègues de boulot, on est... comme ça, les doigts de la main* ») ; Mlle Arène (« *y'a une bonne ambiance, (...) les gars ils sont sympas (...), on essaie de détendre l'atmosphère, toujours les boutades ou quoi...* ») ; Mme Pinson ; M. Bois ou Mme Chafi ;

- la *reconnaissance* du travail effectué : elle est signalée par Mlle Loci (« *mon père m'a dit dernièrement : quand je t'ai embauchée, je savais pas ce que tu donnerais, (...) mais je suis très content de toi parce que tu progresses, parce que tu es curieuse, parce que tu évolues très bien, mieux que ce que je pensais* ») ; Mme Jodu (« *chaque fois que je vais à la résidence [où je travaillais avant], les anciens me disent : ah, madame Jodu, si vous saviez comme on vous regrette !*

---

<sup>1</sup> Un rapport au travail entièrement positif est observé chez Mme Beban, Mme Delache, Mme Mermoz, Mme Pinson et Mme Chafi ; à l'opposé, on peut considérer que Mme Artur (dans son dernier emploi), Mme Faya, Mlle Portet et M. Arène font l'expérience d'un rapport au travail entièrement négatif.

*Parce que tous ceux qu'ils mettent en remplacement, eh bé ça va pas. Même moi quand j'y vais je vois que c'est sale. C'est pas comme quand j'y étais »*); Mme Mara (pour elle la reconnaissance s'est objectivée par une progression régulière dans la hiérarchie de l'entreprise) ou Mme Enzo ;

- la *réalisation de soi* dans le travail : cet aspect est particulièrement illustré par les cas de vocation réalisée (M. Sernin, Mme Jost, Mme Pinson) ou d'étroite adéquation entre l'identité pour soi et l'identité dans le travail (Mme Mermoz) ;

- le *sentiment d'être utile* : cette gratification extrêmement importante concerne surtout les personnes dont le travail consiste à aider autrui d'une façon ou d'une autre. Mme Blondel insiste sur ses « réussites » dans le reclassement de personnes dont la situation professionnelle était difficile ; Mme Jost mentionne les témoignages de gratitude des salariés qu'elle a pu aider dans leurs démarches ou simplement écouter ; Mme Anam raconte comment, par sa présence à leurs côtés, elle apporte un peu de réconfort aux vieilles personnes ; et Mme Lavaur explique comment, grâce à ses savoir-faire professionnels, elle parvient à soulager la souffrance des patients internés en psychiatrie.

Pour chacun de ces aspects (qui, je le rappelle, ne résumant pas entièrement les situations de travail dans leur complexité), les conditions et l'organisation du travail permettent à la mobilisation subjective des salariés de trouver une issue positive allant dans le sens de la préservation ou de l'épanouissement de l'équilibre mental et des ressources psychiques.

Comment la dynamique inverse, celle du « travail pathogène », est-elle exprimée par les salariés ? Comment l'interprètent-ils, et comment y font-ils face ?

### **Le travail pathogène : « prendre sur soi » (case 6)**

Les processus par lesquels le travail peut fragiliser ou dégrader la santé physique, mentale ou morale sont extrêmement divers, souvent pluridimensionnels et indirects, et leur visibilité (pour le salarié comme pour un observateur extérieur, y compris un médecin) peut être limitée et/ou différée. Ces dynamiques complexes de façonnement de la santé par le travail sont abordées ici d'un point de vue précis : celui des 30 personnes rencontrées en entretien. Cela signifie que la catégorie du « travail pathogène » telle qu'elle est entendue ici ne relève pas d'une définition biomédicale ou épidémiologique, mais se fonde sur les jugements et les interprétations des salariés eux-mêmes quant au rôle joué par les activités de travail

dans leur état psycho-corporel, leur bien-être et leur épanouissement personnel. Il s'agit donc de « reconstruire leurs interprétations "profanes" des liens santé-travail », ce qui suppose de « déterminer quelles sont, de leur propre point de vue, les activités pertinentes vis-à-vis de leur santé, et non en vertu de théories médicales extérieures plaquées a priori<sup>1</sup> ». Cela implique également d'interroger les logiques mêmes de cette désignation du travail comme « pathogène », et nous verrons que sur ce point, les dimensions pertinentes pour les salariés sont souvent plus symboliques que matérielles (biologiques).

Une remarque préliminaire peut être faite concernant le degré de facilité ou de résistance avec lequel les salariés mettent en cause le travail comme origine d'altérations de leur santé. D. Duclos a souligné ce qui lui apparaît comme une difficulté de fond à cet égard : « l'un des principaux problèmes de l'enquête par entretiens sur la santé au travail, c'est que les interviewés ont généralement tendance à ne réorganiser leur expression autour de la notion de *santé* que sous l'influence de l'enquêteur. Spontanément, il semble bien que la réaction la plus fréquente à l'invitation à parler de problèmes de santé soit de les rapporter au mode de vie hors travail et à la longue durée de vie, pensée hors profession. Un mécanisme profond de défense est probablement à l'œuvre ici, qui rend impossible l'aveu fait à soi-même d'une possible "destruction" ou dégradation par le travail<sup>2</sup> ». Qu'en est-il de cette résistance dans les 30 entretiens analysés ici ? Dans l'ensemble, elle m'est apparue moins importante que ce qu'indique D. Duclos. Certes, des logiques de minimisation ou de mise à distance des effets pathogènes du travail ont été observées – ce qui signifie déjà que ces effets sont bel et bien perçus –, et je tenterai de les expliquer. Mais la plupart du temps, les liens entre santé et travail sont volontiers abordés par les personnes, y compris lorsqu'ils s'expriment sur un mode délétère. Deux explications me semblent pouvoir être suggérées ici :

– la première relève d'une mise en perspective historique : on peut penser en effet que depuis l'analyse formulée par D. Duclos (qui est relativement ancienne : 1984), la sensibilité publique aux questions de santé et aux problématiques du risque s'est accrue, et a familiarisé davantage de travailleurs à l'éventualité d'effets pathogènes de leurs activités de travail. Il en va de même pour la plus grande visibilité sociale de la thématique de la « souffrance au travail », qui a probablement

---

<sup>1</sup> DODIER N., « La construction pratique des conditions de travail », *op. cit.*, p. 9.

<sup>2</sup> DUCLOS D., *La santé et le travail*, *op. cit.*, p. 114.

libéré en partie la parole des salariés sur ce point. Dans cette hypothèse, il serait à la fois plus « naturel » et plus légitime aujourd'hui de décrire – voire de dénoncer – certaines atteintes à la santé dont le travail est tenu pour responsable ;

- la seconde piste explicative a trait à la méthodologie spécifique de l'entretien compréhensif mise en œuvre ici (et décrite précédemment). En l'occurrence, elle consiste à faire de l'entretien un échange interactif et non un simple recueil de propos « spontanés » où toute intervention du chercheur serait une perturbation fatale à la réussite de l'entretien. Ainsi, et précisément pour dépasser le niveau des représentations et des opinions de surface, souvent empreintes de normativité, pour atteindre un niveau d'interprétation émique plus profond (qui n'en est pas « plus vrai » pour autant), je n'ai pas hésité, lorsque je l'ai jugé utile, à m'affranchir de la réserve toute formelle que devrait observer l'enquêteur dans une conception standardisée de l'entretien, et à demander ouvertement aux salariés s'ils estimaient que leur travail affecte leur santé, ou si un trouble déjà mentionné pouvait être rapporté à leur activité professionnelle<sup>1</sup>. Cette façon de procéder, qu'il faut bien sûr manier avec nuance pour ne pas tomber dans l'excès inverse d'une directivité qui relèverait de l'« imposition de problématique », me semble avoir eu une portée heuristique certaine. En d'autres termes, et sans vouloir jouer de naïveté, on pourrait dire que pour explorer la perception émique des liens entre santé et travail, il faut peut-être, pour commencer, poser directement la question aux acteurs concernés.

Cette remarque étant faite, je propose d'analyser les discours recueillis en abordant successivement *trois types d'atteintes à la santé* pour lesquelles le travail est mis en cause par les salariés (ces trois catégories pouvant bien sûr coexister chez une même personne). Je m'intéresserai d'abord à celles qui se traduisent directement dans le registre corporel, dont on peut distinguer trois modalités : l'accident de santé ponctuel et « réparable », l'atteinte qui laisse des séquelles, et l'usure sédimentée au cours de périodes plus longues (voire dans l'ensemble de la vie de travail). Dans un deuxième temps, je décrirai les atteintes à l'identité et à la dignité, qui relèvent en premier lieu de la santé psychique. Enfin, je m'arrêterai sur la

---

<sup>1</sup> J'ajoute que toutes les personnes qui avaient auparavant répondu au questionnaire avaient été à cette occasion directement interrogées sur ces liens de causalité. De plus, le thème de l'entretien (« travail et santé ») a suscité chez certaines personnes (M. Terray, Mme Delache, Mme Lavour...) une réflexion préliminaire qui a probablement alimenté leurs propos lors de l'entrevue.

catégorie hétérogène et ambivalente du « stress », qui concerne à la fois la santé du corps et celle de l'esprit.

### ***Usure et atteintes physiques : les violences faites au corps***

Par les postures, les gestes, les déplacements, les rythmes qu'il impose au corps, le travail occasionne des atteintes physiques qui se traduisent dans l'ordre de la morbidité. Deux régimes de temporalité peuvent être distingués dans cette dynamique : d'une part, la temporalité du facteur pathogène lui-même, qui peut être très restreinte et circonstancielle ou plus étendue et plus durable ; d'autre part, la temporalité de l'atteinte, qui elle aussi peut être ponctuelle et réversible, ou se manifester durablement sous la forme des « séquelles » ou celle de l'usure généralisée. Il y a bien sûr un lien de fond entre ces différents régimes de temporalité, dans la mesure par exemple où la catégorie de « l'usure » peut être considérée comme une exposition répétée à des atteintes ponctuelles ; et où inversement, des atteintes ponctuelles récurrentes finissent par dessiner la figure de l'usure au long cours. Ces distinctions analytiques ne sont formulées que pour éclairer l'essentiel de l'objet, c'est-à-dire la façon dont les altérations de la santé par le travail sont perçues et désignées par les salariés.

Un premier type d'atteinte, localisée précisément dans le temps et réversible au sens où le trouble disparaît dès que cesse l'exposition qui en est la cause, est mentionné par Mlle Arène et Mlle Portet. Dans les deux cas, il s'agit de dorsalgies induites par les activités de travail mais aussi, comme on va le voir, par ce qu'elles considèrent comme une faiblesse personnelle. Pour **Mlle Arène**, la séquence « activité pathogène + atteinte corporelle » se situe lors de son travail dans une friperie :

*« J'allais bosser chez un fripier, fallait sortir une tonne de fringues le matin et remballer une tonne de fringues le soir, là j'ai eu super mal au dos. (...) Puis quand j'ai arrêté le boulot, c'est passé ».*

Mais dans son travail actuel, ce type de trouble réapparaît :

*« Le boulot que je fais là par exemple faut porter tout le temps des paquets alors le soir, j'ai mal au dos, je sens que j'ai pas trop de muscles, mais bon je le fais quand même et... Là j'ai mal au dos mais bon ça va ».*

Deux remarques peuvent être faites à partir de cet extrait d'entretien : d'une part, et c'est un constat qui vaut pour un grand nombre de cas, la douleur est ressentie « le

soir », après la journée de travail, pendant le temps non professionnel. D'autre part, on voit que Mlle Arène fait appel à une caractéristique personnelle pour expliquer le mal de dos : le manque de « muscles ». On retrouve ce type d'interprétation chez

**Mlle Portet :**

*« Quand je travaillais dans la vente, en étant toute la journée debout, en étant active tout le temps, en ayant très peu de moments pour s'arrêter et pour s'asseoir, en fin de soirée j'avais des douleurs épouvantables au niveau du bas du dos, au niveau des reins. Bon ça je pense que c'est parce j'ai le dos qui n'est pas assez musclé à mon avis, et c'est vrai que ça m'arrivait souvent, même fréquemment, généralement quand on avait du monde, des douleurs terribles à ne plus pouvoir rester debout, à devoir s'asseoir obligatoirement, à me tenir... A mon avis je... Ça doit être en rapport avec les muscles, je dois pas avoir les muscles assez musclés au niveau du dos, et ça doit être ça, le fait de rester tout le temps debout qui me fait ça ».*

On voit bien ici que dans une même séquence narrative, le mal de dos est situé dans un contexte d'intensité du travail (rester toujours debout, ne pas pouvoir s'arrêter, avoir du monde...), mais il est *expliqué* avant tout par une déficience personnelle (on peut rappeler ici que cette mise en cause de soi-même dans une logique d'auto-culpabilisation est récurrente chez Mlle Portet). Le lien avec le travail est formulé, mais c'est comme s'il ne constituait pas une explication suffisante et qu'il fallait simultanément recourir à un autre registre causal. Peut-être a-t-on affaire ici à la logique de déni signalée par D. Duclos, ou bien s'agit-il d'une manifestation de la prégnance de la norme biomédicale néo-hygiéniste qui insiste sur la responsabilité individuelle dans la gestion du capital sanitaire.

Dans ces deux exemples, les douleurs ne sont ressenties que pendant la période d'emploi où des activités de travail physique ont été effectuées, et ne laissent pas de traces ultérieures. Le même type d'atteinte épisodique à la santé est mentionné, comme on l'a vu dans le chapitre IV (§4c), par **Mme Pinson**. Il s'agissait d'une pneumopathie contractée lors d'un séjour à la montagne, en accompagnement d'un groupe d'enfants. Ses collègues étant « hyper débordés », ils ne l'ont amenée à l'hôpital que tardivement. Ici, c'est un ensemble de circonstances à la fois professionnelles et personnelles (Mme Pinson était « partie avec un rhume ») qui a été à l'origine de l'épisode morbide. Si un lien est établi avec le travail (Mme Pinson a en effet répondu lors du questionnaire que cette maladie était liée à son activité professionnelle), il est indirect et largement contingent.

Le lien de causalité est nettement plus affirmé dans le cas de **Mme Enzo**, qui évoque d'emblée son activité professionnelle lorsque je l'interroge sur sa santé :

*« Et au niveau de la santé en général, pour vous... Comment ça se passe ? – Ben... Je vais rarement chez les docteurs, je suis pas souvent malade, mais quand je suis malade, je*

*suis malade, en général. Donc... C'est vrai que j'ai un rythme de travail assez soutenu, même si je travaille que les après-midis... ».*

Elle poursuit avec le récit d'un épisode morbide (une pneumopathie ici aussi) dont la survenue est liée à la fatigue accumulée au travail, mais aussi dans la vie hors travail :

*« Je me souviens l'an dernier, c'était au mois de juin, j'ai eu... J'avais beaucoup beaucoup maigri, y'avait eu des grosses chaleurs, et j'avais chopé une pneumopathie... bactérienne hein, parce que j'étais faible et fatiguée, et puis bon ben c'est vrai que hormis le travail j'ai quand même un rythme... Le matin c'est ménage, enfin entretien de la maison ou de l'appartement, (...) m'occuper d'Enzo, l'amener chez la nounou, partir au travail, ça me fait quand même des trajets... Revenir le soir, faire à manger le soir... Et puis David lui il bosse toute la journée donc je me tape un peu tout ce qui est entretien d'une maison quoi, donc, ben oui, c'est fatiguant quoi donc, j'ai tendance à être fatiguée ».*

C'est donc ici la fatigue liée aux occupations professionnelles et domestiques qui, en affaiblissant l'organisme rendu ainsi plus vulnérable, opère la médiation entre le travail et les altérations de la santé. On peut ici généraliser à l'ensemble des composantes de la santé la remarque formulée par J. Broda à propos des liens entre travail et santé mentale : « les rapports travail-santé ne peuvent être abordés que d'un point de vue pluriel qui prenne en compte l'ensemble des dimensions de la charge de travail et des charges hors travail<sup>1</sup> ».

Dans le cas de Mme Enzo (et aussi chez M. Thimas ou Mme Faya), on remarque que les périodes de non-travail (vacances, période de chômage entre deux emplois...) sont mises à profit pour reconstituer les ressources de santé :

*« Puis bon, j'ai un peu freiné, après j'ai eu une semaine de vacances où je me suis bien reposée, où David a bien pris le relais au niveau de toutes les tâches du quotidien, et donc je me suis requinquée ».*

Quelques personnes mentionnent des atteintes à la santé ponctuellement induites non par les activités de travail elles-mêmes, mais par certains aspects de l'environnement de travail : **Mme Pinson** signale ainsi que lorsqu'elle travaillait comme standardiste, « on travaillait souvent avec la clim' l'été, moi je faisais des angines carabinées, parce que je supportais pas le décalage ».

L'histoire de **Mme Mara** met en scène un type d'atteinte qui se matérialise à un moment précis, mais dont les conséquences s'inscrivent dans une temporalité beaucoup plus longue. Le récit qu'elle fait de son accident de travail mérite d'être examiné en détail, car il condense un ensemble de jugements et d'interprétations

---

<sup>1</sup> BRODA J., « Le syndrome des "3 P" : pression horaire, pression hiérarchique, pas de perspective professionnelle », *op. cit.*, p. 25.



extrêmement significatifs des transformations de son rapport au travail et à l'entreprise intervenues par la suite :

*« L'accident s'est fait en 96, en octobre, le 14 octobre 96, bêtement. Bon il faut dire que... ça devait être un point sensible, j'en sais rien, mais deux fois j'ai marché sur... un dénivelé qu'il y avait au service financier, le samedi le pied a lâché, et le lundi rebelote. Bon. Et c'est vrai que bon, la cheville s'est mis à gonfler gonfler gonfler, c'est là que je suis allée voir le chirurgien, et lui, bon, il a fait une radio, et il a jugé que c'était... une entorse, et puis... malheureusement, ben c'était autre chose. Donc... Bon c'était peut-être un point faible, c'est vrai qu'avec les horaires qu'on faisait, c'était peut-être... Quand on arrive trop, trop, trop, il arrive un moment où, je pense, on doit avoir des points sensibles, c'est ce que m'ont expliqué après les docteurs, en me disant bon ben, à ce moment-là vous étiez fatiguée, bon, vous avez buté contre... Bon. J'y suis passée des fois et des fois sans rien avoir, et là, c'est arrivé. Voilà ! ».*

Le point particulièrement intéressant dans cet extrait est l'oscillation perceptible de Mme Mara entre une explication par une fragilité personnelle (« point sensible », « point faible ») et une autre interprétation qui met en cause l'intensité et l'organisation du travail (« les horaires qu'on faisait », « quand on arrive trop trop trop... »). De la même façon, elle associe les deux registres pour expliquer qu'elle n'ait pas pu « tenir » lorsqu'elle a repris son activité après l'accident : « c'est la cheville, mais c'est lié aussi au fait que j'avais un poste debout ». Compte tenu de ce que nous savons de son parcours professionnel au sein de l'entreprise et de la dégradation récente de sa situation d'emploi, il me semble que l'on peut comprendre cette ambivalence interprétative comme l'indice de son propre embarras à l'égard de C., qui tout à la fois lui a « apporté beaucoup » et l'a finalement trahie.

Chez Mme Anam, on peut observer que la désignation d'un effet pathogène du travail (en l'occurrence, le mal de dos) va de pair avec une insatisfaction dans le rapport au travail. On a vu précédemment, sous l'angle de la santé comme facteur de sélection-exclusion professionnelle, qu'une dorsalgie aiguë lui a permis de quitter une situation de travail pénible et peu valorisante. Mais quels liens établit-elle entre ses activités de travail et son mal de dos ? L'analyse longitudinale de son entretien permet de constater que Mme Anam met en avant le mal de dos précisément lorsque la situation professionnelle est vécue comme disqualifiante. La première occurrence de cette pathologie dans son récit arrive lorsqu'elle parle de son emploi à domicile auprès d'une personne âgée. Dans un même mouvement, Mme Anam fait alors état à la fois de l'exploitation dont elle était victime et de l'irruption du mal de dos :

*« Et j'ai vu que j'étais exploitée parce que je n'avais pas un jour de repos, quand je voulais sortir c'était la galère, il fallait demander 15 jours à l'avance, les nuits c'était impossible de m'échapper, fallait que je reste là-bas, et puis le mal au dos... ».*

Lorsque la personne âgée a dû être hospitalisée<sup>1</sup>, Mme Anam est revenue à Toulouse et, dit-elle dans un premier temps, « le mal au dos a arrêté ». Cela n'est cependant pas tout à fait vrai, comme elle le précise par la suite : « bon, si vous voulez, j'avais le dos, j'avais mal, mais je me disais que c'est par rapport à mon poids, disons que j'avais pas l'idée que j'avais eu quelque chose au dos, et je faisais toujours des ménages ». Ensuite, c'est seulement lors de son emploi de plongeuse qu'un lien est fait à nouveau entre les douleurs dorsales et les activités de travail. A partir du récit de l'accident lui-même, Mme Anam indique que le mal de dos a *commencé* à cette époque, alors même qu'elle en avait fait mention auparavant :

*« Et là un jour en levant une marmite, je suis tombée et mon mal au dos s'est empiré. (...) Disons que ça a commencé quand j'étais un jour à la clinique P., bon je travaillais, j'ai eu mal, mais sur le moment – une fois que j'ai travaillé et tout, j'ai dit bon, j'ai eu mal, mais ça va passer, mais le lendemain quand j'ai voulu me lever pour aller travailler, je n'ai pas pu, je suis restée bloquée, j'ai pas pu bouger du lit ».*

Finalement, le mal de dos est présent tout au long du parcours de Mme Anam, mais il n'est explicitement signalé et considéré comme un problème que lorsqu'il s'associe avec des formes d'exploitation et d'insatisfaction dans le travail. Il n'est donc pas abusif d'affirmer que pour Mme Anam, « avoir mal au dos » est une façon de dire qu'elle en a « plein le dos » : l'atteinte physique vient ici objectiver une expérience du travail disqualifiante. Les verbalisations au sujet des effets du travail sur la santé traduisent donc en même temps une position dans les rapports de domination au travail.

Cette interprétation peut probablement être généralisée. Je citerai pour l'instant un autre exemple : lors du questionnaire, **Mme Artur** a répondu que son travail avait des « effets négatifs » sur sa santé. Je rappelle qu'il s'agissait d'un emploi de personnel de service dans une maison de retraite, emploi qu'elle avait quitté au moment de l'entretien car elle avait été profondément déçue par l'impossibilité de s'occuper des personnes âgées de façon correcte à ses yeux, et choquée par la recherche de rentabilité des dirigeants de la structure. Dans le questionnaire, elle mentionne des « *maladies contagieuses* » au titre d'effets négatifs de ce travail sur sa santé, mais l'entretien permet de constater qu'elle n'en a contracté aucune. Dès lors, comment comprendre sa réponse ? Je fais ici l'hypothèse qu'elle exprime avant tout sa déception sur le plan professionnel et son jugement très négatif sur cet emploi.

---

<sup>1</sup> « Ils ont voulu me garder en tant que femme de ménage, je n'ai pas voulu, voilà, je n'ai pas voulu. Je n'ai pas voulu m'occuper d'elle, de son mari et de ses enfants et de sa maison, j'ai dit : ça, pas question, parce que j'ai vu comment elle m'a exploitée au temps que sa maman était avec moi ».

De façon plus générale, l'enquête quantitative montre que la perception d' « effets négatifs » du travail sur la santé est très nettement associée non seulement à des conditions de travail dégradées, mais aussi à une absence de satisfaction dans et par le travail (notamment sur le plan de la reconnaissance du travail et de la satisfaction de la vie personnelle). Face à ce résultat, on pourrait s'en tenir à l'interprétation selon laquelle les emplois les moins reconnus et les moins valorisants étant aussi bien souvent les plus pénibles, atteintes à la santé et insatisfaction au travail sont « naturellement » associées. Mais alors comment expliquer les cas où, bien que le travail comporte des pénibilités explicitement reconnues, les personnes ne désignent pas d'effets pathogènes, ou les minimisent (M. Sernin, Mme Alpe, Mme Anam dans son emploi actuel) ? Je suggère que la désignation du travail comme pathogène est à comprendre comme un jugement relevant au moins autant du rapport au travail et à l'emploi que de la santé perçue. Autrement dit, lorsque la situation professionnelle n'est pas satisfaisante, les salariés sont d'autant plus enclins à désigner des effets négatifs de leur travail sur leur santé (même sous la forme potentielle des « risques »)<sup>1</sup>.

L'exemple de **Mme Anam** (cette fois-ci dans son emploi actuel) permet par ailleurs de remarquer, en écho aux observations de S. Volkoff et M. Gollac<sup>2</sup>, qu'une organisation du travail marquée par une forte pression temporelle ne permet pas de se préserver dans l'accomplissement des tâches, et expose de ce fait à des atteintes à la santé. Ainsi Mme Anam est amenée à solliciter son dos, au risque d'aggraver son état. Dans un premier temps elle met en avant sa volonté d'aider ses collègues :

*« Je travaille comme ASH, c'est-à-dire que je touche pas les... – je suis menteuse ! De temps en temps, je touche les malades, parce que bon, c'est vrai que quand on travaille à deux, comme il y a l'aide-soignante et moi, on peut pas laisser la personne elle toute seule lever un poids mort, alors de temps, je fais le ménage, et puis après, l'aide-soignante met les malades au lit, ceux qui sont très lourds, alors je lui dis de m'attendre, c'est tout à fait normal, enfin pour moi c'est pas... ».*

Mais on s'aperçoit ensuite que ce type d'effort n'est pas exceptionnel pour elle. Finalement, les gestes les plus pathogènes du travail de Mme Anam sont ceux qui

---

<sup>1</sup> De la même façon, les dimensions subjectives du rapport au travail interviennent dans le sentiment d'être capable d'occuper son emploi jusqu'à la retraite, cf. : MOLINIÉ A.-F., VOLKOFF S., « Départs en retraite : les deux facettes de la "pénibilité" du travail », *Le Quatre Pages du CEE*, n° 60, 2003.

<sup>2</sup> GOLLAC M., VOLKOFF S., « *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail », *op. cit.*, cf. : Chapitre III.

ne relèvent pas de ses fonctions d'ASH, mais qu'elle est amenée à faire notamment lorsqu'elle se trouve seule face à l'urgence :

*« Le travail lui-même n'est pas fatigant, le travail... C'est vrai que le travail de femme de ménage, c'est pas fatigant, mais ce qui est fatigant, c'est quand vous devez lever – quand il vous arrive qu'une personne âgée tombe, et que vous êtes toute seule, vous allez pas attendre, vous allez pas crier au secours, et la personne âgée, qu'est-ce que vous faites : vous la levez, et puis voilà ».*

Les douleurs dorsales sont donc occultées pendant le temps de travail :

*« Quand vous êtes au travail, vous pensez pas à votre dos, vous avez votre rythme et puis vous faites et puis c'est tout »,*

mais réapparaissent dans le hors-travail de façon particulièrement pénible :

*« C'est vrai que le soir quand je rentre, c'est... Comme aujourd'hui, j'ai tellement forcé pendant la semaine, aujourd'hui j'étais complètement cassée pour faire n'importe quoi ».*

Mme Anam ajoute qu'elle aimerait connaître les techniques corporelles permettant de moins solliciter son dos :

*« Je voulais aller... Il y avait une école du mal au dos, à l'hôpital Purpan, je devais y aller, et puis bon ben, c'est bête, j'ai laissé tomber, c'est dommage, parce que j'aurais pu apprendre comment on se baissait pour moins se faire mal... – Et ça vous le savez pas, personne vous a dit... ? – Non, personne m'a appris, j'aimerais bien apprendre, pour pas avoir mal, pour avoir des gestes... ».*

On peut faire ici le rapprochement avec Mme Alpe, qui a pour sa part suivi une formation aux gestes et postures dans le travail. Il est intéressant d'ailleurs de remarquer une petite incohérence qui apparaît dans ses propos. Lorsque je lui demande s'il lui arrive d'avoir mal au dos, elle répond affirmativement et mentionne dans un premier temps deux origines non professionnelles :

*« Mal au dos euh... A la conséquence de... puisqu'elle était pas encore au point la péridurale, quand je l'ai eu à lui [son fils]. De temps en temps j'ai mon dos qui se bloque. Mais bon ça c'est... quand y'a les changements de temps ».*

Conséquences de péridurale et changements de temps : voilà donc a priori les causes des douleurs dorsales. Mais Mme Alpe ajoute ensuite :

*« Et puis bon je fais attention, y'a des gestes, des postures, dans notre formation on a été formées pour savoir... – Et vous le respectez ça ? – Bien sûr puisque j'ai pratiquement plus mal à mon dos. J'ai des conséq- des séquelles par moments aux changements de temps, mais j'ai plus mal au dos comme avant. Parce qu'on sait qu'il faut fléchir les... Les formations, ça nous aide. Parce qu'on a eu des formations gestes et postures, comment prendre une personne âgée qui tombe, comment la déplacer dans le lit, comment... Quand vous l'avez acquis après c'est fini, vous le faites machinalement ».*

On voit le paradoxe : Mme Alpe n'attribue pas son mal de dos à ses activités de travail, mais en s'y prenant différemment dans ces mêmes activités, les douleurs sont largement atténuées. L'étiologie par le travail est à la fois désignée et occultée.

Si l'histoire croisée de santé et de travail de Mme Anam ou de Mme Mara font apparaître la dynamique du travail pathogène à la fois dans sa forme événementielle (l'accident soudain) et dans le motif de l'usure accumulée, le parcours de **Mme Jodu** relève entièrement ce deuxième type de processus. Chez elle, c'est la vie de travail tout entière qui est rétrospectivement décrite comme une épreuve prolongée. L'usure physique est ressentie sur le mode de la perte de la force et de la santé comme un capital dans lequel on a puisé jour après jour, jusqu'à n'avoir « plus de force » :

*« J'ai plus de force, je peux plus... j'ai plus de force. Disons que j'ai commencé à travailler jeune, j'ai toujours fait des travaux pénibles, et voilà. Et puis j'ai élevé 5 enfants. Et puis j'ai toujours fait des travaux drôlement pénibles, que ce soit travailler dans la confection, après j'ai travaillé... j'ai fait des... à la bonneterie, dans le carrelage, j'ai fait femme de ménage, j'ai fait... un peu tout, et puis maintenant j'ai plus de force quoi, je me sens plus de force ».*

On retrouve ici l'association caractéristique des « destins féminins » dans le monde ouvrier<sup>1</sup> entre l'usure professionnelle et celle qui naît du travail domestique. Sur ce point, les propos de Mme Jodu font écho à ceux des ouvrières interrogées par M. Lorient, qui indiquent bien que « c'est une vie de travail, aussi bien salarié que domestique, qui explique la fatigue ». L'usure qui est occultée, surmontée physiquement et refoulée mentalement pendant la vie active – notamment parce que le travail est « perçu comme une nécessité à la fois économique, sociale et morale. Il s'agit presque d'un sacrifice de soi<sup>2</sup> » – s'exprime avec force lorsque cesse l'activité professionnelle. M. Lorient souligne que dans ces situations, les rapports avec les médecins sont marqués par une « recherche de légitimation et de reconnaissance médicale de l'usure physique ; c'est-à-dire une demande faite au médecin de trouver dans le corps les traces, la preuve, de la fatigue et de l'usure<sup>3</sup> ». C'est sans doute au regard de cette attente que l'on peut comprendre la volonté de Mme Jodu de relater une visite chez un kinésithérapeute :

*« Là quand j'avais fait des séances chez le kiné pour mon genou, il m'avait dit : portez moi vos... vos radios, tout ça. Hou, il m'a dit, quand il a vu le scanner, bouh, **ma pauvre dame, vous êtes usée !** Il faut vous faire à l'usure, y'a pas de médicament, y'a pas de miracle... Comme il m'a dit : **vous êtes usée. Hé, qu'est-ce que je peux y faire ? J'ai fait des travaux pénibles...** »*

La figure de l'usure est également rencontrée chez **Mme Damo** qui mentionne des douleurs lombaires qu'elle attribue à ses activités de travail passées :

<sup>1</sup> COTTEREAU A., « L'usure au travail : destins masculins, destins féminins », *op. cit.*

<sup>2</sup> LORIENT M., *Le temps de la fatigue*, *op. cit.*, pp. 101-102.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 103.

*« J'ai des problèmes au niveau des reins, j'ai pas mal de... d'infections euh... de reins, parce que j'ai beaucoup soulevé de poids étant jeune, je faisais des travaux où ça me demandait des efforts physiques, et toujours debout, toujours euh... Et c'est vrai que j'ai pris un peu sur les reins. (...) C'est des douleurs, des pointes, comme si on me plantait des aiguilles dans les reins. (...) Là depuis que je [ne] travaille plus, ça va mieux, mais si je reste trop longtemps debout, si je lève du poids, si je fais trop d'efforts, si je marche... ».*

De la même façon, **Mme Alpe** estime que sa vie professionnelle n'est pas étrangère à ses problèmes circulatoires actuels : *« c'est sûr que ça m'a pas arrangée de travailler toute la journée assise, au niveau des jambes, c'est pas recommandé ».*

L'usure est donc bien ce processus par lequel l'intégrité somatique et surtout la capacité à surmonter les désordres corporels (à « tomber malade et s'en relever<sup>1</sup> ») sont peu à peu affaiblies, épuisées par des efforts répétés au fil de la vie de travail.

Chez **Mme Faya**, l'usure prend la forme d'une fatigue généralisée et permanente, particulièrement gênante dans la mesure où elle nécessite de prendre du temps hors travail pour se reposer. Ainsi, par le biais de la fatigue, le temps personnel reste assujéti au travail. On retrouve également chez elle une explication partiellement fondée sur une faiblesse personnelle initiale, que le travail amplifie (« ça m'affaiblit »), mais Mme Faya souligne que ses activités de travail sont bien responsables – la preuve en est qu'elle n'est pas la seule à ressentir cette fatigue :

*« Il faut dire qu'aussi, travailler 10 heures d'affilée comme ça, reprendre le lendemain, au bout d'un moment on sature, on est quand même fatigué. Moi je vois des collègues qui ont une très très bonne santé, qui ont beaucoup de punch, elles arrivent, au bout d'un moment, elles craquent aussi... Donc c'est vrai que moi je craque aussi ».*

Le travail est donc ici clairement catégorisé comme pathogène. On peut ajouter que cette désignation se décline également dans le registre proprement biologique de la contagion : *« quand il y a quelqu'un de malade dans l'entreprise eh bien j'attrape ce qu'ils ont ».*

L'exemple de Mme Faya (auquel on pourrait ajouter celui de Mlle Arène) amène par ailleurs à prolonger le constat formulé dans le chapitre VI, selon lequel on peut « s'estimer heureux » d'avoir un emploi et s'en dire en même temps insatisfait. De la même façon, le fait que l'emploi actuellement occupé réponde à une nécessité n'empêche pas d'en désigner des effets pathogènes.

La caractéristique de l'usure, par rapport à la « simple » fatigue, est qu'elle n'est pas réversible : quelque chose a été perdu qui ne se récupère pas, les ressources corporelles sont définitivement amoindries, qu'il s'agisse de la « force » comme chez

---

<sup>1</sup> CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique, op. cit.*

Mme Jodu, du « *punch* » comme pour Mme Faya, ou de la capacité à se mouvoir sans douleur, comme chez Mme Anam ou Mme Damo. Si toutes les expériences du travail pathogène consistent à « prendre sur soi », cette dynamique se traduit dans le registre de la santé physique par une *incorporation*, au sens strict du terme : le corps porte la trace indélébile de tout ce que le travail lui a imposé.

Chez M. Terray, c'est là encore le dos qui a été durablement atteint, au cours de son unique emploi en CDI comme « *agent de quai* » (« *je chargeais et je déchargeais les camions* ») dans un service de messagerie. Il décrit un travail très physique, tant par les gestes, les postures et les déplacements que par les horaires décalés :

*« C'était le boulot le plus physique que j'ai eu fait. (...) Déjà c'est du travail posté de nuit, et vraiment toute la nuit quoi. Alors... très physique. (...) La messagerie, c'est pas du colissage, la messagerie ça veut dire que c'est vraiment de tout quoi, c'est-à-dire que ça peut être une télé, un canapé-lit, une roue de pneu de tracteur qui vous dépasse, ou un colis de bonbons Haribo, ou des bouteilles, ou... (...) Et puis je peux vous dire qu'on marche, c'est... On marche ! La messagerie c'est la marche, condition physique extraordinaire, travail posté, le décalage, et très physique quoi ».*

L'intensité du travail se traduit ici aussi par une absence de marges de manœuvre protectrices dans la manipulation des objets :

*« A la messagerie, vous avez pas le temps de faire attention, de dire : prenez le pas comme ça, on vous le balance et puis vous le chargez ».*

Les répercussions sur la santé sont clairement identifiées par M. Terray. D'abord à travers une « *fracture de fatigue* » qui survient assez rapidement :

*« J'ai eu une fracture de fatigue aussi, du pied, c'est une sorte de tendinite. Je portais des chaussures de sécurité et apparemment au début j'étais pas habitué quoi. Avec le poids des chaussures »,*

puis à travers des douleurs dorsales chroniques :

*« Là je peux dire qu'au niveau de la santé j'avais pris un coup. (...) Là je me suis abîmé le dos. (...) Là je me suis esquiné le dos, d'ailleurs, 6 mois avant que je démissionne, mon docteur m'a prescrit une ceinture lombaire ».*

M. Terray signale qu'il avait depuis l'enfance un léger problème de dos, mais cet aspect est secondaire par rapport aux effets propres des activités de travail :

*« Bon c'est vrai que j'ai une scoliose hein quand même, à la base, bon ça je l'ai depuis que je suis gamin, enfin... mais bon. (...) Ça s'est vraiment prononcé dans la messagerie ».*

Cette période d'emploi est donc associée pour M. Terray à l'arrivée dans son histoire de santé du mal de dos, qui est nettement moins prononcé depuis qu'il a quitté cet emploi (« *depuis la messagerie, ça s'est calmé* »), mais qui réapparaît ponctuellement au fil de ses activités professionnelles (ce qui autorise à parler d'usure et non d'une atteinte ponctuelle et révolue) :

*« Là je le vois des fois, j'ai mal au dos. (...) Des fois suivant les positions, si je reste longtemps accroupi, vous savez quand vous êtes en électromécanique des fois vous vous*

*baissez, faut dépanner sous un moteur, vous êtes en position plus ou moins précaire, enfin voilà, le dos des fois il morfle, enfin il fait mal quoi, c'est les lombaires... ».*

On peut relever ici la formulation de M. Terray qui condense de façon remarquable la conjonction typique des postures « précaires » sur le plan physique et de la « position précaire » dans le monde du travail (en l'occurrence l'intérim).

On a vu que M. Terray dispose désormais d'une employabilité élevée qui lui permet de choisir ses emplois et donc de se préserver de pénibilités physiques excessives (« là j'ai beaucoup moins de stress qu'avant quoi, j'ai pas la pression, à choisir n'importe quoi... »). Mais il faut souligner (j'y reviendrai plus loin) que ce n'est sans doute pas un hasard si M. Terray met en avant ce problème de dos précisément dans le contexte d'un emploi où il subissait également un « harcèlement moral ».

### *Atteintes à l'identité et à la dignité : les violences faites à la personne*

Dans ce deuxième registre d'effets pathogènes du travail, les atteintes à la santé mentale et morale, à la dignité et à l'estime de soi découlent d'une contradiction fondamentale entre ce que les individus pensent être (ou cherchent à être), en tant que salariés et en tant que personnes, et la façon dont ils sont considérés dans leur travail, à travers l'identité qu'on leur attribue, la valeur qu'on leur reconnaît, et les injonctions auxquelles on les soumet. La dimension somatique de la santé n'est plus ici en première ligne (mais n'en est pas moins susceptible d'être affectée, par le jeu des processus psychosomatiques). C'est le « character » qui est en jeu, au sens où R. Sennett le définit non comme les « désirs et les sentiments couvant en chacun de nous à l'abri des regards indiscrets<sup>1</sup> », mais comme la *part sociale de la personnalité*, qui se construit et s'exprime dans les liens de l'individu avec les autres et le monde. Trois modalités (souvent associées) des atteintes au « character » dans les expériences de travail sont identifiables dans le corpus.

« *Ravaler son métier* »

Lorsque les salariés estiment qu'ils possèdent un savoir-faire, des compétences ou une expérience qui fondent leur valeur et leur identité professionnelles, ils souhaitent pouvoir le manifester dans l'exercice de leur travail<sup>2</sup>. Si les modes de

---

<sup>1</sup> SENNETT R., *Le travail sans qualités*, op. cit., p. 11.

<sup>2</sup> N. Dodier décrit par exemple l'« ethos de la virtuosité » qui caractérise une certaine culture ouvrière, cf. : DODIER N., *Les hommes et les machines*, op. cit.



management, les conditions et l'organisation du travail ne leur permettent pas d'exercer ces habiletés (c'est-à-dire en particulier si le rapport au travail relève du type de la « frustration » décrit précédemment), les salariés sont contraints à « mal travailler », donc – comme chez les boulangers de Boston décrits par R. Sennett<sup>1</sup> – à constater quotidiennement que le fruit de leurs efforts n'est pas satisfaisant à leurs propres yeux, que leur engagement est vain, que le résultat de leur travail ne leur fait pas honneur et ne correspond pas à l'idée qu'ils se font du « travail bien fait ».

Ce sentiment est exprimé avec force par **Mme Lavour**. Nous avons vu qu'elle est très attachée à son métier d'infirmière psychiatrique. Or, sa situation professionnelle actuelle ne lui laisse pas la possibilité de mettre en œuvre ses compétences. Plusieurs aspects sont en cause, à commencer par l'organisation du travail :

*« C'est un peu le bordel, ça se traduit dans tout : niveau travail, la base du travail, vraiment le quotidien dans le travail, c'est pas structuré, pas du tout, y'a pas de structure, pas de... comment dire, un plan de travail... On fait pas de réunions de service... Y'a rien, pas de réunion officialisée, avec un responsable, ni avec les médecins. (...) Le travail en psychiatrie peut être très agréable, très intéressant. Mais fait dans de bonnes conditions, c'est-à-dire travailler en équipe, alors qu'on n'a pas de travail d'équipe ».*

De plus, la nature même du soin en psychiatrie tel qu'il est pratiqué dans la clinique où exerce Mme Lavour (et plus généralement en France, par rapport à ce qu'elle a connu en Hollande ou en Suisse) ne correspond pas à ses propres conceptions professionnelles :

*« J'ai appris à voir le côté sain de la personne hospitalisée, et à favoriser ce côté, et puis essayer de l'en sortir... La psychiatrie telle qu'elle est pratiquée à [la clinique B.] c'est : on regarde le côté pathologique, on soigne le côté pathologique, donc symptomatiquement, juste, on combat le symptôme, donc antidépresseurs, ou antipsychotiques, etc. (...) On regarde pas plus loin, parce qu'il faut s'investir plus pour faire ça, ça coûte du temps, du temps et de l'argent, voilà. Donc en résumé c'est un petit peu ça. Et moi j'ai jamais travaillé comme ça avant ».*

La recherche de rentabilité est également un aspect qui heurte le sens du métier de Mme Lavour :

*« En Hollande il y a très peu de cliniques privées. (...) C'est tout à fait une autre gestion. Et bon, ici, le privé, c'est faire de l'argent quoi... Bon, c'est le but des médecins, c'est des médecins libéraux qui viennent se faire de l'argent. C'est une autre façon de travailler ».*

---

<sup>1</sup> SENNETT R., *Le travail sans qualités*, op. cit.

Enfin, Mme Lavaur est confrontée aux transformations plus générales des professions intermédiaires de la santé<sup>1</sup>, qui sont parfois perçues comme nuisibles à la qualité du travail :

*« Avec les nouvelles méthodes, ils veulent... Ils nous demandent toujours plus, mais pas en qualité de travail pour l'instant, plus de paperasse, plus de... ».*

Cet ensemble d'éléments place Mme Lavaur dans une situation « très frustrante » et l'amène à considérer que son activité actuelle est plus proche du « gardiennage » que de son véritable métier.

On trouve des caractéristiques similaires dans la description faite par **Mme Artur** de son emploi (qu'elle a quitté) dans une maison de retraite. Intensité du travail, primauté des enjeux financiers sur la qualité du travail, absence de motivation de ses collègues... lui ont donné le sentiment de ne pas pouvoir « remplir [sa] mission » :

*« Y'avait certaines pratiques qui me mettaient hors de moi... (...) Finalement on est les seuls quoi, à se donner à fond pour la personne, et les autres, ils prennent ça à la légère... C'est juste la paie quoi, c'est de l'argent, et ça m'a énervée. (...) Y'avait certains collègues je comprenais pas leur comportement, et puis tu n'as pas ton mot à dire, tu ne peux rien dire, et puis au bout d'un moment j'étais saturée, je pouvais plus supporter ».*

Cette expérience douloureuse portait atteinte non seulement à l'épanouissement professionnel de Mme Artur, mais aussi à son bien-être dans la vie hors travail :

*« A cette époque-là j'avais pas le moral, par rapport à tout ça. Au... au milieu professionnel et tout. (...) Je me suis rendu compte que c'était pas... vraiment ça qui m'épanouissait. (...) Je le vivais très très mal. (...) Et quand j'arrivais à la maison, c'est... j'étais toujours là-bas, j'avais mes gamins à m'occuper, et j'arrivais pas vraiment à assumer les deux. Je prenais tout sur moi, c'était... ».*

« Ravalier son métier », c'est une expérience à laquelle est également confrontée **Mme Brax** : bien qu'elle soit formée à la PAO et qu'elle ait théoriquement été embauchée pour cela, elle effectue plus souvent des travaux qui exigent un niveau de qualification bien moindre. Si l'on retrace l'évolution de sa situation dans cet emploi, on peut observer une transformation de son jugement et de son comportement à l'égard du travail qui lui est demandé. Au début, Mme Brax a mis un point d'honneur à faire la preuve de sa compétence :

*« Il me dit il faut que tu numérises ces plans. Alors je l'ai fait dans la journée. Normalement il fallait 40 secondes pour numériser chaque plan, et moi je l'ai fait en 30 secondes. Là-dessus alors il a rien à me dire, c'est clair ! ».*

Mais très vite, les relations se dégradent avec son supérieur, et son affectation à des tâches rudimentaires correspond à une forme de sanction personnelle :

---

<sup>1</sup> AIACH P., FASSIN D., *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Economica, 1994.

*« On [ne] me met plus à la numérisation hein, je fais vraiment le travail le plus... le plus bas de l'échelle. (...) C'est opératrice de saisie, saisir des bibliothèques, c'est juste un petit travail... le plus bête le fait hein... (...) Moi je suis infographiste donc ça ne me plaît pas du tout l'opératrice de saisie<sup>1</sup> ».*

Dans un premier temps Mme Brax continue à démontrer ses capacités, notamment pour mettre à distance l'identité de travailleuse handicapée :

*« Le travail qu'il m'a donné, qui n'est pas mon métier, que j'ai fait parce que j'estimais que c'était... je voulais lui prouver par A+B que même en étant travailleur handicapé, je suis capable de faire ce travail ».*

Mais face à l'absence totale de reconnaissance de son travail et de son engagement, et dans un contexte organisationnel extrêmement conflictuel, Mme Brax change d'attitude :

*« On m'a remise à la numérisation. Et j'ai rien dit, j'ai fait comme si de rien n'était, j'ai continué mon travail (...). Mais j'ai... j'ai pris mon temps hein, là vraiment j'ai travaillé hyper cool. J'ai pas voulu en faire beaucoup. (...) Pourquoi faire le rendement quand on a un patron qui est pas... qui abuse, qui profite... Donc je vois pas pourquoi je me décarcasserais. (...) Quand en retour on se fait entendre que de toute façon, rien n'est bien... (...) Je sais me donner à fond dans mon travail, mais je n'aime pas être exploitée ».*

Ainsi, les efforts consentis n'étant pas rétribués par un jugement d'utilité, Mme Brax se replie sur un « strict minimum » très éloigné de son idéal professionnel. Un autre aspect prend part de façon secondaire à ce processus : compte tenu de la pression permanente qui pèse sur les salariés (et surtout les salariées) de cette entreprise, manifester son savoir-faire reviendrait pour Mme Brax à « trahir » ses collègues :

*« Moi en numérisation, quand il m'a envoyée à Besançon j'ai fait... J'en ai trop fait. Ça a porté préjudice aux copines. Et aux collègues de travail, parce que pour numériser moi normalement j'aurais dû y mettre 8 jours, je l'ai fait en 4 jours ».*

La situation de Mme Brax, employée temporairement et n'ayant pas besoin de travailler pour vivre, lui permet de se distancier quelque peu de ce travail déqualifié. Néanmoins, l'insatisfaction et la frustration sont importantes pour cette femme qui par ailleurs revendique un savoir-faire professionnel certain : *« je connais mon boulot. Je sais ce que je fais. Là pour moi c'est de l'orgueil de le dire. Ça veut dire que mon boulot, c'est mon boulot ».*

Dans une variante légèrement différente, l'épreuve ne consiste pas exactement à « ravalier son métier », mais à effectuer des tâches purement utilitaires, qui ne font

---

<sup>1</sup> On peut ajouter que la priorité donnée au rendement par rapport à la qualité caractérise également cette entreprise : *« si elles font le rendement mais qu'elles font des fautes, elles ne sont pas critiquées. Par contre celles qui font pas le rendement mais qui font pas de fautes, elles sont critiquées ! ».*

pas appel à l'intelligence ou à l'ingéniosité<sup>1</sup>, et qui ne laissent aucune place à la valorisation de soi. Dans ce contexte, « c'est du contact forcé avec une tâche désinvestie que naît une image d'indignité », car il s'agit ici de « l'image de soi que renvoie le travail, d'autant plus honorable que la tâche est complexe, d'autant plus admiré par les autres qu'il exige un savoir-faire, des responsabilités, des risques<sup>2</sup> ». Rien de tout cela ne caractérise le travail de **Mlle Arène**, qu'elle décrit de façon lapidaire : « *c'est débile ce qu'on fait, c'est de la manutention pure et dure* ». Elle précise par ailleurs qu' « *on a été prises parce qu'on était rentables* », ce qui indique bien que sa seule valeur dans cet emploi est sa capacité brute de travail manuel (et, comme on l'a vu, une certaine « docilité » : Mlle Arène a été embauchée en CDI après un mouvement de grève des autres salariés auquel elle n'a pas participé). L'absence de sens du travail est également exprimée par **Mme Mermoz**, en référence aux emplois « *purement alimentaires* » qu'elle a occupés pendant la période difficile de sa vie professionnelle :

« *Être obligée d'aller servir dans un restau ou faire la plonge, bon je veux dire, je le fais tous les jours chez moi, la valeur ajoutée... pfff, voyez ce que je veux dire quoi, j'apprends pas, je me perfectionne pas sur... les bases de données, ou sur tel logiciel, ou tel projet...* ».

### *Expériences de la domination et « harcèlement moral »*

Un autre type de mise en péril de la personnalité et de l'identité (et donc de la santé) dans le travail correspond aux expériences où le rapport de force avec les employeurs s'avère par trop inégal, et où la domination se traduit par des abus d'autorité (voire des formes de persécution), éprouvés collectivement ou à titre personnel.

**Mme Faya** fait état de rapports de travail caractérisés par une « *direction qui est jamais satisfaite du personnel* », avec des « *remarques désobligeantes quasiment tous les jours et tout le monde* ». Cette situation, on l'a vu, s'associe avec une santé physique fragile et un sentiment de fatigue chronique que les pénibilités du travail amplifient. L'ensemble dessine un syndrome d'usure à la fois mentale et physique :

---

<sup>1</sup> Dire que les tâches prescrites ne font pas appel à l'intelligence ne signifie en aucun cas que l'intelligence et la subjectivité des salariés sont absentes du travail. Par définition, le travail est *humain*, il se différencie en cela de l'*exécution* qui peut être déléguée à des objets techniques (machines, programmes informatiques...). Et précisément, une forme de souffrance naît lorsque l'organisation ne demande pas *trop*, mais *trop peu*, lorsque les salariés sont assignés à un statut de purs *exécutants* (qu'ils ne sont jamais en réalité), qui non seulement n'appelle pas la mobilisation de leur intelligence, mais exige même de la réprimer.

<sup>2</sup> DEJOURS C., *Travail, usure mentale, op. cit.*, p. 74.

*« Ça me demande beaucoup, ça me demande beaucoup d'investissement, d'aller travailler là-bas, et d'avoir des remarques tout le temps, c'est pas agréable... Donc ça joue sur mon état... moral, physique aussi, parce que c'est très fatigant, c'est assez ingrat ».*

On voit bien ici que ce qui « fatigue » Mme Faya, au-delà même du travail physique, réside dans le déséquilibre perçu entre les efforts consentis et le défaut de reconnaissance du travail (« ingrat »).

Chez **Mme Brax**, la confrontation à une hiérarchie tyrannique est plus prononcée encore :

*« Tout le monde a droit à des réflexions dans cette entreprise, tout le monde travaille mal hein, pour eux on fait tous des fautes. (...) Depuis que j'y suis y'a une quinzaine d'employés qui sont partis, qui ont résilié leur contrat ».*

Dans le cas particulier de Mme Brax, cette exploitation qui semble n'avoir pas de limites se traduit notamment par le non-respect de son statut de travailleuse handicapée. D'une part, on ne lui a pas fourni le matériel approprié :

*« On avait fait demander un ordinateur payé par les AGEFIPH, avec une palette graphique à cause de mon bras, d'une valeur en tout de 12 500 francs, avec un siège ergonomique pour mon poste de travail. Et mon patron a touché 15 000 francs pour mon embauche. (...) Mon siège ergonomique que je devais avoir, que l'AGEFIPH a payé 2975 francs je crois, mon directeur a eu la décence de me dire qu'il en avait acheté 10 à ce prix-là, **10 sièges pour l'entreprise, mais pas le mien.** (...) Je me servais d'un vieil ordinateur. J'avais beau lui dire d'essayer de me l'installer : non non, il est pas pour toi, il est pour nous. Et effectivement, ce qui s'est avéré, c'est que **c'est un jeune homme, qui était cadre, qui se servait de mon ordinateur. Moi je n'avais pas le droit de m'en servir** ».*

Outre ces conditions de travail dégradées, la nature même des tâches attribuées à Mme Brax met très directement en jeu sa santé :

*« Si je fais trop d'efforts, ce qui m'arrive dans ce travail, ça m'arrive de soulever des caisses en bois, très très lourdes, et je risque de me casser mon nerf, et ce nerf il est plus récupérable, il tient à un fil, c'est pour ça qu'il est sous plastique. – Mais vous soulevez quand même les caisses... – Ben je suis bien obligée, autrement je me fais engueuler. Ce que je veux dire c'est que, au plan du travail, j'ai beau dire que je suis handicapée, ils n'en ont rien à faire. (...) Là-bas c'est : tu fais ce qu'on te demande et puis c'est tout ! ».*

Il est important de remarquer que chez Mme Brax, les insatisfactions et les contraintes dans le travail ne sont pas associées à un sentiment d'impuissance ou de domination sans recours (contrairement par exemple à Mme Faya). Au contraire (j'y reviendrai), Mme Brax se montre extrêmement combative et entend bien mener à leur terme les différentes procédures qu'elles a engagées contre son employeur. Le fait que pour elle l'activité professionnelle ne relève pas d'une nécessité financière n'est bien sûr pas étranger à cette possibilité de dénoncer les conditions qui lui sont faites. Néanmoins, l'ambiance conflictuelle et les rapports de force au

quotidien, la nécessité d'être constamment sur la défensive face aux exigences démesurées ou absurdes de ses supérieurs, et le fait d'avoir à lutter en permanence pour faire respecter ses droits élémentaires dans le travail sont des éléments qui, malgré son « *fort caractère* », exposent tout de même Mme Brax à une forme d'usure mentale, à laquelle s'ajoute le risque d'une aggravation de son problème physique. Le terme de « harcèlement » n'est pas utilisé par Mme Brax, peut-être parce qu'il évoque plutôt une relation conflictuelle entre deux personnes tandis que, comme elle le signale, le comportement de ses supérieurs (un homme et une femme) est d'une égale malveillance à l'égard de tous les salariés de l'entreprise (« *pour eux on est des esclaves, on est des larbins* »). Cette remarque vaut également dans le cas de **M. Bois** qui, comme tous les « anciens » du magasin, a subi les remontrances publiques et les accusations diffamatoires d'un supérieur :

*« Il vous fait passer pour quelqu'un qui est incompetent. (...) Quand vous avez fait une petite erreur ou un truc comme ça il... il vous le... il vous la met à la figure comme si vous étiez un gamin quoi. (...) On avait l'impression que quand il est arrivé, il avait peur parce qu'on était là depuis longtemps et qu'on avait en quelque sorte tissé notre toile un peu partout, et que presque on aurait volé dans le dépôt, ou qu'on aurait fait sortir de la marchandise, ou qu'on était à la base d'une maffia ou un truc comme ça quoi, c'était vraiment incroyable, on était vraiment... Moi je me sentais vraiment pris pour un voleur quoi, et c'est quelque chose que je ne supporte pas, alors que j'y suis depuis 18 ans dans la boîte, et je suis jamais sorti du rail quoi. (...) Avec les deux responsables qu'il a mis ils s'amuse un peu à nous dégrader quoi, enfin en quelque sorte, à nous dire qu'on n'est pas très intelligents pour des gens qui ont 18 ans de boîte, qu'on savait pas faire ça, ceci cela... ».*

Outre ces atteintes à la dignité et cette remise en question radicale de l'expérience et de la loyauté des salariés, M. Bois rapporte qu'il lui est conseillé de quitter l'entreprise, cette recommandation étant appuyée par une forme de chantage au chômage :

*« Il me dit que je suis trop payé, qu'il faut que j'évolue, et donc que j'aille ailleurs, que dans l'entreprise je... que je veuille participer au mouvement en quelque sorte, et que je continue ma progression. Donc lui, ça lui permettrait déjà d'avoir un gros salaire (entre guillemets) en moins. (...) Il m'a dit : tu vois, il faut que tu fasses quelque chose, tu vas pas rester là comme ça à faire ça, si un nouveau patron arrive, avec le salaire que t'as, t'es sûr qu'il va te mettre dehors ».*

M. Bois a d'abord très mal vécu cette situation :

*« C'est vrai qu'au début j'étais vachement énervé, on s'est accrochés grave. (...) – Ça se traduisait hors du travail aussi ? – Bien sûr oui. Ça se reflète au niveau de la maison quand on rentre le soir quoi. Si le gosse fait une bêtise, on s'énerve peut-être plus facilement... (...) C'est vrai qu'il y a des fois, sur le moment, quand on est parti, si on se laisse avoir par le système, par le truc, c'est vite fait quoi... ».*

Par la suite, nous l'avons vu, M. Bois a pu « *prendre du recul* ». Investissant moins son identité dans son travail, il est aujourd'hui moins vulnérable à ces tentatives de déstabilisation personnelle :

« *Une fois qu'on a compris après ça va, on sait le gérer, mais c'est vrai qu'au début ça énerve, ça met hors de soi, après ça va* ».

C'est donc au prix d'un travail subjectif consistant à « *prendre sur soi* » pour « *rentrer dans un moule* », « *se forger* », « *s'adapter à la façon de travailler* » que M. Bois s'est ménagé une forme de retrait protecteur, qui met à distance les effets pathogènes de la domination subie (mais ne les fait pas disparaître).

Trois personnes rapportent des expériences de harcèlement moral dirigé particulièrement contre elles, à titre personnel. Il s'agit d'abord de **Mme Damo** :

« *J'avais un harcèlement moral vis-à-vis de mon patron, harcèlement, et puis je me suis accrochée avec lui grave aussi... (...) Il était très très très caractériel alors... J'ai travaillé pendant 3 ans, je travaillais, j'avais un jour de repos tous les 15 jours, pendant 3 ans comme ça, bon, les jours fériés, je travaillais, les dimanches, je travaillais...* ».

Lorsque le restaurant où elle exerçait a fermé, l'employeur de Mme Damo

« *a pété les plombs, il m'a pas proposé de... de convention euh... Comment on dit ? Il est obligé le patron, de nous recycler quelque part<sup>1</sup>* ».

Il semble finalement que le plus éprouvant pour Mme Damo a été cette perte d'emploi, plus encore que les conditions dans lesquelles elle travaillait :

« *Au bout de 3 ans de travail, être jetée comme ça, ça... ça fait quelque chose. (...) J'ai fait une dépression nerveuse quand même* ».

L'entretien laisse entrevoir que cette dépression est également liée à un autre événement survenu au cours de la même période (la mort, par sa faute, de sa chienne). L'attribution de l'épisode dépressif à l'expérience de travail n'est donc pas exclusive, et il est intéressant de remarquer que, selon le moment de l'entretien, Mme Damo met en avant alternativement l'une ou l'autre de ces étiologies.

**Mme Jost** quant à elle a été profondément marquée par une relation conflictuelle avec un ancien directeur de l'établissement de grande distribution où elle est infirmière d'entreprise : « *en 36 ans de travail je crois que c'est ce qui m'a marquée le plus. Mais j'en étais malade !* ». Le point de départ était une atteinte directe à son éthique professionnelle, dont elle fait le récit suivant :

« *Un jour, je vois un gars de l'encadrement, qui voulait me parler, mais pas à l'infirmierie. On est allés à la salle café, et donc il m'a raconté, il m'a raconté ce qui était arrivé. (...) Et il me dit écoute, toute cette nuit je n'ai pas dormi, j'ai chialé, et donc je me vois pas en train de travailler. (...) Et puis le lendemain, en début de matinée, on me dit le patron veut vous voir. Et j'ai senti que c'était pas pour me dire quelque chose de*

---

<sup>1</sup> Mme Damo a pu faire reconnaître son licenciement abusif, mais la procédure est en appel au moment de l'entretien.

*très agréable... Mais là vraiment je suis tombée des nues, j'ai... j'ai tellement été sidérée que... je n'aurais jamais pensé pouvoir répondre ce que j'ai répondu. Alors donc le patron m'appelle, je vais le voir, et il me dit y'a M. Untel qui est venu vous voir hier, je dis oui, et il me dit comme ça textuellement : qu'est-ce qu'il vous a raconté ? Alors j'ai dit écoutez, je ne vous dirai rien du tout, parce que ce qu'il est venu me raconter, il est venu me le dire à moi, je suis liée par le secret professionnel et vous ne saurez rien. (...) Alors il m'a regardée, mais un regard – quelquefois je le revois encore, la nuit, ce regard ! – il m'a fusillée du regard, et il me dit : vous savez, j'aurai votre peau. (...) Après en sortant j'étais... ! J'ai dit ça y est, demain tu es dehors. (...) J'étais complètement désorientée. (...) Mais je n'ai rien dit, et j'ai pu marcher la tête haute ».*

Mme Jost a donc résisté à cette exigence contraire à son éthique professionnelle et personnelle. Mais les conséquences ont été particulièrement pénibles pendant une longue période :

*« Cette histoire-là, ça m'a énormément marquée. J'ai pas dormi pendant des mois et des mois. Là vraiment je passais les nuits à pas dormir, je chialais, donc c'était... je déprimais. (...) Et j'ai travaillé avec un traitement, pendant un an, pour tenir, jusqu'à ce qu'il parte. (...) Et quand il est parti, ça a été pour moi un truc... ! J'ai dit ça y est, il sera plus là pour m'embêter, pour me faire des allusions – parce qu'après je peux vous dire, il m'en a fait voir, c'était toujours des allusions, des méchancetés, des trucs comme ça, et je le vivais mal, mal, mal. (...) Je parlais au boulot avec un nœud là [son ventre], un nœud là [sa gorge], toute la journée à me dire qu'est-ce qui va te tomber dessus ? Ce sont des périodes dures à vivre ».*

Cet exemple confirme que les atteintes à la santé morale et à l'identité dans le travail débordent largement le seul espace-temps professionnel et perturbent aussi la vie personnelle : le travail est bien un médiateur essentiel de l'identité et de la reconnaissance dans l'ensemble de l'existence sociale.

En dehors de cet épisode douloureux, l'expérience du travail est essentiellement positive pour Mme Jost sur le plan de l'équilibre psychique et de la construction identitaire. On peut d'ailleurs souligner que, dans le contexte de ce rapport heureux au travail, la notion de « fatigue » elle-même est récusée, ce qui accrédite l'idée que la désignation de liens entre le travail et la santé dépend étroitement de la qualité de l'expérience du travail elle-même :

*« Y'a des fois bon, quand on est pas bien, la journée de travail est pénible, mais fatiguée, non, parce que j'aime ce que je fais ».*

M. Loriol souligne l'importance de cette dimension subjective dans son analyse de la notion de « fatigue » : « le seuil à partir duquel la fatigue liée à une activité physique ou intellectuelle est ressentie comme excessive ou malsaine dépend, pour une part, du sens qui va être attribué à cette sensation, lui-même lié au sens, pour le sujet, de l'activité qu'il réalise<sup>1</sup> ».

<sup>1</sup> LORIOU M., *Le temps de la fatigue*, op. cit., p. 4.



Le dernier cas mettant en scène le motif du harcèlement moral est celui de **M. Terray**. Voici comment il décrit cette épreuve :

*« C'était un chef de quai, il était... bon il était Arabe quoi, parce que l'équipe du soir y'a vachement d'immigrés quoi, y'a beaucoup d'Arabes tout ça, bon ils étaient unis, tout ça, je le conçois. (...) Et donc voilà, et bon y'a eu cette équipe où ils pouvaient pas me voir quoi. Et moi j'ai ouvert ma gueule quoi, et y'a eu tout de suite confrontation, et c'était des réprimandes systématiques quoi. Moi il me séparait des autres, il me changeait... Pendant 5 minutes je déchargeais le camion, après il me disait : bon tu vas là-bas... Très sec... Il me traitait comme un chien... Enfin voilà quoi. Les 6 derniers mois ça a été... (...) J'avais des affinités avec un mec du travail, je m'entendais très bien avec lui, et il était un peu jaloux quoi. Et alors il nous séparait, comme à l'école, on travaillait ensemble alors on parlait, et il nous séparait, il nous éloignait, et puis moi il me baladait comme il voulait quoi. (...) Moi en fait je me sentais très mal, parce qu'en fait j'ai eu une explication avec lui et le directeur, et il l'a soutenu quoi. Ça m'a dégoûté, un peu, dans le sens que je me suis dit : bon d'accord je suis ouvrier, mais si il me soutient pas... ».*

Après avoir demandé à changer d'horaires, ce qui lui a été refusé, M. Terray a tenté de « la jouer exigence » et de « leur faire peur en demandant une formation », mais sans effet :

*« Donc voilà, donc j'ai commencé à faire un peu de pression quoi, et puis après en décembre 98, j'ai démissionné. Parce que ça allait plus ».*

Les effets en termes de santé de cette expérience de travail difficile se sont traduits pour M. Terray par un « stress » permanent et des troubles du sommeil :

*« Avec lui c'était stressant hein... Je savais qu'il était sur moi - j'ai horreur que... Quelqu'un qui est sur moi, qui se moque pour des conneries... (...) Stressant, le mec qui est très exigeant envers moi et envers les autres, donc bon... Remise en cause, stressant quoi. (...) Mais je prends sur moi, toujours pareil, je prends sur moi. (...) Du stress, énervé, en dehors du travail... Et le stress c'est y penser quand je reviens au boulot, me dire : putain, je vais bosser avec lui... Le stress c'est y penser quand je vais travailler, et être tendu quoi, c'est clair. (...) A cette époque-là j'arrivais pas à dormir, tellement ça me travaillait ».*

On retrouve bien ici les caractéristiques de l'usure mentale et morale : mal-être et tensions y compris dans le hors-travail, remise en cause de soi, appréhension à l'idée d'aller travailler. Ici, comme le dit M. Terray, ce qui se passe dans la sphère professionnelle « travaille » l'ensemble de la vie psychique et émotionnelle.

Il est intéressant de remarquer que M. Terray n'a pu catégoriser sa situation sous les termes de « harcèlement moral » qu'après-coup, et en lien avec la plus grande visibilité sociale de ce phénomène :

*« Bon, maintenant je m'en rends compte, j'ai eu du harcèlement moral quoi. Et... bon à l'époque c'était pas trop connu, maintenant on commence à en parler, mais je me rends compte que c'était un harcèlement moral ».*

On peut souligner également que dans la décision finale de démissionner, c'est bien cette violence vécue dans les rapports sociaux de travail qui a pesé – plus que les pénibilités physiques que M. Terray mentionne par ailleurs :

« Mais ce qui était pénible, c'était surtout la tension morale, c'était pas le travail physique ? – Non, non non. Non parce que **le travail physique, bon franchement je le fais**. Bon j'en ai chié parce que quand vous finissez le matin, vous êtes content quoi, vous êtes bien lessivé, vous vous êtes bien dépensé, donc voilà. Mais... **Non, là par contre ça commençait à me travailler** ».

On voit émerger très clairement ici la distinction entre la « bonne » et la « mauvaise » fatigue telles que M. Loriol les a décrites : la première est « le résultat d'une activité "saine", "naturelle", c'est-à-dire n'étant pas vécue comme une contrainte imposée à l'individu mais comme une activité "librement" choisie », elle s'apparente à une « saine dépense » dont le repos et le sommeil permettent de « récupérer » (« bien lessivé », « bien dépensé ») ; la seconde au contraire est « plus souvent "nerveuse" ou psychologique que physique ou musculaire ». Elle est plus durable et souvent ressentie comme le résultat d'une agression sociale « vécue comme difficilement évitable et l'individu se sent obligé de "prendre sur lui"<sup>1</sup> ». La dynamique de l'usure mentale est une *intériorisation* pathogène sur le plan psychique qui fait pendant à l'*incorporation* pathogène sur le plan physique.

Le fait que, dans le corpus analysé ici, les cas de harcèlement moral soient presque toujours rencontrés dans le contexte d'emplois en CDI confirme bien que la précarisation du travail, lorsqu'elle prend la forme d'un durcissement des rapports de domination dans le travail, dépasse largement le seul cadre de l'emploi « précaire » au sens de la non-durabilité du contrat.

#### « Sale boulot » et conflits de valeurs dans le travail

Dans le cas de figure consistant à « ravalier son métier », c'est l'identité professionnelle qui est atteinte, et cela est ressenti d'autant plus douloureusement lorsque cette identité fait corps avec l'identité pour soi. Dans l'expérience de la domination, c'est l'identité sociale, à travers le statut accordé à l'individu dans les rapports sociaux, qui est mise à mal dans une logique de disqualification professionnelle et personnelle. Une troisième forme de violence que le travail peut faire subir aux salariés en tant que personnes apparaît dans des situations où le travail demandé heurte leur sens moral, leurs valeurs, leurs conceptions de ce qui est « bien », « bon » ou « juste ». C'est alors l'identité éthique qui est atteinte, à

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 7.

travers l'injonction faite aux salariés de participer à des actes qu'ils réprouvent sur le plan moral. La notion de « sale boulot » n'est pas associée ici à une place dévalorisée dans la division du travail, mais à l'expérience d'un travail « honteux » parce que non conforme aux normes éthiques personnelles.

Ce sentiment est ou a été éprouvé notamment par **Mme Lavaur** et **Mme Artur** : parce qu'elles investissent certaines valeurs dans leur activité (compassion, générosité, dévouement, désintéressement...), la contrainte à mal travailler qui contrarie leur identité professionnelle se confond avec une obligation de renier leurs propres idéaux éthiques. Un sentiment proche est exprimé par **Mme Fonviel**, très critique à l'égard du dispositif d'aide à domicile auquel elle participe :

*« Même au niveau de la direction, bon, c'est une association, ils font de l'argent... C'est-à-dire qu'il y a des personnes qui devraient être mises en milieu hospitalier, et que l'on garde uniquement parce que ça rapporte. C'est des personnes qu'on laisse mourir. C'est pas bien ».*

**Mlle Arène** exprime de son côté le malaise qui a été le sien lorsqu'elle était amenée à mentir sur son identité dans le cadre d'un emploi de téléprospectrice :

*« Fallait se faire passer pour un spécialiste en droit fiscal, et qui représente donc cette société de droit fiscal, je sais plus quoi Business... Et en fait c'est de proposer à toutes les professions libérales tout ça, de prendre rendez-vous auprès de ce conseiller financier. (...) Et moi j'y croyais pas du tout ce qui fait que... ».*

**Mlle Arène** n'a pas été embauchée en CDI dans cet emploi où elle n'était pas « rentable », ce qu'elle ne regrette pas : « finalement j'étais soulagée qu'ils me gardent pas, ça me plaisait pas du tout comme boulot ».

Les termes « sale boulot » sont employés par **M. Arène** pour qualifier son activité de surveillant scolaire :

*« C'est pas le boulot qui est épanouissant. (...) Ça me semble vraiment... un sale boulot quoi... (...) Ça me sort vraiment par la tête, en plus, d'être surveillant quoi, une position assez ingrate... ».*

Outre la nature même du travail qui n'est pas en accord avec ses propres principes éducatifs, **M. Arène** décrit une ambiance de travail qui diffère radicalement de la conception qu'il se fait de la justice, et s'oppose à ses opinions libertaires :

*« Je suis peut-être tombé sur une caricature d'établissement mais bon, avec un chef d'établissement qui est omniprésent, despotique, qui décide de tout, qui... Là où devrait s'appliquer de façon la plus prégnante la démocratie c'est là où elle est le moins ».*

Enfin, on peut déceler en filigrane dans les propos de **Mme Blondel** une certaine gêne lorsqu'elle parle de sa mission consistant à gérer un plan social. Les indices relèvent moins ici du discours lui-même que de l'attitude de **Mme Blondel** lors de l'entretien : très à l'aise verbalement, et très structurée dans son récit, le seul passage où elle hésite, se reprend, ne finit pas ses phrases... est précisément le

moment où elle aborde cet aspect de son activité, et où elle finit par *avouer* (c'est bien le terme qu'il faut employer ici) qu'elle est au courant d'un autre plan social à venir, dont elle va également s'occuper :

*« Alors maintenant je suis en contrat à durée déterminée, toujours, ce qui est assez contradictoire avec quelque chose qui se veut pérenne, puisque l'espace évolution, euh... Mais bon on va en rester là, hein. Je, je... Notre entretien est confidentiel donc c'est pas grave, mais... Pour être honnête jusqu'au bout, et c'est une chose que l'on sait et que l'on a acceptée aussi, donc on s'est dit espace évolution, oui, c'est une chose, pourquoi pas essayer de faire du préventif, mais sachant qu'il va y avoir encore un plan de restructuration et que donc forcément la casquette reclassement je vais la reprendre, hein, voilà ».*

Cette perspective la place en situation de porte-à-faux vis-à-vis des salariés qu'elle reçoit pour les aider dans leur projet de mobilité professionnelle :

*« Donc plan social sans doute d'ici 8 à 10 mois, et... Et je me garde bien aujourd'hui de le dire, bien sûr, puisque moi, en plus, les gens viennent beaucoup me voir dans l'espoir que je vais pouvoir leur dire des choses, et donc ça je leur dis, je leur dis écoutez, si vous venez me voir pour savoir ce que vous faites demain, je peux pas vous le dire, d'abord parce que je ne le sais pas, et si je le savais, de toute façon, je ne pourrais pas vous le dire ».*

C'est peut-être parce qu'elle est mal à l'aise avec cette duplicité imposée par sa position dans l'entreprise que Mme Blondel insiste par ailleurs sur ses résultats positifs dans le reclassement des personnes, et sur l'aspect gratifiant de cette activité lorsqu'elle trouve des issues positives.

Ces quelques exemples illustrent donc un type particulier d'embarras identitaire qui se fait sentir lorsque les activités de travail impliquent une part d'infidélité à soi-même sur le plan des valeurs. Les conséquences pour la santé mentale, chez les personnes rencontrées ici, semblent relativement peu prononcées. Il ne me paraît cependant pas abusif de considérer que ces expériences d'un travail dont on ne peut pas, ou pas complètement, être fier, et qui suppose d'élaborer des arrangements subjectifs par rapports aux idéaux éthiques, peuvent être à l'origine de formes de souffrance et de mal-être, socialement constitués mais vécus dans le registre du « for intérieur », et qui menacent l'équilibre psychique. Même si elles ne font pas l'objet d'une désignation claire et directe pendant l'entretien, ces difficultés sont perceptibles en creux, dans l'implicite et le non-dit – ou plutôt, dans ce qui est dit autrement que par des mots : certaines intonations, certains « regards entendus » qui évitent d'avoir à s'expliquer davantage... me semblent pouvoir être interprétés en ce sens.

## *Les résonances psycho-corporelles du « stress » et de l'usure nerveuse*

Je m'intéresserai dans ce dernier point de l'exploration des effets pathogènes du travail à un type particulier de manifestations que l'on peut rattacher au motif général du « stress ». Celui-ci est une forme d'usure pouvant mêler les dimensions mentale, nerveuse et somatique, qui naît d'un désajustement entre les demandes, les exigences ou les objectifs propres à l'activité de travail d'une part ; les capacités personnelles, les moyens disponibles et les conditions de travail d'autre part. Est « stressante » toute situation dans laquelle les salariés ont le sentiment d'être débordés, dépassés par des demandes qui excèdent leurs possibilités d'action ou qui exigent, pour y répondre, des efforts démesurés. Une expérience de cette nature est susceptible de nuire à la santé dans la mesure où elle expose les salariés à la crainte de ne pas être à la hauteur, au sentiment d'être incompetents, à une perte de maîtrise de leur activité, et aux répercussions psychiques et somatiques des stratégies qu'ils développent pour faire face malgré tout<sup>1</sup>.

La définition du « stress » retenue ici est donc plus restrictive que ne l'est l'usage du terme par les personnes rencontrées. Dans les entretiens, la catégorie du « stress » est en effet utilisée pour désigner toutes sortes de difficultés vécues tant dans le rapport à l'emploi que dans le rapport au travail (angoisses liées à l'incertitude professionnelle, expériences douloureuses du chômage et de la recherche d'emploi, relations conflictuelles avec l'entourage de travail, contraintes et pénibilités dans la réalisation des tâches, etc. – et pour ne mentionner que les usages en référence à la sphère professionnelle). Inversement, certaines situations seront rapportées ici à la catégorie du « stress » bien que les personnes n'emploient pas elles-mêmes le terme.

On peut distinguer a priori deux types de situation :

- celles où la nature même du travail est porteuse de demandes fortes dont les limites ne sont pas clairement identifiables. C'est particulièrement le cas dans les professions consistant à écouter, aider, soigner, soulager... autrui : il est souvent difficile de savoir où s'arrête la tâche, et à partir de quel moment le travail peut être considéré comme accompli. De plus, la confrontation aux problèmes et aux souffrances des individus dont on s'occupe peut être lourde à porter sur le plan

---

<sup>1</sup> Dans une approche épidémiologique, le « modèle de Karasek » rend compte de cette double dimension demande/autonomie (avec l'ajout ultérieur au modèle de la dimension du soutien social), cf. : KARASEK R., THEORELL T., *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*, op. cit.

émotionnel. Dans ces configurations, et même lorsque le travail est effectué dans de bonnes conditions, le stress est inhérent à l'activité elle-même, il est en quelque sorte un « risque du métier » ;

- indépendamment du contenu de l'activité, le stress peut être engendré ou amplifié par une organisation du travail déficiente, par un manque de moyens, d'autonomie ou de coopération dans le travail, par une inadéquation entre les buts à atteindre et les qualifications individuelles, ou par une forte pression temporelle. Sur tous ces aspects, comme on va le voir, la précarisation du travail est un facteur aggravant, et la quasi-totalité des cas de stress observables dans le corpus ont à voir avec ces processus.

La confrontation stressante à la souffrance d'autrui comme dimension constitutive du métier est évoquée par 5 personnes. **Mme Enzo** mentionne le « stress lié aux problématiques des jeunes qu'on rencontre ». **Mme Alpe** et Mme Fonviel décrivent la charge mentale et émotionnelle de leur travail d'aides ménagères auprès de personnes âgées. La première souligne la difficulté à trouver la « bonne distance » sur le plan de l'investissement affectif, et le coût subjectif d'une proximité quotidienne avec la vieillesse et la maladie :

*« On prend chaque problème à cœur un peu, et... c'est pas bon. (...) Quand vous avez des personnes en face de vous qui sont dépressives déjà, après vous avez des gens en face de vous qui ont la maladie d'Alzheimer, faut savoir leur parler, leur... Quand vous avez en face de vous des personnes qui ont la maladie de Parkinson... On côtoie beaucoup de monde qui bon... Beaucoup les dépressifs... (...) C'est dur, parce qu'on voit des choses des fois que... ».*

**Mme Fonviel** de son côté raconte qu'elle a récemment dû faire face au décès d'une personne :

*« A un moment j'ai vu que... Je lui ai touché le pouls, j'ai vu que ça ralentissait, et puis après ses yeux sont partis en l'air, enfin ses pupilles, et puis ils sont revenus, et puis... J'ai touché le pouls mais y'avait rien... (...) Y'a rien à faire de toute façon, qu'est-ce que vous voulez faire ? Quand quelqu'un doit mourir, vous pouvez pas... reculer, c'est comme ça. (...) Et là bon, j'ai téléphoné à la famille qui était je sais plus où. (...) Après quand la famille est arrivée 2 jours après - je suis restée 2 jours avec elle. J'osais plus rentrer dans sa chambre ! (rire) (...) Après vous êtes crevée... Vous faites tout. J'ai appelé les pompes funèbres, je me suis tout tapé, et après vous êtes séchée. Vous êtes crevée pendant 48 heures, y'a plus personne ».*

Dans ces contextes de travail, le stress naît du fait que face à la maladie, à la mort, à la solitude des personnes âgées, Mme Alpe et Mme Fonviel ont parfois le sentiment de ne pas pouvoir en faire assez, d'être confrontées à leurs limites personnelles dans la prise en charge de la souffrance. Dans le cas de Mme Fonviel, on voit en

outre qu'elle a dû se débrouiller seule pour les tâches les plus pénibles, et l'on remarque la description d'une fatigue émotionnelle qui retentit lourdement sur l'équilibre personnel.

Enfin, pour Mme Blondel et Mme Jost, dont le métier consiste à intervenir au sein même des milieux professionnels, les transformations de fond dans le monde du travail se font sentir sous la forme d'un durcissement général des « ambiances » et des rapports sociaux, qui complexifient et rendent parfois pénibles leurs propres activités. En écho aux propos des médecins du travail analysés dans le chapitre V, **Mme Jost** évoque ainsi un « *climat social* » beaucoup plus tendu aujourd'hui (« *y'a 30 ans c'était pas du tout pareil, c'était plus agréable, y'avait moins de conflits du travail que maintenant* »), qui se traduit pour les salariées par des souffrances diverses qu'ils viennent lui exposer, et auxquelles elle doit faire face :

*« L'infirmière c'est souvent le seul endroit où les gens peuvent venir parler. (...) C'est un endroit où les personnes peuvent se soulager, y'a une personne pour les écouter. (...) Y'a des personnes qui viennent, elles disent rien, même à des collègues, elle ne parlent jamais, et bon... elles viennent à l'infirmierie et là elles vous racontent leur histoire. (...) C'est vrai qu'il faut être bien dans sa peau pour pouvoir écouter les problèmes des autres. (...) Quelquefois c'est pas facile ».*

Chez **Mme Blondel**, cet arrière-fond de précarisation du travail se fait également sentir à titre personnel :

*« Du fait du contexte quand même, c'est vrai qu'on ne travaille plus dans un contexte de... où tout le monde est très impliqué, où on se pose pas de questions, c'est vrai qu'on est dans un contexte où... tout bouge, demain on sait que ça va être remis en question, on sait pas comment... Alors moi je suis pas touchée directement, puisque moi pour moi c'est clair, mais je vois bien les gens autour de moi, le climat qu'il y a, il rebondit sur vous, il rejaillit sur vous, forcément ».*

Dans les autres cas où une forme de stress est exprimée, l'impact des processus de précarisation se traduit très concrètement dans les conditions et l'organisation du travail, qui placent les salariées face à des contraintes excessives, à des gênes ou à des injonctions contradictoires dans l'accomplissement du travail.

Ainsi **Mme Lavour** fait état du manque d'organisation de la clinique, de l'absence de travail en équipe, de la mauvaise coordination avec les médecins, qui sont autant d'éléments stressants :

*« C'est très difficile de travailler dans des conditions pareilles. (...) Moi ce qui me stresse, c'est que je suis pas sûre que le médecin va venir, le psychiatre, est-ce qu'il va être là si j'ai besoin de lui ? Ou est-ce qu'on va m'écouter si je suis agressée ? (...) Donc les malades attendent leur médecin toute la journée, mais s'il vient, ils sont pas toujours vus, et après, nous on tamponne, on est là, voilà... Je dis pas qu'on fait le travail des médecins, c'est pas vrai, mais on rattrape... (...) Ils nous tiennent pas au courant, des fois on entend*

*des trucs... Y'a pas de coordination, c'est très déstructuré, et toute la clinique fonctionne sur cette névrose-là ».*

Il est intéressant de remarquer que Mme Lavour fait une différence très nette entre ce stress négatif, pathogène et contre-productif, et le « bon » stress lié à la nature du travail de soignant en psychiatrie :

*« C'est un travail qui demande beaucoup d'improvisation, où il faut s'attendre à un changement de... d'ambiance qui peut avoir lieu très vite, il peut y avoir aussi bien de l'agressivité qu'un risque suicidaire, qu'un risque de fugue, et on travaille dans cette... toute cette pression toujours, c'est notre quotidien. (...) Y'a toujours ce truc latent. (...) J'aime bien ça, ça me dérange pas, ça me dérange pas du tout, c'est pas ça qui me stresse ».*

Nous avons vu tout à l'heure que Mme Enzo établissait un lien entre un épisode morbide (pneumopathie) et la fatigue accumulée au travail et dans le hors-travail. Cette perception a été rattachée au type de l'usure qui, en affaiblissant l'organisme, le rend plus fragile face à des agents pathogènes extérieurs. Nous avons vu également qu'elle mentionne un stress lié à la nature même de son activité. Mais un troisième type de répercussion sur la santé passe par la médiation du « mauvais stress » dû aux défauts de l'organisation du travail. Mme Enzo décrit en effet un travail très intensif :

*« C'est beaucoup de stress. (...) Y'a des urgences, y'a... Une journée de travail, j'ai pas une minute pour boire un café quoi. (...) C'est des périodes qui sont difficiles pour moi, là, juin-juillet, mais c'est en lien avec le travail parce que c'est des périodes justement très très chargées au niveau du travail ».*

Elle fait également état d'une relation tendue avec sa collègue, ce qui « génère quand même un stress, parce qu'il y a inévitablement des loupés dans des prises en charge », et d'une mauvaise ambiance dans la structure où elle travaille :

*« Au pire moment du passage aux 35 heures, y'avait une ambiance déplorable dans l'institution, enfin c'était vraiment abominable au niveau nerveux quoi ».*

Tous ces éléments retentissent sur le bien-être et la santé psychique :

*« Et pour vous, ça se traduit comment ? - Oh ben c'est pas travailler dans de bonnes conditions quoi, ménager la susceptibilité de chacun, faire attention à ce qu'on dit, euh... (...) C'est une appréhension à l'idée d'aller travailler... (...) Oui, à cette période, j'allais au travail angoissée. - Ça veut dire que ça perturbait aussi votre vie en dehors du travail ? - Oui, oui oui, tout à fait, oui. Par exemple, j'avais du mal à l'endormissement, parce que je ruminais quoi, enfin, des trucs... enfin bon, des conneries quoi, mais n'empêche que ces conneries, quand on les vit au quotidien et que ça parasite le travail c'est... oui, c'est angoissant quoi ».*

Peu de temps avant l'entretien, Mme Enzo a ressenti une « douleur au cœur ». Après avoir consulté en médecine générale, elle est

*« allée voir cardiologue, qui m'a rassurée, qui m'a dit que je faisais pas du tout d'infarctus, que c'était juste... Qu'effectivement j'avais un cœur irritable, que j'avais certainement un problème... ».*



Un lien est établi par Mme Enzo entre ce trouble cardiaque et le stress engendré par ses activités de travail :

*« Je pense que c'est lié quand même, bon, même s'il y a un problème physique, je pense que quand même ça agit ».*

Chez **M. Bois**, le stress est essentiellement lié au contact avec une clientèle qu'il décrit comme de plus en plus exigeante :

*« Dès que le monde arrive, comme en général ça arrive assez vite, on est devant le comptoir et on... on a le téléphone, on a les clients, tout ça quoi. C'est un boulot assez stressant quand même, au niveau des... de... de la pression. – Et ça c'est plus qu'avant ? – Oh oui, beaucoup plus que quand on y était avant. C'est vrai que depuis... Moi avec l'expérience que j'ai au niveau du comptoir, c'est vrai que les gens, plus ça va plus ils vous prennent pour des moins que rien quoi, ah oui, tout à fait. Quand il manque un produit ou que, bon... Alors des fois on s'énerve un petit peu avec le client ».*

On a vu dans le chapitre précédent que si M. Bois n'estime pas être en « très bonne » santé, c'est précisément à cause de ces problèmes d' « énervement » (auxquels ils attribue également les calculs rénaux dont il souffre occasionnellement).

Le regard rétrospectif porté par **Mme Mara** sur son parcours professionnel, on l'a vu, fait apparaître une très forte intensification du travail au cours des dernières années, dont l'une des conséquences est une usure nerveuse qui, au fil du temps, porte atteinte à l'intégrité psycho-corporelle :

*« C'est pas en s'activant toujours toujours toujours qu'on est... au top. Y'a un moment où ça casse quelque chose, parce que de trop donner, trop donner, trop donner, ça... ça fait beaucoup. J'ai des amis autour de moi qui ont eu des accidents cérébraux, parce que bon ben comme moi ils ont trop travaillé, trop stressé ».*

La question de la reconnaissance réapparaît ici : « trop donner » (de son temps, de son énergie...), c'est s'épuiser pour que le travail soit fait – et bien fait, c'est aussi, dans le cas de Mme Mara, « trop » par rapport à une reconnaissance qui n'a pas été à la hauteur des efforts et des sacrifices consentis.

Il est intéressant de signaler également que Mme Mara estime que son départ lui a peut-être épargné de graves troubles de santé qui auraient pu survenir si elle n'avait pas été accidentée. Ce scénario alternatif virtuel (ou « uchronie ») lui est inspiré par l'expérience vécue par l'un de ses collègues :

*« J'ai un ami qui a tenu le choc, on l'a rétrogradé, il était à la direction générale, on l'a mis dans un petit magasin, on le faisait lever une fois toutes les deux nuits, on l'appelait un dimanche sur deux. Il a tenu un an et demi. Il a fait une attaque, il a failli y passer. Je vais pas arriver à une attaque moi hein ! On a à peu près le même âge... Donc vous savez... Tout bien regardé... Je me dis c'est peut-être une opportunité, une chance pour moi ».*

L'accident de travail a donc peut-être permis à Mme Mara de se retirer à temps d'une situation de travail pathogène.

Avec le dernier cas, celui de **Mme Kléber**, on se situe dans l'univers de la « fatigue ouvrière », dont M. Loriol montre qu'elle a longtemps été associée (y compris dans les discours ouvriers eux-mêmes) à l'usure physique, la notion de « stress » étant plutôt réservée aux activités non manuelles<sup>1</sup>. C'est pourtant bien une usure avant tout nerveuse qui est décrite par Mme Kléber, provenant d'une pression collectivement ressentie (et de plus en plus au fil des années) face aux contraintes temporelles et aux dysfonctionnements techniques. Il faut en effet assurer la continuité de la production malgré les pannes, ce qui exige une vigilance constante et une capacité de réaction rapide<sup>2</sup> :

*« Vous avez des machines, vous avez des... c'est des empaqueteuses, (...) donc ça passe devant vous, ça s'enveloppe, et vous êtes là plantée devant à surveiller si la machine va bien, et comme ça marche jamais bien, vous êtes toujours... speedée quoi, énervée. Et alors ça crie, quand ça marche pas, tout le monde crie. (...) Et puis donc il fallait surveiller que ça fonctionne bien du haut jusqu'au bas. Alors des fois vous aviez le haut ça marchait pas, en bas ça marchait pas, vous arrêtiez pas de... C'était une charge de travail vraiment... Parce que quand vous avez des machines, ça marche jamais à 100%, même pas 80 ».*

On note que pour Mme Kléber qui avait intériorisé les objectifs de la production (elle parle de sa « motivation » à « faire bien son travail, pour que ça... qu'il y ait des bons résultats », à « faire tout le possible pour que ça rentre dans l'ordre »), il n'y a pas de possibilité de retrait au sein même des activités de travail :

*« J'en arrivais à faire comme les autres, bon pourtant je suis d'un tempérament calme, mais j'en arrivais à faire comme les autres, pousser des cris de gueule des fois quand ça n'allait pas, ça m'arrivait hein ! ».*

Par contraste, la période où elle a été affectée aux « pauses » (remplacements ponctuels de personnes sur divers postes) est jugée moins stressante – bien que fatigante d'une autre façon :

*« Les pauses, c'était... pas moins fatigant, mais moins fatigant moralement, parce que vous aviez moins de responsabilité. Si ça marchait pas, ça marchait pas, bon, il fallait que vous faissez marcher, mais vous aviez une autre personne au-dessus de vous qui devait... c'était à elle à s'en occuper après. Donc c'était moins fatigant quand même. C'était fatigant mais c'était pas pareil parce que donc vous aviez l'esprit plus libre, de dire : si ça marche pas c'est... c'est pas parce que moi j'arrive pas bien à le faire ».*

L'énervement et la tension éprouvés au quotidien pendant de longues années sont pour Mme Kléber des facteurs essentiels dans la survenue de son infarctus. Certes, elle mentionne des « facteurs de risque » personnels, qui constituent un terrain favorable, mais l'élément pathogène est bien cette longue exposition au stress du travail :

---

<sup>1</sup> LORIOL M., *Le temps de la fatigue*, op. cit.

<sup>2</sup> DODIER N., *Les hommes et les machines*, op. cit.

« Et l'infarctus, il est lié à votre travail ? – Une partie, oui. Parce que moi, on me dit que bon, c'est... parce que moi j'ai du diabète et tout ça, ça y joue aussi, mais **le travail a joué aussi**, parce que bon... **La fatigue elle est quand même là aussi**. Et puis bon, vous êtes tous les jours plus ou moins un peu énervée, ça y fait aussi, ça. (...) **Quand vous travaillez dans le stress, la santé en prend un coup aussi** ».

Au terme de cette analyse des modes de désignation par les salariés des effets pathogènes du travail, certains résultats d'ensemble méritent d'être soulignés.

Tout d'abord, il est important de remarquer que, quels qu'ils soient, ces effets se font sentir dans la vie hors travail au moins autant que dans le travail, et même souvent davantage dans la mesure où les gênes, les douleurs et les désagréments sont fréquemment occultés pendant le travail afin d'en assurer l'accomplissement<sup>1</sup>. De ce fait, la distinction entre « travail » et « hors travail » n'est pas aussi claire qu'il y paraît, et « la santé apparaît ainsi comme le pont probablement le plus sensible entre vie "au travail" et vie "hors travail"<sup>2</sup> ».

Une autre distinction se révèle discutable : celle qui inscrirait les troubles physiques et les désordres psychiques dans deux sphères séparées. Les analyses qui précèdent montrent au contraire la grande perméabilité des deux registres. Les effets du travail sur la santé sont donc à considérer dans leur aspect transversal : quelle que soit par ailleurs la nature du travail effectué, la santé du corps et celle de l'esprit sont toutes deux susceptibles d'être mises en jeu<sup>3</sup>.

Cependant, même s'ils sont étroitement liés, troubles corporels et psychiques ne sont pas « occultables » de la même façon. Il semble, au regard des exemples de ce corpus, que les douleurs et les pénibilités physiques sont moins difficiles à mettre à distance, à supporter ou à minimiser, et qu'à l'inverse, dès lors que l'atteinte porte sur la personne et l'identité, les stratégies défensives sont plus réduites. Toutes les formes de violence sociale et de stigmatisation, qui touchent à l'intimité de la subjectivité, apparaissent finalement plus perturbatrices que les atteintes et les épreuves corporelles qui peuvent être confinées dans une relative extériorité (ou parfois mises en scène comme des signes visibles d'endurance et de « mérite » personnel).

---

<sup>1</sup> Ceci explique que la coexistence des pôles 6 et 7 du tableau soit fréquente.

<sup>2</sup> DESSORS D., SCHRAM J., VOLKOFF S., « Du handicap de situation à la sélection-exclusion : une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques », *op. cit.*, p. 38.

<sup>3</sup> Cette remarque en amène une autre, qui peut sembler être une évidence mais dont le bien-fondé n'est probablement pas assuré dans toutes les sphères qui « traitent » de la santé au travail (ni dans le grand public) : la question des mises en jeu de la santé au travail est pertinente pour *tous* les salariés, et pas uniquement pour ceux qui effectuent un travail physique (même si les marges de manœuvre ne sont pas les mêmes pour tous, en particulier pour les salariés qualifiés et non qualifiés).

Enfin, les analyses proposées suggèrent que la désignation du travail comme pathogène est à comprendre comme un révélateur du rapport subjectif au travail. Les plaintes ou les inquiétudes exprimées dans l'ordre de la santé sont en effet le plus souvent associées à la description d'une expérience de travail insatisfaisante, disqualifiante et marquée par des formes d'intensification et d'exploitation. Ces aspects semblent finalement davantage liés à des verbalisations dans le domaine de la santé que ne le sont les dimensions « classiquement » pathogènes du travail (pénibilités, efforts, exposition à des risques ou à des toxiques). Dès lors, il semble que la santé constitue un registre privilégié d'expression d'un rapport négatif au travail (ce qui, soulignons-le, n'enlève rien à la présence réelle et effective des troubles mentionnés par les salariés). On peut comprendre cela si l'on considère que l'indicible des malheurs que l'on vit dans le travail trouve dans le registre de la santé un lieu d'expression à la fois plus acceptable sur le plan subjectif et plus légitime socialement : il est dans un sens plus « facile » de désigner la maladie, l'usure, l'atteinte corporelle ou psychique (qui de plus peuvent être objectivées par des experts médicaux), que de nommer l'injustice, l'aliénation, la domination, le déclassement... en tant que tels, et donc de s'en reconnaître victime.

#### *d) La santé au cœur des activités de travail*

1 L'intégration professionnelle facteur de santé	2 L'intégration professionnelle pathogène	3 La santé facteur d'intégration professionnelle	4 La santé facteur de sélection- exclusion prof.
5 Le travail facteur de santé	6 Le travail pathogène	7 La santé outil de travail	8 La santé à l'encontre du travail

Le dernier angle d'analyse des articulations entre santé et travail (*cases 7 et 8*) interroge les différentes façons dont la santé se manifeste au cœur même du travail, soit en favorisant son accomplissement, soit en le perturbant ou même en le rendant impossible.

Sur le premier mouvement de la dynamique, comme je l'ai déjà précisé, peu de choses peuvent être dites, du moins dans le cadre de cette recherche : la mobilisation par les individus, dans le cours même de leurs activités de travail, de l'ensemble de leurs capacités psycho-corporelles est une réalité qui ne devient

visible et dicible que lorsqu'elle est problématique, lorsqu'elle nécessite des ajustements, des formes de réparation ou de compensation, ou lorsqu'elle ne peut être rétablie qu'à l'aide de supports extérieurs. C'est donc par son envers que cette dynamique sera appréhendée ici, à travers l'ensemble des modes de réaction face à « toutes ces contraintes, souffrances et événements du corps individuel, (...) toutes ces situations où entrent en jeu les douleurs, la fatigue, le vieillissement, toute une constellation d'états corporels<sup>1</sup> non catégorisés comme "maladies" mais néanmoins prépondérants dans les activités quotidiennes de travail<sup>2</sup> ».

Dans le corpus analysé ici, les défaillances de santé gênantes pour le travail relèvent de deux grandes catégories :

- les limitations, gênes et douleurs physiques, qui peuvent être ponctuelles (liées à une pathologie passagère) ou plus durables, voire chroniques (pour Mme Anam ou M. Sernin, le mal de dos est une dimension permanente de leur état de santé, comme l'est la fatigue pathologique pour M. Thimas, Mme Chafi ou Mme Faya) ;

- les troubles de santé mentale qui perturbent le cours des activités de travail. Un seul exemple est observé dans le corpus : il s'agit de **Mme Jeco**, qui décrit les effets néfastes de l'alcool sur son comportement et ses facultés cognitives<sup>3</sup> :

*« Ça me joue dans mon travail. - Dans quel sens ? - Y'a des moments ben... y'a des moments ça va pas dans mon travail... Y'a des moments, comme on mange, bon, à la cantine quoi, un Flunch ou n'importe quoi, c'est le premier des trucs, bon ça c'est sûr, je mange, et hop, un peu de vin... Y'a des moments j'en manque, de vin. Ça c'est... c'est par périodes. (...) Et ça me joue dans mon travail, dans mon comportement. Je le sais, je le vois. Parce que y'a des moments, j'ai bu par exemple le dimanche, le lundi bon, parfaite, impeccable au boulot, mais... (soupir) dans la tête, c'est le creux quoi. Le lendemain, y'a quelqu'un qui me dit un truc le lundi matin à 8h, à 9h je vais le revoir, té, qu'est-ce que tu m'as dit ? Des creux. Des trous de mémoire. Ça cause des trous de mémoire l'alcool, c'est incroyable. Ça c'est... c'est mortel ».*

L'analyse des entretiens montre que lorsque les salariés sont confrontés à un désordre psychique ou corporel qui rend plus difficile l'accomplissement du travail, ils peuvent mettre en œuvre quatre types de conduites :

- la première consiste à partir, à quitter l'emploi : on a vu par exemple que **Mme Damo** a « laissé tomber » un contrat car ses problèmes d'asthme rendaient impossible

---

<sup>1</sup> J'ajoute : et psychiques.

<sup>2</sup> DODIER N., « Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail », *op. cit.*, p. 622.

<sup>3</sup> Je considère ici l'alcoolisme comme un trouble de santé mentale (même si ses manifestations sont également somatiques) dans la mesure où Mme Jeco associe cette addiction à son état moral et à son mal-être.

la réalisation du travail, ou que **M. Thimas** a été « *obligé d'arrêter* » un emploi de chauffeur-livreur lorsque son hépatite s'est aggravée. Dans un autre contexte, cette solution consistant à partir prend la forme de la « *sortie par l'inaptitude* », qui caractérise les situations de **Mme Jodu**, **Mme Kléber** ou **Mme Mara**. Dans ces cas de figure, l'incapacité physique est telle que le retrait est la seule issue possible. On rejoint alors les processus de sélection-exclusion professionnelle par la santé décrits au début de cette section. Je rappellerai seulement que la définition du seuil d'incapacité ne répond pas à une stricte évaluation biomédicale et ne fait pas toujours l'objet d'un consensus : le sentiment de « *ne plus pouvoir tenir* » éprouvé par les salariés (et reposant lui-même sur des critères complexes qui ne relèvent pas seulement de la santé « *fonctionnelle* » perçue) n'est pas systématiquement reconnu et légitimé par les instances médico-administratives ;

- une autre voie d'action lorsque l'état de santé se révèle incompatible avec la poursuite des activités de travail consiste à modifier le travail lui-même par des changements ou des aménagements (de postes, d'horaires...). Ce type d'adaptation qui nécessite l'intervention d'acteurs institutionnels, en particulier le médecin du travail, est rencontré chez **Mme Jodu** (mutation interne avec changement de lieu de travail) et **Mme Mara** (mi-temps thérapeutique). Le cas de **Mme Brax** représente un contre-exemple dans la mesure où précisément ces aménagements des conditions de travail ne sont pas respectés par l'employeur (il faut préciser que pour Mme Brax, ce n'est pas le sentiment de « *ne plus pouvoir* » qui est en jeu, mais le risque d'une atteinte physique qui aggraverait la pathologie déjà présente) ;

- l'arrêt de travail ponctuel, pour se soigner ou se reposer (« *se refaire une santé* ») en attendant de « *recupérer* » tout ou partie des ressources de santé, représente une troisième possibilité d'action face à une défaillance de santé ;

- enfin, il reste bien sûr l'option consistant à « *tenir* » au travail en dépit des gênes, des douleurs ou de la fatigue, et à se débrouiller pour « *faire avec* » ou « *faire malgré* », de façon à assurer l'accomplissement du travail.

Ces deux dernières possibilités sont étroitement liées entre elles. En effet, « *tenir* » au travail, c'est choisir (ou être contraint) de ne pas s'arrêter ; s'arrêter, c'est pouvoir se permettre de ne pas « *tenir* » lorsque la santé fait défaut. Or, les enjeux qui se nouent autour de la dynamique consistant à « *tenir* » au travail m'ont semblé mériter une section spécifique, dans laquelle seront analysées conjointement les situations où il s'agit de « *tenir* » face aux défaillances de santé (« *tenir* » *contre* la

santé *pour* le travail) et celles où il faut « tenir » face aux pénibilités du travail (« tenir » *contre* le travail *par* la santé).

### **3. « Tenir » au travail : des significations et des ressources diversifiées**

---

Il m'a semblé pertinent d'aborder en un même mouvement analytique l'ensemble des dynamiques consistant à « tenir » au travail, qu'elles se déploient face aux pénibilités du travail ou face aux troubles de santé, et cela pour deux raisons. D'une part, les deux versants finissent souvent par se rejoindre et se confondre : il est fréquent qu'un problème de santé rende le travail plus pénible, et inversement, que les contraintes et les pénibilités du travail se traduisent dans l'ordre de la santé. Autrement dit, les cases 6 et 8 du tableau distinguent de façon analytique deux processus qui, pour les salariés en situation, se mêlent souvent pour n'en faire plus qu'un. La question de savoir comment « ça » a commencé, ou si un aspect domine l'autre, est secondaire par rapport à l'enjeu immédiat : faire face à une réalité dans laquelle santé et travail sont au moins partiellement incompatibles. D'autre part, « tenir » face aux insatisfactions et aux souffrances causées par le travail ou face aux gênes engendrées par un trouble de santé sont des conduites qui cristallisent en grande partie les mêmes logiques, qui font appel à des interprétations subjectives similaires, et qui mobilisent les mêmes ressources et supports.

Quelles qu'en soient les modalités et les significations, « tenir » au travail revient toujours à élaborer un *compromis* plus ou moins temporaire entre le souci de soi et de sa santé, et les préoccupations en matière d'intégration professionnelle et de rapport au travail. « Tenir » au travail, c'est *résister* autant que possible aux pénibilités éprouvées au cours des activités de travail, ce qui suppose dans tous les cas de sacrifier quelque chose de soi au maintien de ces activités. L'articulation santé-travail prend alors la forme d'*antagonismes négociés*, et cette négociation suppose en quelque sorte d'accepter un mal pour un bien – et nous allons voir que ce « bien » recouvre des sens variés. Mais d'abord, une précision importante doit être faite : si la notion de négociation ou l'idée d'une mise en balance de ce qu'il y a à perdre et à gagner permettent en effet de rendre compte des attitudes observées,

il ne faut pas réduire ces transactions empiriques et symboliques à des raisonnements répondant au strict calcul rationnel coûts/avantages, dans l'idée que les salariés maîtriseraient en toute conscience les tenants et les aboutissants de leurs décisions. Il s'agit plutôt d'observer, dans la tradition compréhensive weberienne, que la rationalité en finalité côtoie (et souvent s'associe à) d'autres types de logiques significatives (affects, valeurs, tradition).

Je propose, pour explorer les sens et les formes des actions dont l'enjeu est de « tenir » au travail, de les analyser autour de deux questionnements : celui des raisons, qui se dédouble en « pour quoi » (dans quel but) et « pourquoi » (au nom de quoi) les salariés tiennent-ils ; et celui des moyens : comment les salariés s'y prennent-ils, à qui et à quoi font-ils appel, quelles aides mobilisent-ils ?

### *a) Pourquoi et pour quoi « tenir » au travail ?*

Une première raison de « tenir » au travail, relevant d'une rationalité instrumentale, est la nécessité économique de travailler, qui vaut dans presque tous les cas. On a vu plus haut que le renoncement aux arrêts maladie peut répondre à cette logique. J'ajouterai que l'impératif financier peut également prendre la forme d'une restriction des possibilités de choix dans le travail lui-même, comme pour **Mme Alpe** qui, compte tenu de l'insuffisance de son temps de travail, ne peut se permettre de refuser d'aller chez certaines personnes avec qui elle ne s'entend pas :

*« Y'a des personnes vous avez pas envie d'aller chez elles, oui, ça existe aussi. Mais... comme j'ai besoin de travailler, je passe outre, je... je passe. Je... je le prends sur moi et je fais quand même mon travail ».*

Au-delà de cette raison élémentaire, les motifs mis en avant par les salariés pour « tenir » au travail peuvent être rattachés à quatre types de logique.

### **Les enjeux du rapport à l'emploi**

Ce type d'arbitrage consistant à privilégier l'emploi caractérise, on l'a vu, la conduite de **M. Sernin** qui choisit de taire ses problèmes de dos afin de consolider sa situation professionnelle au sein de la structure qui l'emploie. Appréhendée au niveau situationnel des activités de travail, cette stratégie se traduit par une



tentative de masquer physiquement son état corporel : « *c'est vrai que au bout d'une heure, quand je travaille à l'école, on me voit boiter, malheureusement<sup>1</sup>* ».

Le cas de M. Sernin permet de remarquer que la douleur physique est souvent occultée « naturellement » pendant le travail :

*« Je sais que généralement quand je travaille, je fais passer la douleur après. Et donc si je pars par exemple 3 semaines diriger un centre, je souffre, mais j'arrive à supporter mieux, et en fait la douleur je la sens vraiment en rentrant. C'est comme si je la mettais de côté et qu'elle revenait dès que j'arrêtais de bosser ».*

On trouve une verbalisation presque identique chez **Mme Anam** :

*« Quand je travaille, j'ai mal mais moins, il me fait moins mal, mon dos, quand je travaille que quand je suis au repos. (...) Sur le moment je n'y pense pas, c'est après ».*

L'enjeu de l'emploi est également présent chez Mme Anam. Interrogée sur les raisons pour lesquelles elle travaille « comme si » elle n'avait pas mal<sup>2</sup>, elle évoque dans un premier temps une raison personnelle liée à un enjeu identitaire :

*« Moi j'essaie de faire comme tout le monde, j'essaie d'aller vite, j'essaie de faire mon travail. – Et pourquoi vous essayez de faire comme ça ? – C'est pour me montrer que je suis comme tout le monde, et que j'ai... J'ai rien à prouver, enfin pour moi dans ma tête, voilà, moi dans ma tête, je me prouve à moi-même que je suis comme tout le monde ».*

Mais une deuxième raison est avancée :

*« Et est-ce que ça a un rapport avec l'éventualité de garder votre emploi ou pas ? – Ah oui. Ah oui parce que je me dis que si je fais pas mon travail, si je fais pas... Si je montre pas ce que je vau, ils me garderont pas. Et c'est vrai. Faut dire ce qui est ».*

Dans le même registre, on peut citer aussi l'expérience de **M. Terray** qui, avant de démissionner, a essayé de « tenir » dans un emploi pénible car c'était son premier CDI. Une différence notable peut cependant être relevée : M. Terray a pu avoir recours à des arrêts de travail lui permettant de « souffler » et d'échapper ponctuellement à la fatigue physique et au stress du harcèlement moral :

*« J'ai eu des arrêts de travail pour le dos, quelque jours. (...) Et après par contre, je me suis fait arrêter parce que... Parce qu'un jour il m'a insulté... Un soir, il m'a engueulé, il m'a insulté, et j'ai voulu quitter le travail. Heureusement, [un copain] m'a dit de pas le faire, parce que c'était un abandon de poste. Alors j'ai attendu jusqu'à 7h, et je me suis mis en arrêt de travail, je suis allé voir le docteur, j'ai expliqué, et je me suis mis en arrêt de travail, j'ai fait ça deux fois ».*

Dans ces exemples, l'enjeu du maintien dans l'emploi renvoie moins à la nécessité financière qu'aux attentes positives en termes d'intégration professionnelle. On

---

<sup>1</sup> Dans le même ordre de phénomènes, Mme Faya mentionne que sa fatigue « est un gros problème, parce que... on me reproche ma lenteur, le fait que je sois fatiguée au travail ».

<sup>2</sup> Ce qui revient à essayer de rétablir quelque chose en soi pour passer de la case 8 à la case 7 du tableau présenté plus haut.

s'efforce d'autant plus de « tenir » au travail que le rapport au travail est satisfaisant et/ou que l'emploi actuel est porteur d'espoirs de progression ou de stabilisation.

### **« Tenir » par éthique du travail**

Plusieurs personnes mettent en avant un sens du devoir qui les incite à continuer à travailler même lorsque cela devient pénible. Cette éthique du travail se manifeste par une limitation au minimum de la fréquence et de la durée des arrêts de travail.

**Mme Jost** déclare ainsi :

*« Je sais comment je suis, je sais que je ne m'arrête pas pour des bricoles, c'est justifié. (...) J'ai compté mes arrêts dans ma carrière, je me suis arrêtée en tout et pour tout : 3 semaines pour une appendicite, 2 semaines pour une pneumonie, 2 mois pour l'opération des seins, et 1 mois pour le... truc<sup>1</sup>, alors vous faites le total, ça fait pas... ! Non, j'aurais des scrupules de m'arrêter pour n'importe quoi ».*

Un discours similaire est observé chez **Mme Alpe** qui souligne que malgré ses nombreux problèmes de santé (« sur le plan de la santé, il m'en est arrivé beaucoup »), elle n'a presque jamais cessé de travailler :

*« Ça m'a jamais... arrêtée de travailler. A part mes yeux et mon ventre. C'est tout. Je suis pas une personne qui manque le travail pour un oui ou... Je peux avoir... mal à la gorge et aller travailler, je peux avoir une petite baisse de tension, je vais travailler quand même hein. (...) J'ai eu 2 mois d'arrêt, pour les yeux, mais j'ai repris au bout d'un mois. Je suis pas quelqu'un à rester... ».*

Par ailleurs, lorsque Mme Alpe fait le récit des événements qui l'ont amenée à subir une hystérectomie (elle était alors employée en CES), on constate qu'elle a attendu le plus longtemps possible avant même de consulter un médecin :

*« J'étais fatiguée, très fatiguée, j'avais la fatigue, et puis bon, perte de... de sang, du matin jusqu'au soir, en hémorragie, et 15 jours comme ça, j'ai dit oh, y'a quelque chose. - 15 jours, vous avez attendu ? - 15 jours. Oui. - En allant travailler ? - En allant travailler. Et puis les collègues je leur faisais peur, parce que je... j'avais le teint très... de quelqu'un qui était malade gravement ».*

La première réaction de Mme Alpe lorsque l'opération s'est avérée nécessaire a été de la repousser autant que possible :

*« J'attendais le renouvellement, si on me renouvelait pas, je me faisais opérer, et sinon je voulais faire plus tard ».*

Mais finalement, l'opération ne pouvait pas attendre (« c'était déjà limite »), et Mme Alpe a donc accepté que l'intervention ait lieu avant la fin de son contrat.

---

<sup>1</sup> Il s'agit de son hospitalisation à la suite du malaise dû à une hypertension.

Dans le cas de Mme Alpe, on peut se demander dans quelle mesure cette expression d'une morale du travail au nom de laquelle on s'efforce de « tenir » (il s'agit de montrer que l'on est « dur au mal ») ne s'associe pas, en arrière plan, avec une conception du travail qui porte la trace de l'origine du terme (le *tripalium*, instrument de torture), comme si la souffrance et la mise en péril du corps étaient inscrites dans la nature même du travail, comme s'il était « normal » que le travail soit une épreuve – ce qui implique en retour qu'il y aurait une certaine incongruité à se préoccuper de sa santé tant que l'on peut faire autrement.

Dans le cas de **Mme Lavaur**, la volonté de « tenir » ne s'est pas exprimée à l'occasion d'une pathologie, mais lors de sa deuxième grossesse :

*« J'ai travaillé jusqu'à la fin de la grossesse de Sam, j'ai dû m'absenter une fois 3 ou 4 jours, mais sinon je l'ai fait jusqu'au bout ».*

Il est intéressant de remarquer que rétrospectivement, Mme Lavaur estime avoir eu tort. L'enjeu en effet est celui de la reconnaissance par autrui (en l'occurrence par l'employeur) des efforts consentis, cette reconnaissance étant essentielle dans l'identité positive de « travailleur ». Il s'agit, comme le montre N. Dodier<sup>1</sup>, de conquérir une « position morale » favorable dans le milieu de travail en manifestant sa motivation, sa volonté, sa ténacité, son sérieux. Mais dans le cas de Mme Lavaur, comme on l'a vu, la reconnaissance attendue a fait défaut. Au vu de la dégradation de sa situation professionnelle, elle regrette aujourd'hui d'avoir sacrifié son bien-être :

*« Avec le recul je me dis mais t'étais bête, t'aurais dû te faire arrêter ! Parce que j'étais fatiguée, j'avais des contractions, j'étais pas bien du tout, mais non, c'est une espèce de truc, là, c'est... un honneur d'aller travailler alors qu'on est enceinte, alors que maintenant je me dis pfff ! (rire) ».*

On voit ici que l'enjeu se situe bien sur le plan de l'identité sociale : mettre un « point d'honneur » à aller travailler malgré un état corporel fragilisé, c'est chercher à susciter un jugement moral positif de la part des autres du travail, jugement fondé sur la reconnaissance du mérite et des qualités de résistance de la personne.

### **« Tenir » ses engagements envers autrui**

Lorsque des désordres corporels se manifestent dans un contexte d'investissement subjectif fort dans le travail, le sens de la responsabilité personnelle peut amener la

---

<sup>1</sup> DODIER N., « Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail », *op. cit.*

personne à passer outre les gênes ressenties ou les risques physiques encourus. On trouve un exemple de cette conscience professionnelle à contrepartie potentiellement néfaste pour la santé chez **Mme Jost** :

*« Le lundi j'ai commencé à pas être bien, fiévreuse et tout ça, mais j'avais promis d'assister à l'inauguration du nouveau magasin à L. le mercredi. (...) Le mardi je suis allée au boulot, avec 40 de température hein (...), et le mercredi je suis allée à L., je m'étais emportée un tube d'Effergal, je crois que dans la journée le tube y est passé, parce que j'étais vraiment pas bien, et j'ai tenu comme ça toute la journée. (...) Le lendemain matin je suis allée au boulot, j'étais mais alors mal, mal, mal ! »*

Mme Jost sera finalement arrêtée, mais insiste pour ne pas être absente plus de 15 jours, bien qu'elle n'ait pas été remise après ce délai :

*« Je suis revenue j'étais une serpillière, j'étais une loque, j'étais fatiguée, fatiguée, fatiguée. Mais j'ai dit bon, je veux pas... bon, et puis j'ai pris le dessus comme ça ».*

C'est donc ici par loyauté envers l'entreprise et pour respecter des engagements pris vis-à-vis de l'employeur que l'on puise – jusqu'à s'épuiser – dans ses ressources de santé.

On observe une conduite de même nature chez **Mme Mara**, mais avec un retournement ultérieur engendré là encore par un défaut de reconnaissance et de considération de la part de l'employeur. Après son accident de travail, Mme Mara a d'abord essayé de « tenir » jusqu'à la limite de ses possibilités pour rendre service à l'entreprise :

*« J'ai eu... 3 semaines à peu près d'attelle, avec les béquilles, et donc ensuite... Bon je... En allant travailler, en conduisant, en faisant tout ça, et puis bon ma cheville arrêtait pas quand même malgré l'attelle – après, quand on l'a enlevée, elle arrêtait pas de gonfler, c'est là où [le médecin du travail] m'a dit : mais vous devriez pas continuer à travailler, faudrait aller revoir... Je lui ai dit, manque de pot, au niveau du travail, à ce moment-là, ils avaient besoin de moi, y'avait personne... J'étais responsable du service financier, et donc... Le chef de caisse partait, et y'avait personne, y'avait que sa jeune adjointe, qui n'y connaissait pas trop, et moi qui avait 24 ans de boîte, donc on m'a demandé de prendre la caisse centrale aussi, donc je suis repartie à la caisse centrale, pour faire les congés des filles, tout ça, et donc j'ai mis des strappings, des strappings, des strappings. (...) Je me suis sentie un peu – étant depuis... de nombreuses années dans l'entreprise, un peu tenue pour essayer de... d'arranger un peu tout ça. (...) Et puis le chef de caisse est arrivé 3 mois après, et... j'ai été quand même obligée d'y rester un peu pour le mettre au courant ».*

En cohérence avec le statut de Mme Mara dans l'entreprise (poste à responsabilité), on voit qu'ici qu'elle avait intériorisé les impératifs organisationnels, qui se confondaient pour elle avec un devoir personnel. L'obligation perçue s'enracine au moins autant dans cette adhésion subjective au rôle de cadre<sup>1</sup> qu'à une exigence formulée par sa hiérarchie (« C. nous a demandé de plus en plus, c'était... On faisait beaucoup

---

<sup>1</sup> Cf. : Chapitre I, §4, « Néomanagement et enrôlement des subjectivités ».

*d'heures hein, je dois dire, 70, 80 heures par semaine* »). Mme Mara s'est donc sentie « tenue de tenir<sup>1</sup> ». Mais par la suite, la dégradation simultanée de son état de santé et de sa situation dans l'entreprise font naître le sentiment d'avoir été flouée, de s'être « sacrifiée » en vain :

*« La bêtise que j'ai faite, c'est de vouloir absolument travailler, et de pas écouter [le médecin du travail]. (...) J'ai pas fait attention à moi, et c'est ma santé qui a... (...) Je m'en suis mordu les doigts d'avoir voulu trop travailler pour C., quand j'avais les strappings, j'ai pas voulu écouter, maintenant... ! (...) J'aurais dû écouter [le médecin du travail] quand il m'a dit de... d'aller me faire soigner pour le pied, que C. ne m'apporterait rien, que... On me redonnerait pas ce que je donne. Mais je lui ai dit non parce que j'y croyais encore... – Oui, vous aviez une image de l'entreprise qui faisait que... – ... qui faisait que bon, je me disais, bon, ils sont bien, ils sont... Et puis bon, ça a bien changé ! ».*

Tant que demeuraient l'identification au rôle professionnel et la confiance à l'égard de l'entreprise, il y avait un sens à « tenir », à remplir ses obligations malgré les pénibilités induites par l'accident de santé. Mais avec la prise de distance et la rupture du lien d'attachement à l'entreprise, c'est toute la séquence biographique située entre l'accident et le moment présent qui est rétrospectivement réinterprétée. Dans cette nouvelle mise en intrigue, l'épreuve subie n'a plus de sens.

Chez **Mme Chafi**, on observe une variante de cette volonté de respecter les engagements pris au sein du collectif de travail, non par rapport à l'employeur mais à l'égard des collègues :

*« Non, [ma santé] a jamais posé de problème pour que j'aille travailler, non. (...) Ça fera 1 an en novembre, et je me suis jamais absentée, non. Non parce que à la limite, peut-être que si j'avais le poste seule – enfin seule, je m'entends, mais là je sais que j'aimerais pas qu'on me le fasse, je suis de repos, on m'appelle : ouais, C. est pas venue, faut que tu viennes... Donc ne serait-ce que pour mes collègues, non. (...) On se force. Bien sûr, y'a des fois où je suis mal et fatiguée, et j'ai pas envie. Mais j'y vais ».*

Mme Chafi souligne pourtant que sa santé s'est nettement dégradée au cours de la période récente :

*« Je sens que je vais de plus en plus mal quoi, parce que les... les choses s'enchaînent, en quelque sorte, avant j'avais jamais mal aux jambes, j'avais pas des problèmes le matin pour me lever... Maintenant c'est souvent que je suis pas bien, que je suis fatiguée parce que, dû au diabète quoi, ou que j'ai mal à l'estomac, ou que j'ai mal aux jambes ».*

Il s'agit donc bien de « tenir », en renonçant à des arrêts maladie mais aussi en occultant les gênes et la fatigue dans le cours même du travail :

---

<sup>1</sup> Ce type de comportement après un accident de travail est notamment décrit par M. Lorient, « Accidents et organisations du travail : les enjeux de l'arrêt de travail », *op. cit.* (chapitre III, §3a).

*« En hiver, dans mon kiosque, j'arrive à transpirer et à mettre la climatisation ! Parce que, c'est pareil, je transpire énormément, c'est dû au diabète, je transpire énormément, j'ai constamment chaud, donc j'ai du mal à me traîner quoi ».*

On remarque qu'ici aussi, les troubles de santé sont finalement moins perturbateurs dans le travail lui-même que dans la vie hors travail :

*« C'est bizarre, autant mon travail, ça va, autant... C'est à la limite quand je m'arrête quoi, une fois que je me suis arrêtée, j'ai plus envie de rien faire quoi, le moindre truc... ».*

### **« Tenir tête » et garder la face dans un rapport de domination**

Le dernier cas de figure de cette analyse des raisons et des significations qui éclairent les conduites consistant à « tenir » au travail correspond aux situations dans lesquelles le rapport avec l'employeur ou la hiérarchie est conflictuel, et où l'enjeu est alors de « garder la face<sup>1</sup> » et de maintenir une forme d'honneur personnel et d'estime de soi envers et contre toutes les humiliations subies.

Cette réaction de défense est particulièrement prononcée chez **Mme Brax**. On a vu à quelles conditions matérielles et relationnelles elle est confrontée. Dans un premier temps, à la suite d'un nouvel accrochage avec son supérieur, elle choisit le retrait ponctuel de l'arrêt maladie : « à 11 heures et demie je suis allée manger, et je me suis mis un mois et demi en maladie ». Mais cette prise de distance temporaire est l'occasion d'une réaffirmation de sa volonté de ne pas céder :

*« A ma reprise de travail, y'en a beaucoup qui ont été surprises que je reprenne, elles pensaient que je reprendrai pas, mais moi comme j'ai rien à me reprocher je veux aller jusqu'à la fin de mon CDD. Et j'irai jusqu'au bout ! ».*

Démissionner ou ne pas reprendre le travail équivaldrait ici à un aveu d'échec, et reviendrait à donner la « victoire » à son employeur :

*« Comme m'a dit la médecin du travail, s'il est trop méchant avec vous, mettez-vous en maladie ! Parce que je peux le faire, mais pourquoi faire ? D'être là ça le contrarie encore plus ! C'est moi qui marche la tête haute, puisque j'ai rien à me reprocher, je vois pas pourquoi je partirais... Et je tiendrai (...) Moi je tiendrai hein ! De toute façon il peut me dire tout ce qu'il veut, moi je ne bougerai pas. Moi, il est clair et net qu'il me fera pas plier. Parce que j'ai du fort caractère, et je le tiendrai jusqu'au bout. Il s'imagine que je n'irai pas plus loin. Mais ça, il est pas arrivé ! ».*

Mme Brax a en effet saisi l'Inspection du travail, et même si depuis son supérieur se montre plus coopératif, elle est bien décidée à mener la procédure à son terme :

*« Bien sûr maintenant il passe de la pommade parce qu'il a peur de l'Inspection, et il a peur des Prud'hommes ! (...) Beaucoup m'ont dit il va essayer de t'amadouer pour que justement tu arrêtes la procédure. Mais je ne l'arrêterai pas, ça il est clair ».*

---

<sup>1</sup> GOFFMAN E., *La mise en scène de la vie quotidienne*, trad. fr. : Paris, Éd. de Minuit, 1973.

Si Mme Brax est aussi déterminée, c'est qu'elle se sent investie d'un combat qui dépasse son seul cas individuel. En effet, le conflit avec son supérieur se double désormais d'un rapport de force collectif. Par son attitude de résistance personnelle, Mme Brax se fait la porte-parole des autres salariés qui, eux, ne peuvent pas « se permettre » de tenir tête à l'employeur. « Tenir » prend alors une portée collective :

*« Si je me bats c'est pas pour moi maintenant, ce sera pour les autres, je veux que l'Inspection s'en mêle, que ce soit fait dans les règles, parce qu'on est toutes dans le même cas. (...) D'ailleurs y'en a qui sont contentes parce que... Les anciennes elles sont là : oh, si la boîte pouvait fermer ! (...) Moi je le fais pour mes copines maintenant ».*

On peut noter que dans ce contexte où s'exprime une forme de violence sociale interpersonnelle, le recours à des institutions spécialisées (Inspection du travail, Prud'hommes) donne la possibilité de dé-singulariser le conflit, et de le faire exister dans des arènes publiques où prévaut une loi commune et impersonnelle (ce qu'évoque Mme Brax avec l'expression « que ce soit fait dans les règles »). Cette façon de « tenir » au travail permet de s'extraire de la seule relation de face-à-face, coûteuse nerveusement et émotionnellement.

La volonté de ne pas « perdre la face » apparaît également dans le parcours de **Mme Jost**, à l'occasion du conflit mentionné précédemment avec son supérieur. Le refus de l'arrêt de travail s'inscrit dans une même logique visant à ne pas laisser le « dernier mot » à l'adversaire :

*« Quelquefois j'ai eu envie, oui, [de m'arrêter], quand j'ai eu des problèmes avec le directeur là... (...) Voyez là j'avais une raison là quand j'ai eu le conflit avec le directeur, de me dire je... (...) Mais j'ai dit je ne veux pas m'arrêter pour lui montrer que – je ne voulais pas qu'il remarque que ça m'avait touchée, parce que c'est ça, vous baissez les bras, vous dites je déprime, je m'arrête, pour eux c'est une victoire, ils se disent on l'a touchée ».*

L'emploi du pluriel est ici révélateur du fait que Mme Jost associe son expérience personnelle à tous les autres cas de même nature que les salariés lui rapportent en consultation.

On voit à travers ces exemples que le fait de « tenir » au travail est intelligible au regard de logiques variées. Vouloir conserver son emploi relève d'une rationalité essentiellement instrumentale, mais le plus souvent, d'autres dimensions sont en jeu : faire face aux pénibilités au nom d'une morale du travail relève d'une logique où se mêlent respect des valeurs (travail, force, résistance...) et action traditionnelle (on a « toujours travaillé ») ; la volonté de tenir ses engagements mobilise à la fois le rapport aux valeurs (loyauté, intégrité professionnelle...) et l'implication affective (attachement à l'entreprise) ; tout comme les conduites visant à « garder la face » où

les affects interviennent sous une forme plus directement émotionnelle et intersubjective, et où la dimension éthique est en jeu à travers la référence à des idéaux de justice lorsqu'une « dispute » remet en cause la « grandeur » personnelle<sup>1</sup>.

Les cas analysés montrent également que le sens subjectivement et rétrospectivement attribué à l'épisode biographique qui a consisté à « tenir » est étroitement lié au destin social des efforts et des sacrifices consentis : s'ils ont été remarqués et récompensés par des formes de reconnaissance dans l'entourage professionnel (et en particulier dans la hiérarchie), les salariés peuvent reconstruire positivement leur histoire ; dans le cas contraire, lorsque la rétribution n'est pas à la hauteur de la contribution, l'amertume et le sentiment de s'être donné pour rien dominant le récit.

### ***b) Comment « tenir » ?***

La diversité des moyens et des ressources mobilisés pour « tenir » au travail apparaît en filigrane dans les pages qui précèdent. Il peut être intéressant de s'y arrêter plus en détail.

### **Le travail sur soi**

Le premier registre d'action disponible, le plus immédiat, consiste en un travail sur soi visant, par des ajustements subjectifs internes, à faire en sorte de mieux endurer les pénibilités rencontrées. A des degrés divers, cette dynamique est présente chez tous les salariés (et plus largement chez tous les individus, dans la mesure où elle relève du travail constant du sujet dans la construction même de l'expérience). Mais elle apparaît de façon particulièrement visible chez deux personnes.

Chez **M. Bois** tout d'abord, elle prend la forme d'un désinvestissement subjectif du travail, qui permet de mettre à distance l'expérience disqualifiante vécue dans le conflit avec son supérieur. C'est bien grâce à une adaptation de sa propre sensibilité et à un travail intérieur que M. Bois a réussi à *se faire* à la situation et à se ménager un retrait partiellement protecteur.

---

<sup>1</sup> BOLTANSKI L., THÉVENOT L., *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991.



Une réponse de même nature, mais nécessitant l'aide d'un tiers, est mise en œuvre par **Mme Mara**. Au moment le plus difficile du conflit avec C., elle a en effet commencé à pratiquer la sophrologie. Cette activité lui a permis de mieux contrôler son propre état mental et moral, et donc de mieux « tenir » face à l'épreuve traversée. Cette transformation de soi-même a d'ailleurs été perçue par son entourage professionnel :

*« Quand j'ai été voir le directeur, le directeur n'en est pas revenu. Je suis restée d'un calme, pas possible. Je lui ai tout débité ! Et même, la fille qui est venue avec moi, elle m'a dit : han, mais qu'est-ce que tu as fait ? Et même le directeur il me dit – parce que moi je suis très soupe au lait, je monte d'un cran vite fait – et il me dit : ben vous êtes calme, qu'est-ce que vous avez fait ? – De la sophrologie, monsieur, vous devriez en faire ! (rire) ».*

On voit ici que la pratique sophrologique a aidé Mme Mara à se forger une armature intérieure lui permettant de faire face différemment, d'une façon moins coûteuse pour elle sur le plan émotionnel. Mme Mara estime en outre que sans cette aide, l'issue de son parcours aurait été différente :

*« Je pense que je serais partie sans rien si je n'avais pas été voir le sophrologue. Parce qu'il m'a aidée, il m'a beaucoup apporté ».*

Dans ces deux cas, « tenir » au travail consiste donc à puiser dans ses ressources subjectives personnelles (avec ou sans l'aide d'un professionnel) pour se rendre plus apte à supporter l'expérience vécue dans la sphère du travail.

### **Le soutien moral dans la sphère privée**

Un autre registre de ressources mobilisables est le soutien moral trouvé auprès des proches. Nombreux sont les récits de moments de discussion, d'échange, de confiance avec des membres de l'entourage relationnel. Outre la vertu fondamentalement cathartique de ces conversations, on peut signaler qu'elles ont parfois contribué à orienter les parcours et les expériences (par exemple lorsque Mme Jost voit sa décision de ne pas céder à la demande de son supérieur approuvée et soutenue par une amie, ou lorsque Mme Artur est encouragée par l'une de ses sœurs à quitter son emploi en CDI). « Tenir » au travail consiste donc ici à rechercher auprès d'autrui significatifs une écoute bienveillante permettant de se libérer d'une part de la souffrance ressentie, et éventuellement de solliciter des avis ou des conseils. Mais ce type de recours peut aussi avoir un prix, celui par exemple d'« importer » les soucis du travail au sein de la vie personnelle et

notamment de la relation de couple, comme cela est observé pour M. Bois, Mme Enzo, Mme Faya ou Mme Beban.

### **Les ressources du soutien social dans le travail**

Lorsque des pénibilités se font jour au cours des activités de travail, quels appuis peut-on trouver auprès des collègues ? Cette interrogation suppose au moins l'existence même de collègues, ce qui ne se vérifie pas pour la majorité des cas analysés ici. En effet, entre les expériences de travail où les relations avec des pairs ou avec un entourage de travail sont inexistantes ou très marginales (M. Arène, Mme Faya, Mme Fonviel, Mme Jodu, M. Sernin, M. Terray, M. Thimas) et celles où ces relations sont porteuses de conflits plutôt que d'entraide (Mme Artur, Mme Damo, Mme Enzo, Mme Jeco, Mme Kléber, Mlle Portet<sup>1</sup>), force est de constater que les personnes rencontrées ont dans l'ensemble bien peu de possibilités de s'appuyer sur des supports collectifs. Le fait qu'elles aient toutes été recrutées sur le critère d'une forme de précarisation au travail n'est bien sûr, à cet égard, pas un hasard : on a vu que la flexibilisation des contrats et des horaires de travail ainsi que les nouveaux modèles organisationnels engendrent un affaiblissement et un éclatement des collectifs de travail. Les parcours étudiés ici en portent clairement la trace, notamment celui de **Mme Kléber** qui décrit bien comment l'intensification du travail a transformé les relations entre les ouvriers : « *avant on s'entraidait entre les personnes... Maintenant... Tout le monde est énérvé, ça s'engueule* ».

Quelques exemples néanmoins peuvent être rapportés. Dans le cas de **Mme Brax**, nous l'avons vu, les salariés sont unis par une expérience partagée de la domination dans le travail. Une certaine solidarité existe, mais compte tenu des conditions de travail et des rapports sociaux dans l'entreprise, elle ne donne pas lieu à des formes d'entraide ou de coopération. De plus, dans ce contexte, c'est plutôt Mme Brax elle-même qui soutient ses collègues, par sa lutte personnelle contre l'employeur, mais aussi en acceptant d'effectuer certaines tâches pour en décharger les autres :

« *Je me dis que je vais faire ce travail, comme ça les copines ne le feront pas ! (rire) Il vaut mieux que ce soit moi, dans un sens, parce que elles, c'est barbant et ça ne leur plaît pas* ».

---

<sup>1</sup> Lors du questionnaire, et comme 45 autres personnes, Mme Artur, Mme Fonviel et Mlle Portet ont répondu négativement à la question portant sur le soutien des collègues en cas de problèmes de santé sur les lieux du travail.

D'autre part, Mme Brax a encouragé l'un de ses collègues à s'associer à elle dans sa démarche auprès des Prud'hommes.

Chez **M. Bois**, le soutien des collègues consiste en une aide morale pour ne pas « craquer » face aux exigences et aux critiques du chef de dépôt :

*« Y'a des pics, parce que quand [le chef de dépôt] va arriver à bien nous énerver, c'est vrai que vous... vous pouvez être très énervé quoi. (...) Mais c'est vrai qu'entre nous, comme on le sait maintenant, on s'aide quoi, on se dit : attends, arrête, tu vas pas... Bon, c'est des trucs bêtes mais ça permet aussi des fois de se calmer, de pas se prendre la tête pour des trucs comme ça ».*

Dans le parcours intérimaire de **M. Terray**, on relève très peu de références à des interactions avec d'éventuels collègues. A une occasion cependant, il a bénéficié d'une aide précieuse qui lui a permis de « tenir » dans un emploi pour lequel il n'était, au départ, pas suffisamment qualifié :

*« J'avais affaire à de l'électronique, et moi l'électronique, dans ma branche, dans ma formation, j'ai appris vraiment le basique, et là je réparais les téléphones portables. (...) C'est des chaînes en fait, quand ils produisent le portable, quand il est en panne il vient vers vous, et quand il est pas en panne il suit son cheminement. (...) J'ai eu un mois, pffiu ! Le chariot était plein, j'étais obligé de stopper les lignes, quelqu'un prenait mes pannes, parce que évidemment il fallait pas que ça s'arrête... Alors y'a un mec qui m'aidait, ça a duré 1 mois et puis après je me suis débrouillé ».*

Enfin, les rencontres mensuelles entre aides ménagères sont d'une grande utilité pour **Mme Alpe** :

*« Nous avons une réunion, une fois par mois, nous faisons le tour des personnes, de ce qui se passe, de ce qui va pas, alors on se rencontre comme ça. (...) Ça nous permet déjà de nous voir, parce que nous travaillons chacune de notre côté, et ça apporte beaucoup parce que bon, quand y'a des choses c'est vrai que... on prend des conseils de l'une ou de l'autre, et alors ça complète ».*

On remarque ici que ces moments d'entraide et d'échange entre les salariés, qui sont impossibles dans le travail lui-même compte tenu de la nature des activités, sont prévus et organisés en amont par la structure employeuse (à la demande expresse toutefois des aides ménagères elles-mêmes), tandis que dans les autres cas cités, la coopération entre les salariés pendant le travail doit être conquise sur l'organisation et y prendre place de façon presque clandestine.

### La médecine du travail

Même lorsqu'il n'est pas sollicité pour un aménagement de poste ou une procédure particulière, le médecin du travail peut être un acteur important pour aider à « tenir » au travail. Par sa double qualité de médecin et d'observateur de l'entreprise, il peut être pris à témoin pour confirmer, attester, reconnaître le

problème rencontré (qu'il soit de l'ordre de la santé ou du travail). Parce qu'il connaît l'entreprise et les autres salariés, il est bien placé pour comprendre et éventuellement pour conseiller. Dans le cas de **Mme Mara** par exemple, on a vu que le médecin du travail a tenté de la dissuader de mettre en péril la guérison de sa cheville en allant travailler malgré la douleur. Il l'a également orientée vers un médecin généraliste :

*« Le [médecin du travail] m'a dit non, vous arrêtez avec ce médecin, vous allez voir le Dr I. Donc c'est lui qui me l'a conseillé. Et donc après le Dr I a pris la suite, et c'est vrai qu'après ça s'est mieux passé »,*

et fait office de confident dans les moments difficiles :

*« J'ai confiance en lui et puis quand ça va pas, ben je vais le voir, on discute un peu, et puis voilà, ça repart ».*

**Mme Brax** de son côté se sent soutenue et approuvée par son médecin du travail :

*« Elle a été très bien hein, heureusement que je suis tombée sur elle, vraiment parfaite ».*

**Mme Enzo, Mme Alpe** et **M. Terray** font également état de l'aide morale que leur a apportée leur médecin du travail à un moment ou un autre de leur parcours.

### Les états chimiques

Le dernier ensemble de ressources pouvant être mobilisées face aux pénibilités éprouvées dans le travail se rapporte aux « remèdes<sup>1</sup> » divers auxquels les salariés ont recours, soit pour rétablir un état psycho-corporel défaillant, soit pour atténuer les répercussions pénibles du travail sur la santé physique et le bien-être moral.

On peut distinguer deux types d'usage de ces médicaments : une prise ponctuelle, au coup par coup ; ou un recours plus fréquent, voire habituel.

Il faut prendre en compte dans la première catégorie tous les produits qui relèvent des « recours domestiques » décrits dans le chapitre précédent : « petits médicaments » utilisés lors d'un épisode morbide sans gravité, mais gênant pour vivre – et en particulier pour travailler. L'utilisation d'autres médicaments moins courants est également observée, par exemple les infiltrations de cortisone que **M. Sernin** se fait faire en fonction de ses occupations professionnelles. **Mme Fonviel** rapporte l'épisode suivant :

*« Une fois j'avais mal aux yeux, j'ai pris... 10 Diantalvic, pour pouvoir aller travailler. Parce que je m'étais mis un produit dans les yeux qui a fait que... bon. Mais j'ai travaillé quand même ».*

---

<sup>1</sup> Cf. la définition de ce terme dans le chapitre VII.

**M. Thimas** a eu recours à des compléments alimentaires afin de retrouver un « tonus » suffisant pour reprendre une activité professionnelle :

*« Quand j'ai recommencé à bosser là, à faire des heures de volant, je me suis fait une cure de complexe vitaminé, vous savez là, vitamines-oligo-éléments, alors je prends ça, pour avoir du tonus quoi ».*

Lorsqu'il a ressenti des douleurs dorsales, **M. Terray** a consulté un médecin qui lui a prescrit un anti-inflammatoire, mais aussi, « dans la foulée », un somnifère pour contrer les effets du stress lié au harcèlement moral :

*« J'ai dit : j'arrive pas à dormir, vous me mettez quelque chose... Alors elle me dit : oui, je vous mets des somnifères ».*

**Mme Jost** a elle aussi eu recours à ce type de médicament lors du conflit avec son supérieur :

*« J'ai dit à mon mari tu me donnes un truc pour que j'essaie de tenir, et bon ben j'ai tenu jusqu'à ce qu'il parte. (...) C'était un truc léger au moins pour que je puisse dormir ».*

Enfin **Mme Lavaur** et **Mme Mara** ont consommé des psychotropes (anxiolytique pour la première, antidépresseur et somnifère pour la seconde : « c'était une solution pour que j'arrive à me reposer, pour que j'arrive à faire un peu le vide dans ma tête ») afin de soutenir leur santé mentale lors de périodes particulièrement difficiles sur le plan professionnel.

D'autres usages médicamenteux plus réguliers destinés à « tenir » au travail apparaissent dans le corpus, notamment en ce qui concerne les produits anti-douleur (anti-inflammatoires et autres) que **M. Sernin**, **Mme Alpe** et **Mme Anam** consomment de façon habituelle pour atténuer le mal de dos :

*« J'ai des anti-douleur et si vraiment ça va pas, je les prends » (M. Sernin)*

*« Je prends des... Je sais ce que je dois prendre, des... décontract-euh, bon, j'avais déjà vu avec le médecin, mais quand j'en ai plus, je fais la... Je vais voir le médecin pour qu'il m'en remarque » (Mme Alpe)*

*« Quand j'ai mal je prends des Diantalvic, je prends des... des anti euh... des anti-douleur » (Mme Anam)*

Face à la fatigue chronique liée à la fois au travail et à une santé défaillante, **Mme Faya** se traite de façon régulière :

*« Dès que je suis trop fatiguée bon je prends du magnésium, euh... et puis d'autres médicaments qui... qui vont avec quoi, pour me remettre un peu d'aplomb ».*

Ces quelques exemples font donc apparaître l'existence de toute une pharmacopée à usage professionnel, inscrite dans la sphère domestique ou plus formellement médicalisée, à laquelle recourent les salariés lorsqu'un décalage trop important se

fait sentir entre leurs capacités psycho-corporelles et les exigences du travail<sup>1</sup>. Encore faut-il souligner que les produits cités ici ne représentent qu'une petite partie des consommations (qui deviennent parfois des addictions) destinées à « tenir » au travail, comme nous l'ont indiqué les médecins du comité de pilotage. Ces pratiques, que l'on peut voir comme des formes de « dopage » professionnel, appellent deux remarques essentielles quant à l'analyse des liens entre santé et travail. D'une part, elles peuvent donner lieu à des effets pervers : l'occultation de la douleur par exemple peut amener les salariés à s'exposer encore davantage et à « forcer » sans même s'en rendre compte, puisque les signaux d'alerte corporels sont éclipsés. D'autre part, ces compensations médicamenteuses des effets pathogènes du travail conduisent à une totale invisibilité sociale et à une privatisation complète des enjeux de santé au travail.

#### **4. Des dynamiques élémentaires aux configurations biographiques de l'articulation santé-travail**

---

Les quatre couples polaires qui constituent les rouages de l'articulation santé-travail ont été abordés jusqu'ici de façon séparée, afin d'entrer pour chacun dans le détail de l'analyse et de montrer comment chaque pôle typique se diffracte en différentes variantes selon le contexte et les significations propres aux cas singuliers. Je propose maintenant de revenir à une approche plus synthétique visant à caractériser les expériences croisées de santé et de travail à partir des combinaisons entre les différents pôles (autrement dit, entre les différentes cases du tableau). Cette démarche classificatoire est à considérer avec ses limites, notamment celles qui sont inhérentes à toute typologie transversale effectuée à un moment donné du parcours biographique (en l'occurrence, le moment du dernier emploi, ou le moment de l'entretien pour la quatrième configuration). Il me semble néanmoins intéressant d'observer comment les différentes composantes identifiées se

---

<sup>1</sup> Dans sa recherche sur les liens entre santé mentale et travail, J. Broda a identifié trois « âges-situations » auxquels correspondent des pathologies et des consommations médicales différenciées : à 18-25 ans, c'est le « choc du premier emploi », la nervosité et l'anxiété, et les anxiolytiques ; à 25-35 ans, c'est la « résistance au travail », la fatigue et ses traitements médicamenteux ; enfin à 35-45 ans, c'est l'usure au travail, la dépression et les antidépresseurs (BRODA J., « Le syndrome des "3 P" : pression horaire, pression hiérarchique, pas de perspective professionnelle », *op. cit.*, p. 26).

combinent au sein de *configurations* qui décrivent la nature globale de la relation santé-travail pour chacune des situations analysées. Ces configurations décrivent de façon typique des *régimes de relations* particuliers entre expériences de la santé et expériences du travail.

A partir des quatre dynamiques comportant chacune un versant positif et un versant négatif, le nombre de combinaisons théoriques est de 16. Dans la réalité des cas singuliers, certaines situations peuvent être sans grande difficulté rapprochées de l'une de ces combinaisons, mais d'autres s'avèrent plus difficiles à classer, car elles mêlent des caractéristiques opposées (notamment autour des cases 5 et 6, lorsque le travail est à la fois facteur de santé *et* activité pathogène). En prenant en compte le sens émique des situations et les enjeux dominants dans chaque cas, j'ai pu identifier finalement *six configurations de l'articulation santé-travail* (dont 2 appariées), que je propose de décrire maintenant<sup>1</sup>.

***a) Le cercle vertueux : intégration professionnelle, travail et santé en synergie***

1 L'intégration professionnelle facteur de santé	2 L'intégration professionnelle pathogène	3 La santé facteur d'intégration professionnelle	4 La santé facteur de sélection-exclusion prof.	n=8 M. Arène Mme Blondel Mme Delache Mme Jost Mlle Loci Mme Mermoz Mme Pinson M. Terray
5 Le travail facteur de santé	6 Le travail pathogène	7 La santé outil de travail	8 La santé à l'encontre du travail	

Dans cette configuration qui peut être considérée comme un type « idéal » au double sens du terme, la situation des salariés se rapproche du pôle positif de chaque dynamique : le façonnement de la santé par le travail prend la forme d'une intégration professionnelle favorable à la construction et à l'entretien de la santé (niveau structurel) et d'une expérience du travail où dominant la satisfaction, la reconnaissance et le bien-être (niveau contextuel) ; simultanément, la santé est suffisamment bonne pour ne pas limiter les possibilités d'intégration professionnelle, et pour permettre l'accomplissement harmonieux des activités de travail.

<sup>1</sup> On verra que certaines de ces configurations font écho aux « référentiels » élaborés par les médecins du travail (cf. : Chapitre V).

8 situations peuvent être rattachées à cette configuration : celles de **Mme Blondel**, **Mme Delache**, **Mme Jost**, **Mlle Loci**, **Mme Mermoz**, **Mme Pinson**, **M. Terray**. La situation de **M. Arène** représente un cas-limite dans la mesure où pour lui, l'expérience du travail est essentiellement négative. Cependant il serait abusif de parler pour lui de « travail pathogène », notamment parce que le rapport au travail est très distancié sur le plan subjectif.

Cette configuration particulière des dynamiques de l'articulation santé-travail correspond aux cas où il ne se « passe » rien de visible sur le plan des liens entre santé et vie professionnelle. Cependant, comme on l'a vu pour Mme Jost, Mme Pinson ou M. Terray, des interférences plus ou moins problématiques peuvent avoir eu lieu à différents moments du parcours passé.

### *b) La santé menacée par la situation professionnelle*

1 L'intégration professionnelle facteur de santé	2 L'intégration professionnelle pathogène	3 La santé facteur d'intégration professionnelle	4 La santé facteur de sélection- exclusion prof.	n=10	
5 Le travail facteur de santé	6 Le travail pathogène	7 La santé outil de travail	8 La santé à l'encontre du travail	Var. 1 Mme Alpe Mlle Beban M. Blagnac Mlle Roque	Var. 2 Mlle Artur M. Arène M. Bois Mlle Portet Mme Lavaur Mme Enzo

La logique dominante dans cette configuration est la suivante : quelque chose dans les caractéristiques de l'intégration professionnelle (case 2) ou dans les activités de travail (case 6) met en péril la santé (l'alternative est signifiée en gris clair dans le tableau : les cas concrets relèvent des cases 2 et 5, ou des cases 1 et 6). Menacée, précarisée par certains aspects de l'expérience du travail, la santé est encore pour l'instant perçue comme bonne ou très bonne (cases 3 et 7), malgré la présence de certains troubles liés ou non avec le travail. Mais cette perception globalement positive de la santé pourrait se dégrader si la situation se prolongeait (se trouve ainsi réaffirmé le caractère ponctuel et évolutif de chaque configuration).

Deux variantes peuvent être distinguées en fonction de ce qui, dans la sphère professionnelle, fonctionne comme facteur pathogène.



### Le cercle vertueux brisé par la précarité de l'emploi

Dans cette première variante, c'est la dimension du rapport à l'emploi qui pose problème (case 2). Le « cercle vertueux » est alors « brisé » par l'angoisse, l'inquiétude, le stress liés aux incertitudes sur le devenir professionnel, et par l'impossibilité douloureusement vécue de construire la vie personnelle. Le rôle joué par la précarisation de l'emploi est donc central ici : il suffirait que l'emploi soit stable et/ou à plein pour que la situation se rapproche du cercle vertueux. J'ajoute que si Mme Blondel, Mme Mermoz ou Mme Delache n'ont pas été rattachées à cette configuration, c'est en raison de leur jugement globalement positif sur la précarité de l'emploi<sup>1</sup>. C'est donc bien le point de vue émique qui « fait » la configuration.

Quatre personnes se trouvaient au moment de l'entretien dans ce cas de figure : **Mme Alpe, Mme Beban, Mlle Roque** et **M. Blagnac** (il s'agit pour celui-ci de sa dernière période d'emploi). Pour ces quatre salariés, l'intégration professionnelle était assurée (et non « flexible »).

### Le cercle vertueux brisé par le travail pathogène

Dans cette seconde variante, le problème se situe dans le rapport au travail comme activité concrète (case 6), que celui-ci soit marqué par une insatisfaction de fond quant à la nature des activités : **Mlle Arène, Mlle Portet** ; par une confrontation à des formes de violence sociale dans les rapports de travail : **M. Bois** ; ou par une frustration majeure liée au décalage entre l'idéal professionnel et la réalité du travail : **Mme Artur**. Pour elle, l'expérience a été si mal vécue qu'elle a préféré partir. Elle se trouve donc aujourd'hui en situation d'intégration professionnelle pathogène (case 2) par refus de l'insatisfaction dans le travail (case 6).

Deux autres cas se situent à la croisée des deux variantes, car les caractéristiques de la situation cumulent les effets pathogènes de l'intégration professionnelle et ceux des conditions de travail. Il s'agit de **Mme Enzo** et de **Mme Lavaur**. Nous avons vu d'ailleurs que ces deux personnes sont parmi les plus enclines à attribuer à leur expérience du travail divers troubles de santé.

---

<sup>1</sup> Cf. : Chapitre VI.

*c) La situation professionnelle réorientée par la santé*

1 L'intégration professionnelle facteur de santé	2 L'intégration professionnelle pathogène	3 La santé facteur d'intégration professionnelle	4 La santé facteur de sélection-exclusion prof.	n=4 Mme Damo Mme Jodu Mme Kléber Mme Mara
5 Le travail facteur de santé	6 Le travail pathogène	7 La santé outil de travail	8 La santé à l'encontre du travail	

Les quatre personnes rassemblées ici ne sont pas en activité lorsque je les rencontre. Elles ont en commun d'avoir vu leur parcours professionnel récemment réorienté par un événement de santé, ce qui constitue le trait spécifique de cette configuration. Elles font aujourd'hui l'expérience d'une intégration professionnelle non pathogène, soit parce que la vie professionnelle est sur le point de cesser : **Mme Jodu, Mme Kléber** ; soit parce que l'interruption temporaire du parcours professionnel n'est pas un motif d'inquiétude majeure pour l'avenir : **Mme Damo, Mme Mara**.

On peut souligner que cette configuration s'inscrit parfois dans le parcours typique de l'usure au travail (Mme Kléber, Mme Jodu), dans lequel l'affirmation avec le temps des dynamiques du travail pathogène (case 6) et du travail perturbé par les défaillances de santé (case 8) finissent par construire une inaptitude et une inemployabilité par la santé.

*d) La situation professionnelle suspendue à la santé*

1 L'intégration professionnelle facteur de santé	2 L'intégration professionnelle pathogène	3 La santé facteur d'intégration professionnelle	4 La santé facteur de sélection-exclusion prof.	n=3 Mme Chafi Mme Jeco M. Sernin
5 Le travail facteur de santé	6 Le travail pathogène	7 La santé outil de travail	8 La santé à l'encontre du travail	

Cette configuration est en quelque sorte l'inverse de celle où la santé est menacée par la situation professionnelle. Ici, c'est l'intégration dans le monde du travail (globalement positive pour l'instant) qui est susceptible d'être remise en question par une santé dégradée. Le trait essentiel de cette configuration se situe dans la case

8 : les défaillances de santé qui se manifestent dans le travail risquent de faire évoluer la situation vers la case 4 (sélection-exclusion professionnelle par la santé), d'où les stratégies d'occultation des désordres corporels mises en œuvre par **M. Sernin** (tandis que pour **Mme Jeco** et **Mme Chafi**, le rapport à l'emploi permet de préserver dans une certaine mesure les enjeux de santé). De plus, pour M. Sernin, le travail lui-même est pathogène sur le plan de la santé physique (mais, on l'a vu, très bénéfique sur le plan de l'épanouissement personnel).

### e) *Le cercle vicieux*

1 L'intégration professionnelle facteur de santé	2 L'intégration professionnelle pathogène	3 La santé facteur d'intégration professionnelle	4 La santé facteur de sélection- exclusion prof.	n=5  Mme Anam Mme Brax Mme Faya Mme Fonviel M. Thimas
5 Le travail facteur de santé	6 Le travail pathogène	7 La santé outil de travail	8 La santé à l'encontre du travail	

Dans cette dernière configuration, les quatre dynamiques élémentaires se déploient dans leur modalité négative. Le cas le plus proche du type pur, où se cumulent et se renforcent mutuellement tous les aspects négatifs, est celui de **Mme Faya**. Dans les autres cas, on peut considérer que les caractéristiques de l'emploi *ou* celles des activités ne sont pas entièrement pathogènes (cases 1 et 5). C'est notamment vrai pour **Mme Anam** chez qui la présence simultanée du travail « facteur de santé » et du « travail pathogène » est particulièrement observée : on a vu que cette situation relève d'un choix individuel consistant à privilégier un rapport heureux au travail, au risque de s'exposer à des atteintes corporelles (comme chez M. Sernin, mais il relève d'une intégration professionnelle plus assurée, ce qui explique son rattachement à la configuration précédente).

Cette approche développée à partir de l'identification des quatre dynamiques élémentaires permet donc de saisir de façon à la fois détaillée et globale les différents niveaux de l'articulation santé-travail, et ses transformations au fil de l'expérience des salariés. L'intérêt de la démarche n'est pas de pousser à sa perfection logique le raisonnement combinatoire, mais de montrer comment les

combinaisons formelles deviennent des configurations signifiantes dès lors que l'on fonde l'analyse sur le point de vue émique. Toutes les combinaisons n'ont pas été rencontrées parmi les 30 parcours étudiés ici, mais la transposition de la démarche à d'autres corpus permettrait sans doute de faire apparaître d'autres configurations et de nouvelles variantes. Ce qui est proposé ici est donc un outil de description et d'analyse systématique des entrecroisements biographiques entre expériences de la santé et expériences du travail.

\*

\* \*

« Que fait-on de sa santé lorsqu'on est en situation de précarité ? » : telle était la question de départ de l'ensemble de ce travail. Étayé par les analyses présentées dans les chapitres VI et VII, ce dernier chapitre a exploré la pluralité des réponses à cette interrogation. Il a permis de montrer qu'entre les deux pôles opposés que j'avais initialement évoqués<sup>1</sup> – celui de la santé subordonnée et sacrifiée aux enjeux de l'intégration professionnelle, et celui de la santé privilégiée, surinvestie –, les expériences sociales des salariés mettent surtout en scène une santé *mobilisée* de façons différenciées selon les contextes et selon les moments du parcours.

Concernant la perception des liens santé-travail et leurs mises en formes par les salariés, on s'aperçoit notamment que les déterminismes biologiques qui construisent le rapport santé-travail comptent moins que ce que les salariés en font, et que les conduites adoptées répondent moins à une évaluation probabiliste des risques respectifs pour la santé et pour l'intégration professionnelle qu'à une hiérarchisation des valeurs (éthique du travail, désir de justice, souci de soi, identité, bien-être...). On voit bien en effet que les déterminismes d'ordre biomédical sont tour à tour mis en scène ou minimisés, occultés ou instrumentalisés dans la conduite des parcours, en fonction de ce qu'il est subjectivement important de préserver ou de refuser. Le rapport dialectique entre santé et activité professionnelle est ainsi constamment reformulé par la mise en œuvre de logiques subjectives au sein des cadres structurels et des systèmes de ressources et de

---

<sup>1</sup> Cf. : Introduction.

contraintes qui s'imposent aux individus. Le cadre d'analyse bifocal proposé éclaire les arbitrages effectués en permettant d'appréhender simultanément les effets de situation et les effets de structure : « il n'y a pas nécessairement contradiction entre le fait de dire que tout phénomène social doit être analysé comme un effet de situation et le fait de constater que certains effets de situation manifestent ce que j'appellerai une "charge" qui n'est pas réductible aux règles d'usages et d'échanges, empiriquement observables en situation<sup>1</sup> ».

D'autre part, on a pu se rendre compte du fait que l'articulation santé-travail est avant tout une affaire de *rappports sociaux* : qu'il s'agisse de conquérir une « position morale » favorable dans le milieu de travail ou de faire reconnaître une incapacité perçue ; que les enjeux soient ceux de la reconnaissance intersubjective dans le travail, ceux de l'arrêt de travail ou ceux de l'identité professionnelle et sociale de « travailleur valide » ; que l'on tente de « tenir » au travail pour résister à des formes de domination et d'exploitation ou pour mettre à distance le stigmate de « travailleur handicapé » ; que l'on incorpore les effets pathogènes de la violence sociale ou que l'on se tourne vers la médecine du travail ou vers d'autres instances pour faire valoir ses droits..., à chaque fois que l'activité professionnelle et la santé entrent en conflit, les compromis négociés et les recours mobilisés relèvent de logiques et dynamiques de nature *sociale*.

Cette exploration approfondie met également en relief la pluralité des enjeux existentiels qui se cristallisent dans l'interrelation santé-travail en lien avec les processus de précarisation : on voit qu'à partir d'une première alternative qui mettait en regard la précarité de l'emploi et la mise en jeu de la santé (cf. : l'exemple du dosimètre), le point de vue a été élargi d'une part aux enjeux du travail lui-même, de la satisfaction et de l'épanouissement que l'on y trouve (ou non) ; et d'autre part aux projets et aux perspectives qui relèvent de la vie hors travail : recherche d'indépendance financière, désir d'enfant, souhait de passer davantage de temps avec sa famille... sont autant d'éléments qui viennent complexifier la mise en balance du registre de l'intégration professionnelle et du registre de la santé.

Finalement, je reprendrai l'image utilisée par l'un des médecins du travail qui ont participé à la recherche, celle d'une perpétuelle « partie de billard » consistant pour les salariés à réarranger sans cesse les équilibres construits : de la même façon que

---

<sup>1</sup> CASTEL R., « Institutions totales et configurations ponctuelles », in *Le parler frais d'Erving Goffman*, Actes du Colloque de Cerisy-la-Salle (17-24 juin 1987), Paris, Éd. de Minuit, 1989, p. 41.

dans le jeu de billard, il faut déplacer une boule pour en placer une autre, les salariés sont parfois amenés à sacrifier quelque chose de leur santé et de leur bien-être immédiat pour construire leur intégration professionnelle et sociale à plus long terme, ou à choisir de renoncer à s'épanouir dans leur travail pour avoir les moyens d'entretenir leur santé et/ou de réaliser leurs aspirations dans la vie personnelle. La conciliation des enjeux de santé, de travail, d'emploi et de « hors-travail » apparaît bien comme un « jeu », non au sens ludique, mais au sens où l'on parle du « jeu » dans un système mécanique : s'il y a « du jeu », alors différentes sortes de déplacements et d'ajustements sont possibles. C'est bien ce qui ressort de l'analyse de ces histoires croisées de santé et de travail.



## Conclusion

# Travail, emploi, santé, vie hors travail : la quadrature du cercle

« Par ainsi semble impossible d'avoir  
Santé au corps et paradis à l'âme »

Clément Marot<sup>1</sup>

A partir d'un questionnement centré sur les modes d'articulation des enjeux de santé et de travail dans l'expérience sociale de salariés confrontés à des formes de précarisation du travail, le parcours suivi a emprunté plusieurs chemins analytiques complémentaires. Je propose maintenant de revenir sur les grandes étapes et les principaux résultats qui en ont marqué la progression, sans pour autant procéder à une reprise linéaire des développements présentés. Je tenterai plutôt d'en ressaisir l'essentiel autour des quatre grandes questions suivantes :

1. En quoi consistent les processus de précarisation du travail et de l'emploi, et quels sont leurs liens avec les dynamiques de précarisation sociale ?
2. Dans le contexte ainsi défini, quelles formes et quels sens les expériences sociales du travail et de l'emploi prennent-elles pour les salariés ?
3. En quoi les dynamiques de précarisation professionnelle et sociale mettent-elles en jeu la santé des salariés ?
4. Comment les enjeux simultanés de travail, d'emploi et de santé se présentent-ils aux salariés, et comment ceux-ci construisent-ils leur articulation ?

1. Les *deux premiers chapitres* avaient pour but de répondre à la première question. Trois dimensions transversales permettent de rendre compte de la plupart des éléments de réponse apportés.

---

<sup>1</sup> In *Oeuvres poétiques*, Tome 2, Paris, Bordas, 1993.



## *Temps*

A plusieurs titres, le registre du temps (et ses mises en formes sociales que sont les temporalités) émerge comme une dimension centrale des faits de précarisation.

- Le développement des emplois non durables ainsi que l'insécurité accrue de l'emploi (même en CDI) transforment les temporalités de la vie professionnelle en y introduisant de la discontinuité, de la réversibilité et de l'imprévisibilité. La succession durable d'emplois temporaires et la récurrence de périodes de chômage plus ou moins longues dans le parcours des salariés représentent aujourd'hui des modalités usuelles de l'insertion dans le monde du travail.

- Par conséquent, de plus en plus de salariés ne disposent pas d'une visibilité temporelle suffisante pour construire leur vie personnelle et élaborer des projets, et leur existence est marquée par l'incertitude du lendemain et l'impossibilité de maîtriser son devenir.

- La flexibilité croissante des temps et des horaires de travail perturbe la dichotomie entre temps de travail et temps de non-travail, en particulier lorsque la flexibilité prend la forme de la corvéabilité. La dimension temporelle est doublement mise en jeu par cette composante de la précarisation de l'emploi : sur le plan quantitatif, à travers les expériences du temps partiel contraint (sous-emploi), et sur le plan qualitatif, à travers l'irrégularité et l'imprévisibilité des horaires de travail.

- Dès lors, les temps hors travail ou les temps de non-travail ne répondent pas nécessairement à la logique du temps « libre » : entre le temps vide et déstructuré qui reste dépendant du temps de travail, et le temps réinvesti, réapproprié en un temps « pour soi », diverses modalités d'expérience peuvent être décrites.

- Dans le travail lui-même, les processus d'intensification massivement observés à l'échelle européenne reposent de façon centrale sur un durcissement des contraintes de temps et de rythme. Obligation de travailler dans l'urgence, délais toujours plus serrés, fragmentation des tâches par des interruptions fréquentes, suppression de tous les temps non strictement productifs... sont autant d'éléments qui rejaillissent sur tous les autres aspects des conditions de travail, dans la mesure où le manque de « temps devant soi » et l'impossibilité de « voir venir » rendent plus pénibles toutes les activités de travail, qu'elles soient à dominante physique ou mentale.

Ainsi, dans ces multiples registres, les formes actuelles de construction sociale du temps se révèlent être au cœur de ce qui « fait précarité ».

### *Rapports sociaux*

Sous la forme micro-sociale des relations interpersonnelles ou sous l'angle structurel de la stratification sociale, les rapports sociaux sont reconfigurés par les phénomènes de précarisation.

- Certains travaux montrent que la fragilité du lien à l'emploi s'associe globalement avec une relative faiblesse des liens relationnels. Cependant, compte tenu de la complexité de notions telles que les « relations sociales » ou la « sociabilité », la question d'une éventuelle symétrie entre qualité de l'insertion relationnelle et qualité de l'insertion professionnelle, ainsi que l'hypothèse connexe de l'émergence de sociabilités déconnectées du travail, restent à mon sens largement ouvertes.

- La précarisation de l'emploi ainsi que les transformations très profondes de la division du travail entre les entreprises (notamment les diverses formes d'externalisation) contribuent à un éclatement des collectifs de travail entre salariés permanents et temporaires, salariés du « noyau dur » ou « extérieurs », du jour ou de la nuit... Cette fragmentation du salariat se traduit par des différences de statut et de conditions de travail au sein même des lieux d'activité, mais aussi par un investissement subjectif et des perspectives d'avenir dans l'entreprise radicalement différents.

- D'autre part, de nombreuses formes de mobilisation du travail ne relèvent plus de la relation duale salarié-employeur, et de ce fait échappent au moins partiellement au droit du travail construit en référence à la relation salariale classique. Cet ensemble de transformations conduit à un affaiblissement sensible de la dimension collective du travail, et réduit considérablement les possibilités d'action collective en matière d'organisation et de conditions de travail.

- Simultanément, les modes d'encadrement du travail tendent à prendre la forme d'un « néomanagement » reposant sur l'effacement apparent des structures hiérarchiques et sur un appel généralisé à la mobilisation subjective des salariés. Ce sont alors des qualités personnelles relevant du « character » au sens de R. Sennett<sup>1</sup> qui fondent la valeur de l'individu au travail (en témoigne par exemple le « glissement » de la notion de « qualification » à celle de « compétence »). Cette valorisation de l'engagement personnel contribue à construire des rapports au travail de plus en plus individualisés.

---

<sup>1</sup> SENNETT R., *Le travail sans qualités*, *op. cit.*

- Il faut cependant souligner que dans le modèle de l'entreprise « en réseau » prôné par le « nouvel esprit du capitalisme<sup>1</sup> », si le pouvoir est moins visible, moins centralisé à l'échelle locale et moins strictement disciplinaire, il n'a pas pour autant changé de mains : plus informels et plus indirects, les mécanismes de domination et de sélection dans le monde du travail n'en sont pas moins violents.

- Les transformations des rapports sociaux portées par le développement du néocapitalisme sont également visibles sous l'angle plus large des modes de stratification sociale. De nouvelles différenciations viennent en effet non pas se substituer aux clivages traditionnels entre classes ou PCS (dont on peut montrer qu'ils ne sont pas caducs), mais s'y superposer, rendant ainsi la structure sociale plus complexe et moins lisible. La multiplication des statuts d'emploi, les inégalités liées à la position plus ou moins favorable des entreprises dans la division sociale du travail, les disparités de revenu à qualification égale, la précarité-mobilité généralisée... sont autant d'aspects qui brouillent les repères classiques en termes d'identités et d'appartenances sociales (et, simultanément, marquent les limites des notions d'exclusion ou d'underclass, à la fois trop statiques et trop tranchées).

C'est donc à travers de multiples dynamiques que la précarisation dans le monde du travail recompose les rapports sociaux, tant au cœur des milieux de travail que dans l'ensemble du monde social.

### *Insécurité*

Le troisième angle d'analyse des phénomènes de précarisation professionnelle et sociale est celui des conditions de vie et des assurances matérielles et sociales dont chacun dispose pour construire son existence. De ce point de vue, la dynamique dominante est celle d'une remontée de multiples formes d'incertitude et d'insécurité<sup>2</sup>.

- La précarisation se traduit d'abord par un renouveau des situations de pauvreté, y compris pour des personnes en emploi. L'insuffisance ou l'irrégularité des temps de travail et donc des revenus, et la récurrence du chômage au fil des parcours placent une part croissante de la population en situation de vulnérabilité financière ou, dans les cas les plus problématiques, d'extrême pauvreté.

- L'insécurité se fait également sentir dans le rapport à l'emploi, sur lequel pèse très fortement la menace généralisée du chômage. On constate en effet (et cela se

---

<sup>1</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit.

<sup>2</sup> CASTEL R., *L'insécurité sociale*, op. cit.

vérifie dans l'enquête midi-pyrénéenne) que la stabilité contractuelle de l'emploi ne préserve pas du sentiment d'insécurité lié aux fréquentes restructurations des entreprises et à leurs conséquences en termes de licenciements.

- La précarisation sociale est également alimentée par les évolutions des systèmes de protection sociale constitutifs de la société salariale. Les divers cadres assuranciers développés au cours des « Trente Glorieuses » par l'État social tendent à perdre précisément leur caractère « assuré » : transformations de l'assurance chômage et de l'assurance maladie, sans même parler de l'avenir pour le moins incertain des systèmes de retraite. Dans la mesure où l'emploi fait défaut et où, même lorsqu'il est présent, il ne suffit plus à garantir chacun contre les risques de désaffiliation sociale, il semble que l'on revienne à des dispositifs plus individualisés relevant de l'assistance et répondant à la logique du contrat, ce qui interroge de façon très aiguë le cœur du principe universaliste qui est au fondement de la société salariale<sup>1</sup>.

La fragilisation des étayages sociaux est donc un processus de fond plus large que la seule précarisation dans le registre du travail et de l'emploi.

Temps, rapports sociaux, insécurités : voilà donc trois points d'ancrage essentiels des mutations contemporaines de la condition salariale et des formes d'intégration sociale.

Les dynamiques d'effritement de la société salariale ainsi retracées ouvrent sur un ensemble d'interrogations complexes quant à l'avenir de ce modèle. J'ai évoqué brièvement à la fin de la première partie certaines perspectives extrêmement diverses et parfois radicalement opposées présentes dans le débat public : partager la ressource rare qu'est devenue le travail ; repenser le salariat et construire un « au-delà de l'emploi<sup>2</sup> » en dissociant emploi et protections sociales ; précipiter la fin du salariat pour laisser libre cours à un travail dégagé de toute régulation autre que purement économique ; ou à l'inverse fonder la citoyenneté et l'intégration sociale sur des formes de travail non marchand, ou même sur « autre chose » que le travail (par exemple, pour D. Méda<sup>3</sup>, le lien politique) : tels sont quelques-uns des scénarios alternatifs défendus par les uns ou les autres. Finalement, c'est la question du statut du travail, de ses conditions et de sa centralité dans l'organisation sociale

---

<sup>1</sup> CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit.

<sup>2</sup> SUPIOT A. (dir.), *Au-delà de l'emploi*, op. cit.

<sup>3</sup> MÉDA D., *Le travail, une valeur en voie de disparition*, op. cit.

qui est posée. Sur ce point, certains résultats de recherche (y compris celle-ci) amènent à établir un constat paradoxal : le travail est un bien d'autant plus précieux qu'il est plus incertain et plus fragile en termes d'emploi et donc d'intégration sociale et de conditions d'existence ; mais en même temps, plus pénible, moins satisfaisant et de plus en plus « illisible » du fait de sa précarisation, il est partiellement désinvesti comme support de construction identitaire et concurrencé par d'autres sphères.

2. Du point de vue des salariés, la plupart des phénomènes qui viennent d'être évoqués sont perceptibles dans les expériences des personnes interrogées par questionnaire ou entretien (en particulier l'effacement de la dimension collective du travail et la perception par les salariés de formes d'intensification du travail). Je rappelle que l'enquête statistique a été menée auprès d'un échantillon de salariés dont 60% ont été jugés « précaires » par les médecins du travail, et que ce « diagnostic » vaut pour toutes les personnes rencontrées en entretien<sup>1</sup>. Par le biais de cette désignation aux contours très larges (les définitions de la précarité et de la précarisation élaborées par les médecins étant très diverses, comme l'a montré le *chapitre V*), la recherche a pu accéder à un ensemble de situations de précarisation « ordinaire », concernant des salariés en emploi et, pour plus de la moitié d'entre eux, en CDI. Que peut-on retenir de l'analyse de leurs expériences du travail et de l'emploi ?

- Tout d'abord, il faut souligner la diversité des situations et des parcours. Les résultats statistiques présentés au *chapitre IV* montrent bien qu'entre, d'un côté, des configurations « idéales » où s'allient stabilité et sécurité de l'emploi, bonnes conditions de travail, reconnaissance et satisfactions dans le travail et dans la vie personnelle ; et, à l'autre extrême, les situations de cumul de difficultés tant professionnelles que sociales, on trouve un éventail de situations intermédiaires, mixtes, où coïncident de manière changeante aspects positifs et négatifs du rapport au travail et à l'emploi.

- Un autre constat mis en lumière est le double éclatement des statuts d'emploi, visible aussi bien dans l'enquête statistique que dans le volet qualitatif. Parmi les salariés en CDI comme parmi ceux qui occupent des emplois précaires, le bonheur comme le malheur au travail sont observés.

---

<sup>1</sup> Sauf M. Arène.

- Dans le même ordre d'idée, force est de constater également que la nature de l'emploi occupé ne permet pas de présager des expériences concrètement vécues par les salariés. Si la hiérarchie des emplois recoupe globalement celle des conditions de travail, d'autres aspects sont largement dissociés de la répartition par catégories d'emploi (notamment la dimension de la reconnaissance du travail par l'entourage professionnel).

- La distinction formalisée par S. Paugam<sup>1</sup> entre l'axe du rapport au travail et celui du rapport à l'emploi s'avère d'une grande pertinence pour rendre compte des expériences des salariés. Éclairante quant aux résultats quantitatifs, la typologie résultant du croisement de ces deux axes s'est révélée être un outil précieux pour décrire les 30 parcours recueillis en entretien et analysés au *chapitre VI*. On a vu par exemple que l'intégration assurée peut prendre la forme moins « idéale » de l'intégration assurée « flexible » (lorsque le temps de travail est insuffisant). L'intégration peut devenir « laborieuse » pour des raisons diverses liées à des insatisfactions de fond ou de contexte dans le travail. La précarité qui caractérise l'intégration incertaine peut être le résultat d'un choix de principe (refus de la routine) ou de circonstances (arbitrage en faveur de la satisfaction dans le travail, au détriment de la stabilité de l'emploi). Elle peut aussi être très largement subie, et vécue alors sur le mode de l'impuissance et de la souffrance. L'intégration disqualifiante quant à elle peut être partiellement mise à distance lorsqu'il est acquis pour la personne qu'elle ne constitue pas un horizon professionnel durable. Les 4 types d'intégration professionnelle peuvent ainsi être affinés par leur confrontation aux données d'enquête.

- Mise à l'épreuve du matériau qualitatif, cette typologie a également permis d'éclairer la dynamique des parcours. J'ai en effet pu montrer que chacun des récits analysés met en scène un ou (plus souvent) plusieurs déplacements dans l'espace de l'intégration professionnelle, et cela même en dehors d'un changement d'emploi (ce sont alors soit des paramètres « externes » qui font évoluer les expériences, comme des améliorations ou des dégradations des conditions de travail et/ou d'emploi ; soit des critères « internes » liés aux aspirations et aux jugements des salariés, qui peuvent se transformer avec le temps).

- D'autre part, il est apparu que le sens subjectif des différentes configurations d'intégration professionnelle est intimement façonné à la fois par les expériences

---

<sup>1</sup> PAUGAM S., *Le salarié de la précarité*, *op. cit.*

passées et par les perspectives d'avenir qui sont celles des salariés au moment de l'entretien. Différentes formes de mise en intrigue<sup>1</sup> viennent donc diffracter les types analytiques.

- Pour aller plus loin et entrer dans une compréhension plus approfondie des expériences des salariés, j'ai été amenée à prolonger et à dépasser cette première approche essentiellement descriptive (pour autant qu'une démarche taxonomique puisse n'être « que » descriptive) appuyée sur les types d'intégration professionnelle. Pour cela, j'ai d'abord cherché à déterminer le sens et le statut de l'activité professionnelle pour les salariés, en examinant notamment les décisions prises (et leurs justifications) face à l'alternative entre travail et non-travail. Il en ressort que pour la quasi-totalité des personnes rencontrées, le travail ne se réduit pas à sa fonction instrumentale de subsistance matérielle. Il est le plus souvent considéré également comme un support privilégié de participation à la vie sociale et, en particulier pour les femmes, comme un lieu essentiel d'investissement personnel hors de la sphère domestique. Cette recherche permet donc de réaffirmer la centralité du travail au sein des aspirations existentielles exprimées par les individus.

- Cependant, cet attachement au « travail en général » n'a pas la même intensité et n'engage pas l'identité personnelle de la même façon pour toutes les personnes. Afin de rendre compte de ces variations, j'ai défini un axe de l'investissement identitaire dans le travail, dont les deux pôles typiques opposés sont d'une part le pôle instrumental du *travail-activité* dans lequel l'activité professionnelle est essentiellement un « gagne-pain » ; et d'autre part le pôle du *travail-identité* dans lequel l'individu se définit de façon très centrale par sa profession, et dont la figure la plus aboutie est celle de la vocation. J'ai introduit une distinction complémentaire selon que le type de travail effectué correspond ou non à l'idéal professionnel revendiqué, c'est-à-dire selon qu'il y a adéquation ou inadéquation entre « travail réel » et « travail souhaité ».

- Mais si cet axe de l'investissement identitaire dans le travail permet de rendre compte du rapport au « travail en général », qu'en est-il du « travail en particulier », c'est-à-dire des conditions et des caractéristiques de l'emploi actuellement exercé ? J'ai proposé de saisir cette deuxième dimension avec l'axe de la satisfaction dans le travail qui se rapporte à trois ensembles de critères : plaisir lié à la nature des

---

<sup>1</sup> RICŒUR P., *Temps et récit*, op. cit.

activités effectuées, qualité des relations interpersonnelles au travail, caractéristiques de l'organisation et des conditions de travail. Cet axe permet de situer les différents cas observés entre le pôle du *travail-plaisir* et celui du *travail-corrée*.

- Cette exploration a permis de distinguer différentes variantes sur chacun des deux axes : entre la forme pure de la vocation et le cas-limite de l'identité d'emploi pour l'axe identitaire ; et pour l'axe de la satisfaction, entre la conception instrumentale du travail dans ses expressions les plus typiques et l'engagement précoce dans la vie active par respect d'une norme sociale et familiale non questionnée.

- Après avoir ainsi caractérisé en détail les deux axes et leurs diverses déclinaisons concrètes, j'ai construit en les croisant une typologie des rapports au travail qui identifie six configurations. Trois d'entre elles sont positives (bonheur, contentement et satisfaction), les trois autres sont négatives (frustration, malheur, contrainte - ce dernier type pouvant prendre la forme plus distanciée du retrait). Cette classification est bien sûr fondée sur un point de vue émique, donc sur la reconstitution des jugements individuels à partir des données d'entretien.

- Au regard de cette typologie, les 30 cas du corpus ont été analysés dans une approche longitudinale, ce qui a permis de comprendre quels moteurs subjectifs et objectifs déterminent les transformations du rapport au travail au fil de la vie professionnelle. Parmi ces éléments, certains semblent particulièrement opérants : le niveau de diplôme et les attitudes à l'égard de la formation, les conditions de travail (qu'il faut analyser en relation avec le vieillissement individuel), les perspectives de progression dans l'emploi, et la place relative du travail parmi les autres sphères d'activités.

- Cette analyse amène également à souligner l'importance essentielle, d'une part, des perspectives subjectives (qui, je le rappelle, orientent très concrètement les conduites effectives) ; et d'autre part, celle de la dimension diachronique (le sens des expériences est constamment réajusté et reconstruit par les acteurs au fil de leur biographie).

- La dernière étape de cette exploration des expériences des salariés a consisté à réintroduire dans l'analyse la dimension de l'emploi, et à examiner comment elle s'articule avec le registre du rapport au travail. C'est alors le sens de la précarité qui a été interrogé, ainsi que la logique des arbitrages opérés dans la conduite des parcours. Quatre modalités ont été décrites : la « précarité apprivoisée » concerne



des salariés qualifiés qui ont intériorisé les principes de la « cité par projets<sup>1</sup> », et qui reconstruisent la précarité de l'emploi comme une mobilité enrichissante leur permettant de s'épanouir hors de toute routine. La « précarité sélective » est acceptée comme un compromis en attendant de trouver l'emploi (stable) « idéal », et elle peut être activement mise à profit pour améliorer son employabilité. Dans la « précarité défensive », la non-durabilité des contrats fonctionne comme une échappatoire à l'intégration laborieuse : puisque les emplois accessibles sont pénibles et disqualifiants, leur aspect temporaire apparaît comme un moindre mal. Enfin, lorsque l'emploi stable est considéré comme une nécessité absolue, la précarité ne peut être ni choisie ni même réappropriée : l'obtention d'un emploi en CDI prend alors le pas sur toute autre considération, y compris sur la satisfaction dans le travail.

- L'analyse de l'articulation travail-emploi permet donc de mettre en lumière les logiques et les dynamiques qui construisent le sens des parcours professionnels dans le contexte de la précarisation du travail et de l'emploi. Elle montre également que le moment dans le cycle de vie, la situation familiale ou les projets personnels (autour de la parentalité notamment) font évoluer les jeux de priorité et les négociations opérées entre stabilité de l'emploi et satisfaction dans le travail.

- Cet ensemble d'analyses ouvre plus largement sur deux grandes questions transversales : celle des temporalités biographiques et de leurs transformations sous l'effet de la dé-standardisation des temps de la vie professionnelle<sup>2</sup> ; celle des identités sociales reformulées elles aussi par les multiples mobilités socioprofessionnelles résultant de la précarisation du monde du travail.

3. En quoi la précarisation met-elle en jeu la dimension de la santé ? Avant de retracer les différents éléments de réponse proposés, je rappellerai que ce travail a privilégié une définition extensive de la santé, correspondant à la façon dont les individus eux-mêmes la conçoivent et la mettent en scène. Les *chapitres IV et VII* ont montré en effet la pluralité des composantes de la santé, entre états et événements corporels, mentaux et émotionnels ; entre représentations et pratiques ; entre les différents recours thérapeutiques visant à réparer et restaurer des ressources de santé, et le registre plus positif du développement de ces ressources et du « souci de

---

<sup>1</sup> BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit.

<sup>2</sup> GUILLEMARD A.-M., *L'âge de l'emploi*, op. cit.

soi » ; entre logique néohygiéniste, recherche de bien-être, rationalité pragmatique et logique culturelle. Cette pluridimensionnalité s'accompagne d'une conception dynamique de la santé qui, dans l'expérience des sujets, apparaît moins comme un état que comme un processus, un élan vital où alternent sans cesse équilibres, ruptures et recompositions.

C'est donc à de nombreux titres que la santé est susceptible d'entrer en résonance avec les autres composantes de l'existence, et en particulier avec l'expérience du travail.

Comprendre comment les processus de précarisation mettent en jeu la santé suppose de ne pas s'en tenir à l'étude des « effets de la précarisation sur la santé », et implique de penser la relation santé-travail dans sa réciprocity : si la vie de travail façonne la santé, celle-ci en retour oriente le parcours professionnel par le biais de processus de sélection-exclusion à l'égard de l'emploi. J'ai proposé dans le *chapitre III* de distinguer cinq niveaux de médiation entre santé et précarisation du travail, ces cinq registres d'interaction pouvant évidemment se combiner.

- Enquêtes statistiques et témoignages de médecins du travail montrent que l'intensification du travail va de pair avec une sollicitation accrue des ressources de santé physique et psychique des salariés, associée à une restriction des marges de manœuvre leur permettant de se préserver dans l'accomplissement de leur travail. Ceci se traduit par une recrudescence de troubles de santé attribuables au travail : l'explosion des troubles musculo-squelettiques et la reprise à la hausse de la fréquence des accidents du travail ne sont que les formes les plus visibles de ces atteintes qui sont extrêmement diversifiées.

- Mais, comme le montrent notamment les travaux de psychodynamique du travail, la précarisation ne met pas en jeu seulement la santé et l'intégrité physique des salariés. En rendant les conditions de travail plus pénibles, les rapports sociaux plus conflictuels, la reconnaissance du travail et les satisfactions d'*homo faber* plus difficiles à trouver, et en privant l'individu au travail des ressources du collectif, les mutations du monde du travail portent atteinte à la santé mentale des salariés, à leur bien-être et à leur identité. Bien qu'elle soit souvent ressentie et exprimée sur un mode individuel<sup>1</sup>, la souffrance au travail est une expérience multiforme vécue par de nombreux salariés, et l'on est fondé à la considérer comme un

---

<sup>1</sup> C'est (entre autres) ce qu'évoque le dessin placé en exergue de ce travail.

renouvellement de la dynamique de l'aliénation dans le contexte du néocapitalisme.

- A un niveau structurel, les nouvelles divisions du monde productif se doublent d'une division sociale des risques et des atteintes à la santé. Les travailleurs exerçant dans les contextes les plus précarisés sont en effet plus exposés à l'intensité du travail, aux tâches pénibles et dangereuses, et à des types d'organisation du travail susceptibles d'altérer leur santé.

- En termes de conditions de vie, la précarité sociale défavorise la construction de la santé, à la fois par ses effets pathogènes propres et en amenant parfois les salariés à reléguer les préoccupations de santé au second plan par rapport aux enjeux de l'intégration professionnelle. Mais inversement, le chômage récurrent ou prolongé et les difficultés d'accès à l'emploi sont aussi pour partie le résultat d'une sélection professionnelle par la santé, qui fragilise l'employabilité des individus dont la santé est défaillante pour des raisons liées ou non à leurs activités de travail.

- A travers cet ensemble de constats, la santé apparaît bien comme un « amortisseur » face à la précarisation, dont elle est à la fois l'instrument et l'enjeu<sup>1</sup>. Les multiples dynamiques de précarisation du travail et de l'emploi reconfigurent ainsi les rapports santé-travail, en exacerbant les tensions et les incompatibilités entre réussite de l'intégration professionnelle et préservation de la santé. Ces enjeux se présentent de plus en plus aux salariés sous la forme d'alternatives difficiles : travail *ou* santé, emploi *ou* santé...

Face à ces phénomènes, nous avons vu que les acteurs et experts de terrain que sont les médecins du travail déplorent leur relative impuissance à mettre en œuvre leur rôle professionnel : leurs moyens d'action s'avèrent insuffisants pour protéger la santé des salariés, et les transformations du monde du travail font qu'une part croissante des enjeux de santé au travail leur échappe.

4. Qu'en est-il des liens santé-travail-précarisation dans l'expérience des salariés ?

- L'approche statistique a mis en évidence des associations très nettes entre la dégradation de certains aspects des expériences du travail et des altérations de la santé. De mauvaises conditions de travail, l'absence de reconnaissance du travail, le sentiment de pouvoir perdre son emploi sont ainsi fortement corrélés à la présence

---

<sup>1</sup> APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, *op. cit.*

de troubles de santé physique et morale. En revanche, la nature de l'emploi occupé n'est pas extrêmement discriminante. Le critère du statut de l'emploi fait quant à lui apparaître un résultat majeur : la mauvaise santé se situe du côté des salariés en CDI, et en particulier les plus âgés d'entre eux (mais on a vu que cette association CDI-mauvaise santé n'est pas réductible à un effet du vieillissement).

- L'analyse des perceptions par les salariés des liens entre leur santé et leur activité professionnelle met en lumière des effets de cumul importants : les accidents de travail dans les deux dernières années, le sentiment que le travail a des effets négatifs sur la santé et les différentes formes de subordination de la santé au travail s'associent à la fois à un rapport négatif au travail et à une santé dégradée.

- Par des traitements quantitatifs spécifiques et par une approche « qualitative » des données statistiques, j'ai pu montrer que la dimension de la souffrance, massivement présente dans l'échantillon, se dégage comme une dimension partiellement autonome des troubles de santé et relève plutôt de formes de mal-être et d'insatisfactions dans lesquels le rapport au travail et la vie professionnelle jouent un rôle central.

- Le *chapitre VIII* a proposé une exploration approfondie des formes et des sens du rapport santé-travail tel qu'il s'opérationnalise dans l'expérience des salariés. Après avoir rappelé les caractéristiques fondamentales de la relation santé-travail (interdépendance, réciprocité, pluridimensionnalité), j'ai élaboré un cadre d'analyse bifocal (niveau structurel/niveau situationnel) permettant d'appréhender la diversité des entrelacements biographiques entre les deux registres d'expérience.

- Les 30 récits recueillis ont été analysés au prisme des quatre couples de dynamiques élémentaires ainsi définies. Cette approche a permis de clarifier la complexité et l'ambivalence des liens santé-travail, en montrant comment la tension entre les pôles opposés de chaque dynamique est interprétée et réorientée par les salariés pour construire des équilibres changeants entre enjeux de travail, d'emploi et de santé.

- De cette analyse qui privilégie le point de vue émique, il ressort notamment que le rapport santé-travail est largement déterminé par le sens que les salariés lui attribuent. La désignation du travail comme « pathogène », par exemple, est à comprendre comme l'expression d'insatisfactions et de souffrances dans le rapport au travail. Le registre de la santé, très au-delà de son substrat biomédical, s'affirme ainsi comme un lieu d'expression du rapport au monde professionnel et social.

- Les arbitrages effectués par les salariés face aux tensions de la conciliation entre intégration professionnelle et santé ont été analysés sous l'angle des différentes conduites consistant à « tenir » au travail : les multiples logiques qui les animent ainsi que les différents recours mobilisés ont été décrits.

- Enfin, l'analyse combinatoire a permis d'identifier six configurations biographiques du rapport santé-travail, qui rendent compte des articulations entre ces deux sphères de l'existence, et mettent en lumière leurs significations et leurs éventuelles transformations au fil des expériences.

Enfinement, ce parcours centré initialement sur les modes d'articulation des expériences de la santé et des expériences du travail (dans le contexte de sa précarisation) ouvre sur une interrogation plus large qui a trait à la conciliation des enjeux existentiels majeurs que sont la satisfaction dans le travail, la sécurité dans l'emploi, la préservation de la santé, et le bien-être dans la vie hors travail. Les salariés sont ainsi pris non pas entre deux, mais quatre feux, et sont amenés à réarranger constamment les équilibres précaires entre ces quatre pôles de leur existence. On constate finalement que le rapport santé-travail cristallise une grande partie des composantes de l'expérience sociale. Les dynamiques de précarisation du travail et de l'emploi transforment la recherche d'une conciliation entre ces diverses composantes en une « quadrature du cercle » dans laquelle les salariés privilégient selon les cas l'un ou l'autre de ces enjeux au détriment des autres, à travers l'élaboration de compromis qui évoluent au fil de leur parcours.

Pour terminer, je voudrais réaffirmer le double intérêt de l'objet analysé. Son intérêt sociologique tout d'abord : j'ai signalé à de nombreuses reprises en quoi l'analyse du rapport santé-travail ouvre sur des questionnements plus larges et plus transversaux, qui sollicitent le travail sociologique dans de multiples directions. J'en rappellerai simplement quelques-unes :

- concernant très directement la mise en œuvre de l'analyse sociologique, le travail présenté ici montre bien, il me semble, l'intérêt heuristique de faire varier et d'articuler : 1. différentes échelles d'observation (du niveau « micro » de l'interaction en situation au niveau « macro » des structures sociales et des cadres collectifs), 2. différentes perspectives temporelles (transversal *vs* longitudinal ou rétrospectif, à l'échelle biographique comme à l'échelle historique), 3. différentes

entrées empiriques (points de vue émiques de plusieurs catégories d'acteurs, approche statistique, analyse bibliographique et documentaire), 4. différentes approches disciplinaires (en l'occurrence, des connaissances relevant de l'épidémiologie sociale, de la psychodynamique du travail, de l'histoire, de l'économie et de la clinique médicale ont été ponctuellement mobilisées pour contribuer à l'intelligibilité de l'objet de recherche) ;

- on peut souligner d'autre part que l'entrée thématique « santé-travail » se révèle être un analyseur fécond des transformations de fond qui caractérisent la société contemporaine : celles du monde du travail et des modes d'intégration professionnelle et sociale, celles des dispositifs de protection sociale, celles des identités et de la structure sociale, celles des modes de vie et des temporalités ;

- enfin, cette analyse des liens santé-travail reformulés par les dynamiques de précarisation a également croisé certaines problématiques déjà constituées en sociologie (et dans d'autres champs disciplinaires), qu'il pourrait être intéressant d'explorer plus avant sous l'angle de l'articulation santé-travail. Je pense par exemple à la vaste question des inégalités sociales de santé, ou bien aux problématiques du risque et de l'insécurité (sanitaire, sociale...), ou encore aux enjeux de la définition et de l'opérationnalisation des notions de « travail soutenable » ou de « travail décent », ou enfin aux questions soulevées par les différentes formes de médicalisation (professionnelle ou « profane ») du « mal-être » social.

Toutes ces thématiques sont autant de pistes et de perspectives possibles pour des recherches futures.

Mais au-delà de son intérêt sociologique, la recherche présentée ici explore des phénomènes dont l'intérêt *social* est évidemment majeur. Le désir de rendre compte d'un ensemble d'expériences vécues sur le mode de l'épreuve et de la souffrance, la volonté de les mettre en lumière et d'en faire apparaître les ressorts sociaux sont, on l'aura compris, au fondement de mon engagement dans cette recherche. En ce sens, je partage pleinement le point de vue de Robert Castel lorsqu'il affirme que « l'objectif principal, ou tout au moins un des objectifs principaux de la sociologie, [est] d'essayer de comprendre et de prendre en charge ce qui pose problème aux gens », de se pencher sur « des configurations problématiques, des questions qui s'imposent à l'attention, et pas seulement à l'attention des savants, parce qu'elles perturbent la vie sociale, disloquent le fonctionnement des institutions, menacent

d'invalidation des catégories entières de sujets sociaux », et finalement de rendre intelligibles « les révoltes sans paroles et le désarroi de ceux qui sont condamnés à vivre comme un destin ce qui leur arrive, alors qu'il y a bien à cela quelques raisons dont la sociologie a quelque chose à dire<sup>1</sup> ». Cette thèse apporte, je l'espère, une contribution utile à ce projet.

---

<sup>1</sup> CASTEL R., « L'engagement du sociologue », *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 2, 2000, pp. 283-284.

## Bibliographie

- ADAM P., HERZLICH C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994.
- AGUERRE J.-C., CLANCY S., MICHEL A., PASCUAL M., « Salariés en détresse : quelles réponses ? Une expérience pluridisciplinaire », *Travail et emploi*, n° 97, 2004, pp. 65-77.
- AÏACH P., « Approche sociologique des données de morbidité », *Sciences sociales et santé*, vol. 4, n° 1, 1986, pp. 75-95.
- AÏACH P. (dir.), *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*, Paris, INSERM/La Documentation française, 1987.
- AÏACH P., « La société au miroir des inégalités de santé », *Prévenir*, n° 28, 1995, pp. 29-35.
- AÏACH P., « La santé et ses inégalités », *Esprit*, février 1997, pp. 63-71.
- AÏACH P., CURTIS S., « Social inequalities in self-reported morbidity : interpretation and comparison of data from Britain and France », *Social science and medicine*, n° 31, 1990, pp. 267-274.
- AÏACH P., FASSIN D., *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Économica, 1994.
- ALADINIAN V., *Les réseaux de sous-traitance et le droit du travail*, Mémoire de DEA de Droit social, sous la direction d'A. Lyon-Caen, Université de Paris X-Nanterre, 1997.
- ALONZO P., « Les rapports au travail et à l'emploi des caissières de la grande distribution. Des petites stratégies pour une grande vertu », *Travail et emploi*, n° 76, 1998, pp. 37-51.
- AMOSSÉ T., « Mythes et réalités de la syndicalisation en France », *Premières synthèses*, n° 44.2, 2004.
- ANESHENSEL C. S., « Social stress : theory and research », *Annual review of sociology*, n° 18, 1992, pp. 15-38.
- APPAY B., « Concentration and atomisation of productive systems : the paradox of controlled autonomy », Communication au XIII<sup>e</sup> Congrès mondial de sociologie, 1994.
- APPAY B., « Contrôle social et flexibilité », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 167-182.
- APPAY B., « Précarisation sociale et restructurations productives » in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 509-553.
- APPAY B., « Précarité, vulnérabilité, fragilité : enjeux de définitions », Communication au séminaire INSERM « Santé, précarité, précarisation », La Londe Les Maures (Var), 24-25 novembre 1997.
- APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997.
- ARNAUDO B., MAGAUD-CAMUS I., SANDRET N., COUTROT T., FLOURY M.-C., GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., WALTISPERGER D., « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003 », *Premières synthèses*, n° 52.1, 2004.



- ARWIDSON P., « La frontière entre la santé et le social », *Prévenir*, n° 30, 1996, pp. 145-154.
- ASKENAZY P., *La croissance moderne. Organisations innovantes du travail*, Paris, Économica, 2002.
- ASKENAZY P., *Les désordres du travail. Essai sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil, 2004.
- ASKENAZI P., CAROLI E., « Pratiques "innovantes", accidents du travail et charge mentale : résultats de l'enquête française "Conditions de travail 1998" », *Pistes*, vol. 5, n° 1, 2003.
- AUDRIC S., « Qualification et diplôme », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 183-191.
- AUDRIC S., FORGEOT G., « Le développement du travail à temps partiel », in *Données sociales 1999*, Paris, INSEE, 1999, pp. 177-181.
- AUDRIC-LERENARD A., TANAY A., « Ouvriers et employés non qualifiés : disparités et similitudes sur le marché du travail », *Premières synthèses*, n° 47.1, 2000.
- AUGÉ M., « Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement », in AUGÉ M., HERZLICH C., *Le sens du mal Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, 1984, pp. 35-79.
- AUGÉ M., HERZLICH C. (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, 1984.
- AUTÈS M., « Genèse d'une nouvelle question sociale : l'exclusion », *Lien social et politiques - RIAC*, n° 34, 1995, pp. 43-53.
- BALAZS G., FAGUER J.-P., « Une nouvelle forme de management : l'évaluation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 114, 1996, pp. 68-78.
- BARBIER J.-C., *A survey of the use of the term « précarité » in French economics and sociology*, CEE, Document de travail n° 19, 2002, 37 p.
- BARDOT F., « Les évolutions du travail et de la santé après 55 ans : quels constats et quelles actions pour le médecin du travail ? », in *Conditions de travail, santé et aspirations à la retraite*, Actes du séminaire « Vieillesse et travail », CREAPT-EPHE, 2003, pp. 157-174.
- BARDOT F., HUEZ D., « Clinique médicale du travail et souffrance au travail : les dépressions réactionnelles professionnelles », *Travail et emploi*, n° 96, 2003, pp. 55-66.
- BARRY (DE) C., ENEAU D., HOURRIEZ J.-M., « Les aides financières entre ménages », *INSEE Première*, n° 441, 1996.
- BARTHE J.-F., « Orientation du profane dans l'espace thérapeutique », *Cahiers du CERS*, n° 9, 1988, pp. 90-101.
- BARTHE J.-F., « Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques », *Revue française de sociologie*, vol. XXXI, 1990, pp. 283-296.
- BARTHE J.-F., CLÉMENT S., DRULHE M., « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 23/63, 1990.
- BASZANGER I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. XXVII, n° 1, 1986, pp. 3-27.
- BATTAGLIOLA F., BERTAUX-WIAME I., FERRAND M., IMBERT F., « Dire sa vie : entre travail et famille », in BOUCHAYER F. (dir.), *Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie*, Toulouse, Érès, 1995, pp. 328-359.
- BAUDELLOT C., GOLLAC M., *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard, 2003.
- BEAUD S., « Un cas de sauvetage social. Histoire d'une "jeune précaire" racontée par un conseiller de mission locale », *Travail et emploi*, n° 80, 1999, pp. 77-89.

- BEAUD S., PIALOUX M., *Retour sur la condition ouvrière. Enquête aux usines Peugeot de Sochaux-Montbéliard*, Paris, Fayard, 1999.
- BEAUMONT D., NŒUVÉGLISE M., LE SCAO H., « Du côté des intérimaires du BTP : une enquête de terrain sur l'intégration de la sécurité sur les chantiers », Communication aux XXIII<sup>es</sup> Journées nationales de médecine du travail, Besançon, 1994, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 56, n° 3, 1995, pp. 206-207.
- BECKER H. S., *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, trad. fr. : Paris, A.-M. Métaillié, 1985.
- BECKER H. S., *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2002.
- BELLOC B., LAGARENNE C., « Emplois temporaires et emplois aidés », in *Données sociales 1996*, Paris, INSEE, 1996, pp. 124-130.
- BENACH J., GIMENO D., BENAVIDES F. G., *Types of employment and health in the European Union*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002.
- BENACH J., MUNTANER C., BENAVIDES F. G., AMABLE M., JÓDAR P., « De nouvelles stratégies de prévention pour un nouvel environnement du travail : besoins, principes, enjeux », Communication au colloque BTS-SALISA « Le travail sans limites ? Réorganiser le travail et repenser la santé des travailleurs », Bruxelles, 25-27 septembre 2000, *Bulletin d'information du bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité*, n° 15-16, 2001, pp. 31-41.
- BENARROSH Y., *Le travail : norme et signification*, CEE, Document de travail n° 4, 2000, 19 p.
- BENARROSH Y., « Les trappes d'inactivité : chômage volontaire ou chômage de résistance ? », *Travail et emploi*, n° 95, 2003, pp. 73-85.
- BÉNÉTON P., « Les frustrations de l'égalité. Contribution aux recherches sur la relativité des aspirations et la perception des inégalités », *Archives européennes de sociologie*, XIX, 1978, pp. 74-140.
- BENIGUI G., « Travail et classes moyennes », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXXIX, 1990, pp. 253-272.
- BENOIST J. (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 2003, pp. 495-497.
- BENOIST J., KARSENTI B. (dir.), *Sociologie et phénoménologie*, Paris, PUF, 2001.
- BERGER P., LUCKMANN T., *La construction sociale de la réalité*, trad. fr. : Paris, Masson/Armand Colin, 1996.
- BERNARD BRUHNS CONSULTANTS, *L'Europe de l'emploi*, Paris, Éditions d'Organisation, 1994.
- BERNARD S., CANCEILL G., « Le travail occasionnel des bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique. Quels emplois ? Quels revenus ? », *Premières synthèses*, n° 20.1, 2001.
- BERTAUX D., *Les récits de vie*, Paris, Nathan, 1997.
- BERTHELOT J.-M., « Corps et société (Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps) », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXIV, 1983, pp. 119-131.
- BERTHELOT J.-M., « Du corps comme opérateur discursif, ou les apories d'une sociologie du corps », *Sociologie et sociétés*, vol. XXIV, n° 1, 1992, pp. 11-18.
- BERTHELOT J.-M., DRULHE M., CLÉMENT S., FORNÉ J., M'BODJ G., *Current sociology/La sociologie contemporaine*, « Les sociologies et le corps », vol. 33, n° 2, 1985.

- BERTHET M., CRU D., « Travail prescrit, travail réel et santé au travail. De nouveaux modes d'intervention ergonomique ? », *Travail et emploi*, n° 96, 2003, pp. 92-93.
- BILLIARD I., « Le "grand intégrateur" selon Yves Barel. Crise du travail, crise du sens et crise du lien social », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 183-193.
- BILLIARD I., DEBORDEAUX D., LUROL M., *Vivre la précarité. Trajectoires et projets de vie*, Paris, L'Aube, 2000.
- BISCOURP P., « Les rythmes de travail entre 1995 et 2001 : faible progression de l'irrégularité », *INSEE Première*, n° 994, 2004.
- BLANPAIN N., ENEAU D., « État de santé et accès aux soins des allocataires du RMI », *INSEE Première*, n° 655, 1999.
- BOISARD P., « Partage du travail : les pièges d'une idée simple », in BOISARD P., COHEN D., ELBAUM M., GAULLIER X., LAVILLE J.-L., LICHTENBERGER Y., MÉDA D., MOTHÉ D., PERRET B., *Le travail, quel avenir ?*, Paris, Gallimard, 1997, pp. 161-174.
- BOISARD P., CARTRON D., GOLLAC M., VALEYRE A., *Contraintes de temps dans le travail et risques pour la santé en Europe*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2003.
- BOISARD P., CARTRON D., GOLLAC M., VALEYRE A., *Temps et travail : l'intensité du travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002.
- BOISARD P., FERMANIAN J.-D., « Les rythmes de travail hors norme », *Économie et statistique*, n° 321-322, 1999, pp. 111-131.
- BOISSONNAT J. (dir.), *Le travail dans vingt ans*, Rapport du Commissariat général au Plan, Paris, Odile Jacob/La Documentation française, 1995.
- BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.
- BOLTANSKI L., THÉVENOT L., *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991.
- BONVALET C., LELIÈVRE É., « Du concept de ménage à celui d'entourage : une redéfinition de l'espace familial », *Sociologie et sociétés*, vol. XXVII, n° 2, 1995, pp. 177-190.
- BORZEIX A., « De quelques fausses similarités, gros malentendus et vrais terrains d'entente », *Travail et emploi*, n° 94, 2003, pp. 31-35.
- BOUCHAYER F., « Bilans de vie, bilans de santé », in BOUCHAYER F. (dir.), *Trajectoires sociales et inégalités*, Toulouse, Érès, 1995, pp. 91-121.
- BOUFFARTIGUE P. (dir.), *Le retour des classes sociales*, Paris, La Dispute, 2004.
- BOURDIEU P., « La société traditionnelle. Attitude à l'égard du temps et conduite économique », *Sociologie du travail*, n° 1, 1963, pp. 24-44.
- BOURDIEU P., DARBEL A., « La fin d'un malthusianisme ? », in DARRAS, *Le partage des bénéfices*, Paris, Éd. de Minuit, 1966, pp. 135-154.
- BOURDIEU P., *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993.
- BOURDIEU P., « La pensée Tietmeyer », in *Contre-feux*, Paris, Raisons d'agir, 1998, pp. 51-57.
- BOURDIEU P., *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, 1997.
- BOURDON F., « Droit de retrait. Ne plus travailler au péril de sa vie », *Santé et travail*, n° 21, 1997, pp. 68-70.
- BOURGET-DEVOUASSOUX J., VOLKOFF S., « Bilans de santé des carrières d'ouvriers », *Économie et statistique*, n° 242, 1991, pp. 83-93.
- BOURREAU-DUBOIS C., GUILLOT G., JANKELIOWITCH-LAVAL E., « Le travail à temps partiel féminin et ses déterminants », *Économie et statistique*, n° 349-350, 2001, pp. 41-61.

- BOURRET P., CHANUT C., MOSSE P., « La santé des pauvres. Entre spécificité et généralité », *Solidarité Santé*, n°3, 1993, pp. 17-25.
- BOUVET M., YAHOU N., « Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique », *Premières synthèses*, n° 31.1, 2001.
- BOYER T., *Mécanique du plan de licenciement : déconstruction d'argumentaires économique des projets de licenciement*, DARES, Document d'étude n° 53, 2002.
- BOZON M., LEMEL Y., « Les petits profits du travail salarié. Moments, produits et plaisirs dérobés », *Revue française de sociologie*, vol. XXX, 1989, pp. 101-127.
- BRETIN H., « Hommes et femmes en service précaire : le nettoyage industriel », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 269-284.
- BRETIN H., « Le nettoyage, aux confins du jour et de la nuit », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 87, 2000, pp. 95-99.
- BRETIN H., THÉBAUD-MONY A., « Le nettoyage dans la ville. Précarisation du travail et santé », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 66, 1995.
- BREUIL-GENIER, « Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent », *INSEE Première*, n° 709, 2000.
- BREUIL-GENIER P., « Les variations des revenus individuels entre périodes de chômage et d'emploi », *Économie et statistique*, n° 348, 2001, pp. 61-79.
- BREUIL-GENIER P., VALELIÈVRE H., « Trajectoires d'activités et de niveaux de vie », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 447-454.
- BRIDGES W., *La conquête du travail*, Village mondial, 1995.
- BROCHIER C., « Des jeunes corvéables. L'organisation du travail et la gestion du personnel dans un fast-food », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 138, 2001, pp. 73-84.
- BRODA J., « Le syndrome des "3 P" : pression horaire, pression hiérarchique, pas de perspective professionnelle », *Sociologie du travail*, vol. 30, n° 1, 1988, pp. 19-36.
- BRUNET F., « Un enjeu : la qualité de l'emploi », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 225-234.
- BUÉ J., GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., VINCK L., « Vingt ans de conditions de travail », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 273-279.
- BUÉ J., ROUGERIE C., « L'organisation des horaires : un état des lieux en mars 1998 », *Premières synthèses*, n° 30.1, 1999.
- BUÉ J., ROUGERIE C., « L'organisation du travail : entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête Conditions de travail de 1998 », *Premières synthèses*, n° 32.1, 1999.
- BUÉ J., HAMON-CHOLET S., PUECH I., « Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement », *Premières synthèses*, n° 24.1, 2003.
- BUNGENER M., HORELLOU-LAFARGE C., LOUIS M.-V., *Chômage et santé*, Paris, Économica, 1982.
- BUNGENER M., PIERRET J., *Appréhender l'influence du chômage sur l'état de santé. Analyse seconde des données INSEE « Étude des conditions de vie 1986-87, Rapport MIRE/CERMES*, 1993.
- BUREAU NCI, MERLIER R., « Les conflits en 2001 : une légère baisse », *Premières synthèses*, n° 34.1, 2003.
- BUZZI S., DEVINCK J.-C., ROSENTAL P.-A., « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », Conférence inaugurale du 27<sup>e</sup> Congrès national de médecine et santé au travail, Grenoble, 2002.

- CAMBON-THOMSEN A., « Tests génétiques et travail », *L'observatoire de la génétique*, n° 15, 2004.
- CANCÉ R., « Travailler en contrat à durée déterminée, entre précarité contrainte, espoir d'embauche et parcours volontaire », *Travail et emploi*, n° 89, 2002, pp. 29-44.
- CANCÉ R., FRÉCHOU H., « Les contrats courts : source d'instabilités mais aussi tremplin vers l'emploi permanent », *Premières synthèses*, n° 14.1, 2003.
- CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, rééd. : Paris, PUF, 1999.
- CARDIA-VONÈCHE L., BASTARD B., « Préoccupations de santé et fonctionnement familial », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n°1, 1995, pp. 65-79.
- CART B., GOSSEAUME V., KOGUT-KUBIAK F., TOUTIN M.-H., « La maintenance industrielle. Une fonction en évolution, des emplois en mutation », *CÉREQ Bref*, n° 174, 2001.
- CARTRON D., « Le sociologue pris en sandwich ! Retour sur une observation participante dans un fast-food », *Travail et emploi*, n° 94, 2003, pp. 59-64.
- CARTRON D., GOLLAC M., « Fast work et maltravail », Communication au colloque *Organisation, intensité du travail, qualité du travail* (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., CONINCK (DE) F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octarès, à paraître.
- CASES C., MISSÈGUE N., « Une forte segmentation des emplois dans les activités de services », *Économie et statistique*, n° 344, 2001, pp. 81-108.
- CASSOU B., HUEZ D., MOUSEL M.-L., SPITZER C., TOURANCHET A. (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 1985.
- CASTEL R., « Institutions totales et configurations ponctuelles », in *Le parler frais d'Erving Goffman*, Actes du Colloque de Cerisy-la-Salle (17-24 juin 1987), Paris, Éd. de Minuit, 1989, pp. 31-43.
- CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.
- CASTEL R., Réponse aux commentaires de JOIN-LAMBERT M.-T. et ELBAUM M., « A propos de l'ouvrage de Robert Castel *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat* », *Travail et emploi*, n° 68, 1996.
- CASTEL R., « L'engagement du sociologue », *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 2, 2000, pp. 281-288.
- CASTEL R., *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Seuil, 2003.
- CASTEL R., HAROCHE C., *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard, 2000.
- CATTANÉO N., « Précarités et travail à temps partiel des femmes. L'exemple des caissières d'hypermarché », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 331-340.
- CERTEAU (DE) M., *L'invention du quotidien, vol. 1 : Arts de faire*, Paris, Gallimard, 1990.
- CÉZARD M., HAMON-CHOLET S., « Efforts et risques au travail en 1998 », *Premières synthèses*, n° 16.1, 1999.
- CÉZARD M., HAMON-CHOLET S., « Travail et charge mentale », *Premières synthèses*, n° 27.1, 1999.
- CÉZARD M., VINCK L., « Contraintes et marges d'initiative des salariés dans leur travail », in *Données sociales 1996*, Paris, INSEE, 1996, pp. 217-224.
- CÉZARD M., VINCK L., « En 1998, plus d'un salarié sur deux utilise l'informatique dans son travail », *Premières synthèses*, n° 53.2, 1998.

- CHAMOIX M.-N., « Sociétés avec et sans concept de travail », *Sociologie du travail*, Hors-série, 1994.
- CHAMOIX M.-N., « Sens et place du travail dans les sociétés », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 15-23.
- CHARDON O., GOUX D., « La nouvelle définition européenne du chômage BIT », *Économie et statistique*, n° 362, 2003, pp. 67-83.
- CHÂTEL V., SOULET M.-H. (dir.), *Faire face et s'en sortir*, Actes du colloque « Faire face et s'en sortir. Agir en situation de vulnérabilité », Fribourg, septembre 2001, 2 tomes, Éditions universitaires Fribourg Suisse, 2002.
- CHÂTEL V., SOULET M.-H., « L'exclusion, la vitalité d'une thématique usée », *Sociologie et sociétés*, vol. XXXIII, n° 2, 2001, pp. 175-202.
- CHAUVEL L., « Classes et générations. L'insuffisance des hypothèses de la théorie de la fin des classes sociales », texte disponible sur le site de l'auteur <<http://louis.chauvel.free.fr/>>.
- CHAUVEL L., « Le retour des classes sociales ? », *Revue de l'OFCE*, n° 79, 2001, pp. 316-359.
- CHAUVEL L., CHENU A., « Enjeux et usages des catégories socioprofessionnelles : traditions nationales, comparaisons internationales et standardisation européenne », débat animé par M. Oberti et E. Prétéceille, *Sociétés contemporaines*, n° 45-46, 2002, pp. 157-185.
- CHENU A., « Une classe ouvrière en crise », in *Données sociales 1993*, Paris, INSEE, 1993, pp. 476-485.
- CHENU A., *Les employés*, Paris, La Découverte, 1994.
- CHENU A., « La charge de travail professionnel et domestique des femmes : cinquante années d'évolution », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 467-474.
- CHENU A., « Les horaires et l'organisation du temps de travail », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 151-167.
- CHENU A., GUGLIEMETTI F., « Coder la profession : nouvelles procédures, vieux problèmes », *Courrier des statistiques*, n° 95-96, 2000, pp. 57-67.
- CHENU A., HERPIN N., « Une pause dans la marche vers la civilisation des loisirs », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 15-37.
- CHOPART J.-N., « Les sociologues et l'exclusion : que reste-t-il entre l'individu et l'État ? », *Lien social et politiques - RIAC*, n°34, 1995, pp. 31-42.
- CHOPART J.-N., MARTIN C. (dir.), *Que reste-t-il des classes sociales ?*, Paris, ENSP, 2004.
- CINGOLANI P., *L'exil du précaire*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986.
- CLÉMENT S., MANTOVANI J., « Les déprises en fin de parcours de vie », *Gérontologie et Société*, n° 90, 1999.
- CLOSETS (DE) R., « L'externalisation : les nouvelles frontières de l'entreprise », *Outlook*, vol. XIV, n° 2, 2002, 5 p.
- CLOT Y., « Le sujet au travail », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 165-166.
- CLOT Y., « Sortir de soi. Travail, chômage et action collective », in ABÉCASSIS F., ROCHE P., *Précarisation du travail et lien social. Des hommes en trop ?*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 258-259.
- CLOT Y., « Intensité et collectifs de travail », Communication au colloque Organisation, intensité du travail, qualité du travail (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., CONINCK (DE) F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octarès, à paraître.

- CLOT Y., SCHWARTZ O., « La douleur du métier, l'attente de la retraite. Débat entre Yves Clot, psychologue du travail, et Olivier Schwartz, sociologue », *Le Monde*, 21 juin 2003.
- COENEN-HUTHER J., « Le type idéal comme instrument de la recherche sociologique », *Revue française de sociologie*, vol. XXXIV, n° 3, 2003, pp. 531-547
- COLIN C., « Les salariés à temps partiel : combien gagnent-ils ? », *INSEE Première*, n° 549, 1997.
- CONINCK (DE) F., GODARD F., « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité », *Revue Française de Sociologie*, vol. XXXI, 1989, pp. 23-53.
- CONINCK (DE) F., « Avoir du temps devant soi. La construction d'un temps transitionnel entre temps du sujet et temps de la production », Communication au colloque *Organisation, intensité du travail, qualité du travail* (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., CONINCK (DE) F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octarès, à paraître.
- CONINCK (DE) F., « Rationalisation des rapports de travail et autonomie des salariés dans les organisations industrielles », in CHATZIS C., MOUNIER C., ZARIFIAN P., VELTZ P. (dir.), *L'autonomie dans les organisations. Quoi de neuf ?*, Paris, L'Harmattan, 1999.
- CONINCK (DE) F., « Une mise en intrigue instable de temporalités hétérogènes », *Temporalistes*, n° 44, 2001.
- CORCUFF P., *Les nouvelles sociologies*, Paris, Nathan, 1995.
- COTTEREAU A., « L'usure au travail : destins masculins, destins féminins », *Le mouvement social*, n° 124, 1983, pp. 71-112.
- COTTEREAU A., « Théories de l'action et notion de travail. Note sur quelques difficultés et quelques perspectives », *Sociologie du travail*, hors-série, 1994, pp. 73-89.
- COTTRELL M., LETREMY P., MACAIRE S., MEILLAND C., MICHON F., « Le temps de travail des formes particulières d'emploi », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 169-189.
- COULANGEON P., MENGER P.-M., ROHARIK I., « Les loisirs des actifs : un reflet de la stratification sociale », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 39-55.
- COUR DES COMPTES, *La gestion du risque accident du travail et maladies professionnelles. Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés*, 2002.
- COURPASSON D., « Régulation et gouvernement des organisations. Pour une sociologie de l'action managériale », *Sociologie du travail*, n° 1, 1997, pp. 39-61.
- COUSIN O., « Les ambivalences du travail : les salariés peu qualifiés dans les centres d'appels », *Sociologie du travail*, vol. 44, n° 4, 2002, pp. 499-520.
- COUTROT L., « Les catégories socioprofessionnelles : changement des conditions, permanence des positions ? », *Sociétés contemporaines*, n° 45-46, 2002, pp. 107-129.
- COUTROT T., « Les nouveaux modes d'organisation de la production : quels effets sur l'emploi, la formation, l'organisation du travail ? », in *Données sociales 1996*, Paris, INSEE, 1996, pp. 209-215.
- COUTROT T., « Les facteurs de recours aux contrats temporaires », *Premières synthèses*, n° 25.3, 2000.
- COUTROT T., « Où sont les CHSCT ? », *Premières synthèses*, n° 16.2, 2001.
- COUTROT T., « La gestion de la main-d'œuvre dans les entreprises innovantes », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 281-289.
- COUTROT T., *Critique de l'organisation du travail*, Paris, La Découverte, 1999, rééd. 2002.

- COUTROT T., WOLFF L., *L'impact des conditions de travail sur la santé : une expérience méthodologique*, DARES, Document d'étude n° 97, 2005.
- CRAGUE G., « Des lieux de travail de plus en plus variables et temporaires », *Économie et statistiques*, n° 369-370, 2004, pp. 191-212.
- CRENNER E., « Famille, je vous aide », *INSEE Première*, n° 631, 1999.
- CRESSON G., « La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? », *Sociétés contemporaines*, n° 25, 1997, pp. 45-65.
- CRISTOFARI M.-F., « Les accidents du travail. Indicateurs de précarisation de la santé au travail », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 47-59.
- CRISTOFARI M.-F., *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel (SIP)*, Rapport de recherche, CEE, 2003.
- CUVIER G., MONOD H., article « Médecine du travail », *Encyclopædia Universalis*.
- DARES, « L'utilisation de l'informatique et des nouvelles technologies par les salariés », *Les dossiers de la DARES*, n° 1, 2001.
- DASSA S., MAILLARD D., « Exigences de qualité et nouvelles formes d'aliénation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 115, 1996, pp. 27-37.
- DAUBAS-LETOURNEUX V., THÉBAUD-MONY A., « Les angles morts de la connaissance des accidents du travail », *Travail et emploi*, n° 88, 2001, pp. 25-42.
- DAUBAS-LETOURNEUX V., THÉBAUD-MONY A., « Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne », *Travail et emploi*, n° 96, 2003, pp. 9-35.
- DAUTY F., MORIN M.-L., « Entre le travail et l'emploi : la polyvalence des contrats à durée déterminée », *Travail et emploi*, n° 52, 1992, pp. 20-36.
- DAUTY F., MORIN M.-L., « La notion juridique d'emploi en droit privé », *Droit social*, 1987.
- DAVEZIES P., « Évolutions des organisations du travail et atteintes à la santé », *Travailler*, n° 3, 1999, pp. 87-114.
- DAVEZIES P., « Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale », *Médecine et travail*, n° 183, 2000, pp. 38-41.
- DAVEZIES P., « Convergences, tensions et contradictions entre les différentes approches disciplinaires de la santé au travail », *Performances. Stratégies et facteur humain*, n° 5, 2001, pp. 14-21.
- DAVEZIES P., « Les maladies professionnelles », in LECOURT D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004.
- DECLERCK P., *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001.
- DEGENNE A., FORSÉ M., *Les réseaux sociaux*, Paris, Armand Colin, 1994.
- DEGENNE A., LEMEL Y., « Les réseaux de relations de la vie quotidienne », in *Données sociales 1999*, Paris, INSEE, 1999, pp. 354-358.
- DEJOURS C. (dir.), *Plaisir et souffrance dans le travail*, Paris, Éditions de l'AOCIP avec le concours du CNRS, 1988.
- DEJOURS C., *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1993.
- DEJOURS C., *Le facteur humain*, Paris, PUF, 1995.
- DEJOURS C., « Centralité ou déclin du travail ? », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 40-49.
- DEJOURS C., « Violence ou domination ? », *Travailler*, n° 3, 1999, pp. 11-29.
- DEJOURS C., *Travail, usure mentale*, rééd. : Paris, Bayard, 2000.



- DEJOURS C. (dir.), *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Rapport de la commission « Violence, travail, emploi, santé », mars 2005.
- DEJOURS C., MOLINIER P., « Le travail comme énigme », *Sociologie du travail*, hors-série, 1994, pp. 35-44.
- DEMAZIÈRE D., « Chômage et dynamiques identitaires », in PAUGAM S. (dir.), *L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996, pp. 335-343.
- DEMAZIÈRE D., DUBAR C., *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*, Paris, Nathan, 1997.
- DEMAZIÈRE D., PIGNONI M.-T., ROLLE C., VILTER S., ZUNE M., « Questionnaire longitudinal et entretien biographique à l'épreuve de l'expérience du chômage », *Temporalistes*, n° 43, 2001.
- DENIEL A. (dir.), *Rapport de la commission instituée par l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, octobre 1997.
- DERRIDA J., « La pharmacie de Platon », complément à PLATON, *Phèdre*, Paris, Flammarion, 1999.
- DERRIENNIC F., « Précarisation du travail et santé : réponses, remarques et problèmes épidémiologiques ? », Communication aux XXIII<sup>es</sup> Journées nationales de médecine du travail, Besançon, 1994, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 56, n° 3, 1995, pp. 183-188.
- DERRIENNIC F., TOURANCHET A., VOLKOFF S., (dir.), *Âge, travail, santé. Études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990*, Paris, INSERM, 1996.
- DERRIENNIC F., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., MONFORT C., « Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés », *Travail et emploi*, n° 96, octobre 2003, pp. 37-53.
- DERRIENNIC F., VÉZINA M., « Intensification du travail et répercussions sur la santé mentale : arguments épidémiologiques apportés par l'enquête ESTEV », Communication au colloque Organisation, intensité du travail, qualité du travail (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., CONINCK (DE) F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octarès, à paraître.
- DESPLANQUES G., « La mortalité des adultes. Résultats de deux études longitudinales (période 1955-1980) », *Les collections de l'INSEE*, série D, n° 102, 1985, pp. 40-44.
- DESROSIÈRES A., THÉVENOT L., *Les catégories socio-professionnelles*, Paris, La Découverte, 1988.
- DESSORS D., « Précarité, précarisation, santé : lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail », Communication aux XXIII<sup>es</sup> Journées nationales de médecine du travail, Besançon, 1994, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 56, n° 3, 1995, pp. 176-180.
- DESSORS D., SCHRAM J., VOLKOFF S., « Du handicap de situation à la sélection-exclusion : une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques », *Travail et emploi*, n° 48, 1991, pp. 31-47.
- DINAUCOURT M., « Chômage et précarité de l'emploi par région », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 523-530.
- DODIER N., « La construction pratique des conditions de travail : préservation de la santé et vie quotidienne des ouvriers dans les ateliers », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 2, 1985, pp. 5-33.

- DODIER N., « Corps fragiles : la construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes du travail », *Revue française de sociologie*, vol. XXVII, n° 4, 1986, pp. 603-628.
- DODIER N., « La fugacité des chantiers : inspection du travail et prévention des risques professionnels dans le secteur du bâtiment et des travaux publics », *Sociologie et sociétés*, vol. XVIII, n° 2, 1986, pp. 61-71.
- DODIER N., « Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail », *Sciences sociales et santé*, vol. 9, n° 2, 1991, pp. 79-121.
- DODIER N., *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.
- DODIER N., « Causes et mises en cause. Innovation sociotechnique et jugement moral face aux accidents du travail », *Revue française de sociologie*, vol. XXXV, n° 2, 1994, pp. 251-281.
- DODIER N., *Les hommes et les machines*, Paris, Métailié, 1995.
- DOMENIGHETTI G., D'AVANZO B., BISIG B., « Health effects of job insecurity among employees in swiss general population », *Cahiers de recherches économiques*, Département d'économétrie et d'économie politique, Université de Lausanne, n° 9907, 1999, pp. 1-17.
- DONIOL-SHAW G., HUEZ D., SANDRET N., *Les intermittents du nucléaire*, Toulouse, Octarès, 1995.
- DONIOL-SHAW G., HUEZ D., SANDRET N. (et al.), « Conditions de travail et santé des sous-traitants dans la maintenance des centrales nucléaires : résultats de l'enquête STED », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 435-450.
- DONIOL-SHAW G., LASFARGUES G., *Enquête PREST. Précarité - santé - travail*, Rapport de recherche, LATTIS-ENPC/Institut de médecine du travail du Val de Loire, 1999, 128 p.
- DRULHE M., « La maladie comme processus dans l'histoire corporelle », *Cahiers du CERS*, n° 9, 1988.
- DRULHE M., *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF, 1996.
- DRULHE M., « Comment mesurer la santé ? », *Esprit*, février 1997, pp. 56-62.
- DRULHE M., « Conditions de travail, modes d'existence et intelligibilité de "la santé des aînés" depuis 25 ans. Mise en perspective et en prospective », *Les cahiers de l'INED*, n° 147, 2002.
- DRULHE M., CLÉMENT S., HÉLARDOT V., MANTOVANI J., MEMBRADO M., *Précarisation au travail et santé : l'expérience sociale des salariés et de leur famille confrontée au jugement des médecins du travail*, Rapport de recherche pour l'INSERM, avril 2002, 187 p.
- DRULHE M., CLÉMENT S., HÉLARDOT V., MANTOVANI J., MEMBRADO M., SERRATE V., « Quand les médecins du travail parlent de la précarisation au travail... », *Médecine et travail*, n° 187, 2001.
- DUBAR C., « Formes identitaires et socialisation professionnelle », *Revue française de sociologie*, vol. XXXIII, n° 4, 1992, pp. 522-523.
- DUBAR C., « Les identités professionnelles », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 66-74.
- DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1998.
- DUBAR C., « Régimes de temporalités et mutation des temps sociaux », *Temporalités*, n° 1, 2004, pp. 100-119.

- DUBET F., *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil, 1994.
- DUBET F., *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.
- DUCLOS D., *La santé et le travail*, Paris, La Découverte, 1984.
- DUMARTIN S., « Trois quarts des Français se considèrent en bonne santé », *INSEE Première*, n° 702, 2000.
- DUPUY Y., LARRÉ F., « Entre salariat et travail indépendant : les formes hybrides de mobilisation du travail », *Travail et emploi*, n° 77, 1998, pp. 1-14.
- DURAND J.-P., BASZANGER I., DEJOURS C., « Symposium sur *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale* », *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 2, 2000, pp. 313-340.
- DURKHEIM É., *De la division du travail social*, rééd. : Paris, PUF, 1998.
- DWYER T., *Life and death at work. Industrial accidents as a case of socially produced error*, New York, Plenum Press, 1991.
- EBERSOLD S., *La naissance de l'inemployable*, Rennes, PUR, 2001.
- EHRENBERG A., *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.
- EHRENBERG A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, rééd. : Paris, Odile Jacob, 2000.
- ELBAUM M., « La lutte contre les inégalités sociales. Après la mise entre parenthèses, une nouvelle exigence », *Esprit*, n° 12, 1995, pp. 65-96.
- ELSTAD J. I., « The psycho-social perspective on social inequalities in health », *Sociology of health and illness*, vol. 20, n° 5, 1998, pp. 598-618.
- ESTRADE M.-A., MÉDA D., ORAIN R., « Les effets de la réduction du temps de travail sur les modes de vie. Qu'en pensent les salariés un an après ? », *Premières synthèses*, n° 21.1, 2001.
- ESTRADE M.-A., MISSÈGUE N., « Se mettre à son compte et rester indépendant », *Économie et statistique*, n° 337-338, 2001.
- ESTRADE M.-A., ULRICH V., « Réduction du temps de travail et réorganisation des rythmes de travail », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 301-308.
- EVANS R. G., BARER M. L., MARMOR T. R., *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la santé*, Presses de l'Université de Montréal, John Libbey Eurotext, 1996.
- EWALD F., *L'État-Providence*, rééd. : Paris, Grasset et Fasquelle, 1997.
- FAINZANG S., *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, Paris, Éd. de l'EHESS, 1989.
- FAINZANG S., « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de maladie », *Sciences sociales et santé*, vol. 15, n° 3, 1997, pp. 5-23.
- FAINZANG S., « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 2, 2001, pp. 5-27.
- FASSIN D., « Exclusion, underclass, marginalidad : figures contemporaines de la pauvreté en France, aux États-Unis et en Amérique latine », *Revue française de sociologie*, vol. XXXVII, n° 1, 1996, pp. 37-75.
- FASSIN D., *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.
- FASSIN D., « Qualifier les inégalités », in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/INSERM, 2000, pp. 123-144.
- FERLEY J.-P. (et al.), « Impact des mutations professionnelles sur la santé des salariés de l'entreprise RVI-Vénissieux », Communication au XXVII<sup>e</sup> congrès national de médecine

- et santé au travail, Grenoble, 4-7 juin 2002, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 63, n° 3-4, 2002.
- FERNANDEZ I., *Du sens du dormir aux formes de la maladie dépressive : hétérogénéité des usages des psychotropes et de leurs significations*, Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse II-Le Mirail, juin 2003.
- FERNANDEZ G., *Famille et santé. Analyse de l'activité de santé dans la vie quotidienne des femmes*, Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse II-Le Mirail, décembre 2001.
- FERNEX A., *Intensité du travail, définition, mesure, évolutions. Premiers repérages*, ISERES, Études et recherches n° 169, 1998.
- FERRAND F., IMBERT F., « Le longitudinal à travers le quantitatif et le qualitatif », *Sociétés contemporaines*, n° 14-15, 1993, pp. 129-148.
- FLOURY M.C., GUIGNON N., GUIGNON N., PINTEAUX A., « Petites et grandes misères de la vie quotidienne », in *Données sociales 1996*, Paris, INSEE, 1996, pp. 276-282.
- FONDATION EUROPÉENNE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL, *Le statut de l'emploi et la santé*, 1999.
- FOUCAULT M., *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*, Paris, Gallimard, 1984.
- FOURCADE B., « L'évolution des situations d'emploi particulières de 1945 à 1990 », *Travail et emploi*, n° 52, 1992, pp. 4-19.
- FOURNIER P., « Attention danger : enquête sur le travail dans le nucléaire », *Ethnologie française*, n° 1, 2001, pp. 69-80.
- FRADER L. L., « Précarité du travail et rapports sociaux de sexe. Une perspective historique », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 291-311.
- FRANÇOIS M., « Le travail temporaire en milieu industriel. Incidences sur les conditions de travail et la santé des travailleurs », *Le travail humain*, vol. 54, n° 1, 1991, pp. 21-41.
- FRÉCHOU H., « Les "permanents de l'intérim" », *Premières synthèses*, n° 43.3, 2004.
- FREIDSON E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- FREYSSINET J., « Le progrès technique et l'emploi », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 273-278.
- FRIGUL N., « Des femmes en chômage de longue durée : rapport au travail et citoyenneté », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 355-362.
- FRIGUL N., BRETIN H., METENIER I., AUSSEL L., THÉBAUD-MONY A., « Atteintes à la santé et exclusion professionnelle. Une enquête auprès de 86 femmes en chômage de longue durée », *Travail et emploi*, n° 56, 1993, pp. 34-44.
- GADREAU M., GOJON D., « RMI et santé : quelles relations ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 12, n° 4, 1994, pp. 77-109.
- GAFFET A., HOUTAUD (D') A., « Opinions sur la santé et opinions sur le travail », in HOUTAUD (D') A., FIELD M., GUÉGUEN R., *Les représentations de la santé*, coll. Les Colloques de l'INSERM, vol. 178, 1989, pp. 179-190.
- GALLIE D., « Work Intensification and Work Strain in Europe », Communication au colloque *Organisation, intensité du travail, qualité du travail* (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., CONINCK (DE) F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octarès, à paraître.

- GALTIER B., « Le temps partiel est-il une passerelle vers le temps plein ? », *Économie et statistique*, n° 321-322, 1999.
- GALTIER B., « Les temps partiels : entre emplois choisis et emplois faute de mieux », *Économie et statistique*, n° 321-322, 1999, pp. 57-77.
- GARNER H., MEDA D., MOKHTAR J., « La place du travail dans l'identité des personnes en emploi », *Premières synthèses*, n° 01.1, 2004.
- GARNER H., MEDA D., MOKHTAR J., *La place du travail dans l'identité*, DARES, Document d'étude n° 92, 2005.
- GARNER H., MÉDA D., SENIK C., « La difficile conciliation entre vie professionnelle et vie familiale », *Premières synthèses*, n° 50.3, 2004.
- GASPARINI G., PARENT-THIRION A., LATTA M., DE NANTEUIL M., *Le travail à temps plein et à temps partiel : pratiques et souhaits*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2000.
- GAULEJAC (DE) V., *La société malade du management. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil, 2005.
- GAUTIE J., « Les travailleurs âgés face à l'emploi », *Économie et statistique*, n° 368, 2003, pp. 33-42.
- GAZIER B., « L'employabilité : brève radiographie d'un concept en mutation », *Sociologie du travail*, n° 4, 1990, pp. 575-584.
- GAZIER B., *Tous « sublimes ». Vers un nouveau plein emploi*, Paris, Flammarion, 2003.
- GLASER G. G., STRAUSS A. L., « La production de la théorie à partir des données », *Enquête*, n° 1, 1995, pp. 183-198.
- GODECHOT O., Gurgand M., « Quand les salariés jugent leur salaire », *Économie et statistique*, n° 331, 2000, pp. 3-24.
- GODIN I., DE BROUWER C., DE GUCHT V., FISCHLER B., KITTEL F., « Impact de l'environnement et de la structure d'entreprise sur les variations sociales de santé », Communication au Congrès de l'Association des Épidémiologistes de Langue Française (ADELF), Toulouse, 18-20 septembre 2002, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 50, supplément au n° 4, 2002.
- GOFFMAN E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, trad. fr. : Paris, Éd. de Minuit, 1975.
- GOFFMAN E., *La mise en scène de la vie quotidienne*, trad. fr. : Paris, Éd. de Minuit, 1973.
- GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT A., « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, 2002, pp. 75-128.
- GOLDTHORPE J.H., LOCKWOOD D., BECHHOFFER F., PLATT J., *L'ouvrier de l'abondance*, trad. fr. : Paris, Seuil, 1972.
- GOLLAC M., « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *Revue française de sociologie*, vol. XXXVIII, n° 1, 1997, pp. 5-36.
- GOLLAC M., GREENAN N., HAMON-CHOLET S., « L'informatisation de l'"ancienne" économie : nouvelles machines, nouvelles organisations et nouveaux travailleurs », *Économie et statistique*, n° 339-340, 2000, pp. 171-201.
- GOLLAC M., VOLKOFF S., « Citius, altius, fortius. L'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 114, 1996, pp. 54-67.
- GOLLAC M., VOLKOFF S., *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, 1996.
- GOOD B., *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Paris, Empêcheurs de penser en rond, 1998.

- GORGEU A., MATHIEU R., « Nouvelles usines, nouvelle gestion des emplois ? », *La Lettre du CEE*, n° 36, 1995.
- GORGEU A., MATHIEU R., « Relations de sous-traitance et organisation du travail. Les équipementiers automobiles en France », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 393-418.
- GORZ A., *Misères du présent, richesses du possible*, Paris, Galilée, 1997 ; « Le travail fantôme », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 30-39.
- GOUDSWAARD A., ANDRIES F., *Employment status and working conditions*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002.
- GOUX D., « Les horaires de travail atypiques sont de moins en moins exceptionnels », in *Données sociales 1993*, Paris, INSEE, 1993, pp. 188-194.
- GOUX D., MAURIN E., « Destinées sociales : le rôle de l'école et du milieu d'origine », *Économie et statistique*, n° 306, 1997, pp. 13-26.
- GRANOVETTER M., « The strength of weak ties », *American Journal of Sociology*, vol. 78, 1973, pp. 1360-1380.
- GRELL P., WÉRY A., *Héros obscurs de la précarité*, Paris, L'Harmattan, 1993.
- GRÉMY J.-P., « Les expériences françaises sur la formulation des questions d'enquêtes. Résultats d'un premier inventaire », *Revue française de sociologie*, vol. XXVIII, 1987, pp. 567-599.
- GROSSETTI M., BÈS M.-P., « Encastremets et découplages dans les relations sciences-industrie », *Revue française de sociologie*, vol. XXXII, n° 2, 2001, pp. 327-355.
- GROSSETTI M., *Sociologie de l'imprévisible. Dynamiques de l'activité et des formes sociales*, Paris, PUF, 2004.
- GROSSIN W., *Les temps de la vie quotidienne*, Paris/La Haye, Mouton, 1974.
- GROSSIN W., *Pour une science des temps. Introduction à l'écologie temporelle*, Toulouse, Octarès, 1996.
- GROZELIER A.-M., *Pour en finir avec la fin du travail*, Paris, Éditions de l'Atelier/Éditions ouvrières, 1998.
- GRUNBERG G., SCHWEISGUTH E., « Bourdieu et la misère : une approche réductionniste », *Revue française de science politique*, vol. 46, n° 1, 1996, pp. 134-155.
- GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., « Au contact avec le public, des conditions de travail particulières », *Premières synthèses*, n° 09.3, 2003.
- GUILLEMARD A.-M., *L'âge de l'emploi. Les sociétés à l'épreuve du vieillissement*, Paris, Armand Colin, 2003.
- HAMON-CHOLET S., « Les conditions de travail des non-salariés sont proches de celles des salariés », *Économie et statistique*, n° 319-320, 1998, pp. 113-125.
- HAMON-CHOLET S., « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, n° 20.1, 2002.
- HAMON-CHOLET S., ROUGERIE C., « La charge mentale au travail : des enjeux complexes pour les salariés », *Économie et statistique*, n° 339-340, 2000, pp. 243-255.
- HAREVEN T. K., MASAOKA K., « Turning points and transitions : the perception of the life course », *Journal of family history*, vol. 13, n° 3, 1988, pp. 271-289.
- HATZFELD N., *Les gens d'usine. Peugeot-Sochaux, 50 ans d'histoire*, Paris, éditions de l'Atelier, 2002.

- HATZFELD N., « Une intensification en cacherait-elle une autre ? De l'accroissement de la charge aux mutations de l'usine », Communication au colloque *Organisation, intensité du travail, qualité du travail* (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., CONINCK (DE) F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octarès, à paraître.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La santé en France*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002.
- HAXAIRE C., « "Calmer les nerfs" : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, 2002, pp. 63-87.
- HÉLARDOT V., *La rue entre parenthèses. Étude ethnographique d'un lieu d'accueil de jour pour personnes sans domicile fixe*, Mémoire de maîtrise de sociologie (sous la direction de M. Drulhe), Université de Toulouse II-Le Mirail, septembre 1996.
- HÉLARDOT V., *Expériences de la précarisation et rapports au corps : enjeux de santé*, Mémoire de DEA de sociologie (sous la direction de M. Drulhe), Université de Toulouse II-Le Mirail, septembre 1997.
- HÉRAN-LE ROY O., « Les risques professionnels pour la santé », in *Données sociales 1999*, Paris, INSEE, 1999, pp. 264-270.
- HERPIN N., « L'urban underclass chez les sociologues américains : exclusion sociale et pauvreté », *Revue française de sociologie*, vol. XXXIV, 1993, pp. 421-439.
- HERZLICH C., *Médecine, maladie, société*, Paris/La Haye, Mouton, 1970.
- HERZLICH C., « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », in AUGÉ M., HERZLICH C., *Le sens du mal Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, 1984.
- HERZLICH C., PIERRET J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984.
- HOURRIEZ J.-M., « Plus de ménages pauvres parmi les salariés, moins chez les retraités », *INSEE Première*, n° 761, 2001.
- HOURRIEZ J.-M., ROUX V., *Vue d'ensemble des inégalités économiques*, INSEE, Document de travail F0103, 2001.
- HOUTAUD (D') A., « Pour une approche sémantique et historique de la notion de santé », in AÏACH P., BON N., DESCHAMPS J.-P. (dir.), *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Presses Universitaires de Nancy, 1992.
- HOUTAUD (D') A., FIELD M. (dir.), *La santé. Approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*, Presses Universitaires de Nancy, 1989.
- HUEZ D. (coord.), *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris, Syros, 1994.
- HUEZ D., « Santé et précarisation du travail », in LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998, pp. 143-154.
- HUEZ D., « De l'atteinte à la santé à l'action collective », in ABÉCASSIS F., ROCHE P., *Précarisation du travail et lien social. Des hommes en trop ?*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 101-111.
- HUGHES E. C., *Le regard sociologique*, trad. fr. : Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.
- HUSSERL E., *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, trad. fr. : Paris, Gallimard, 1976.

- IDLER E. L., BENYAMINI., « Self-rated health and mortality : a review of 27 community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38, 1997, pp. 21-37.
- JAEGER C., LINHART D., « Une caisse d'allocations familiales en progrès : la gestion moderne de la misère », *Réseaux*, n° 91, 1998.
- JONGE (DE) J., BOSMA H., PETER R., SIEGRIST J., « Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being : a large scale cross-sectional study », *Social Science and Medicine*, n° 50, 2000, pp. 1317-1327.
- JOUBERT M., « Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins », *Prévenir*, n° 28, 1995, pp. 93-103.
- JOURDAIN C., « L'intérim, une voie d'accès à l'emploi », in *Données sociales 1999*, Paris, INSEE, 1999, pp. 169-176.
- JOURDAIN C., « Intérimaires, les mondes de l'intérim », *Travail et emploi*, n° 89, 2002, pp. 9-28.
- KAIROUZ S., DEMERS A., « Inégalités socioéconomiques et bien-être psychologique : une analyse secondaire de l'Enquête sociale de santé de 1998 », *Sociologie et sociétés*, vol. XXXV, n° 1, 2003, pp. 185-202.
- KARASEK R., « Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign », *Administrative science*, n° 24, 1979, pp. 285-308.
- KARASEK R., THEORELL T., *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 1990.
- KAUFMANN J.-C., « Vie hors couple, isolement et lien social : figures de l'inscription relationnelle », *Revue française de sociologie*, vol. XXXV, n° 4, 1994, pp. 593-617.
- KAUFMANN J.-C., *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 1996.
- KAUFMANN J.-C., *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*, Paris, Armand Colin, 2004.
- KERGOAT D., « La division du travail entre les sexes », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 319-327.
- KIRCHGÄSSLER K., MATT E., « La fragilité du quotidien : les processus de normalisation dans les maladies chroniques », *Sciences sociales et santé*, vol. 5, n°1, 1987, pp. 93-114.
- LA PRADELLE (DE) L., « Qu'est-ce qu'un salarié ? », *Revue pratique de droit social*, n° 623, 1997.
- LA ROCHÈRE (DE) B., « Les sans-domicile ne sont pas coupés de l'emploi », *INSEE Première*, n° 925, 2003.
- LAFougère M., « L'Inspection du travail dans un monde en mutation. Les défis auxquels elle est confrontée », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 46<sup>e</sup> année, 1992, pp. 43-55.
- LAGARENNE C., LEGENDRE N., « Les "travailleurs pauvres" », *INSEE Première*, n° 745, 2000.
- LAGARENNE C., LEGENDRE N., « Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux », *Économie et statistique*, n° 335, 2000, pp. 3-25.
- LAGREE J.-C., « Exclusion sociale ou formation d'une underclass », in BOUCHAYER F. (dir.), *Trajectoires sociales et inégalités*, Toulouse, Érès, 1995, pp. 297-325.
- LAHIRE B., « La variation des contextes en sciences sociales. Remarques épistémologiques », *Annales Histoire et Sciences Sociales*, n° 2, 1996, pp. 381-407.
- LAHIRE B., *Portraits sociologiques. Dispositions et variations interindividuelles*, Paris, Nathan, 2002.
- LALLIER M., « Sous-traitance, éclatement des collectifs de travail et stratégies syndicales dans les centrales nucléaires », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESCO, 1997, pp. 427-434.



- LANG T., DE GAUDEMARIS R., « Quand l'organisation du travail pèse sur le cœur », *Santé et travail*, n° 41, 2003.
- LATOUR B., « Une sociologie sans objet ? Note théorique sur l'intersubjectivité », *Sociologie du travail*, n° 4, 1994, pp. 587-607.
- LAVILLE A., VOLKOFF S., « Fragilités et ressources des travailleurs vieillissants », in ABÉCASSIS F., ROCHE P., *Précarisation du travail et lien social. Des hommes en trop ?*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 125-136.
- LAZARSFELD P., JAHODA M., ZEISEL H., *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, Éd. de Minuit, 1981.
- LAZARUS A. (dir.), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », 1995.
- LAZARUS A., AÏACH P., « "La santé ? C'est la vie !" Dialogue autour d'une définition », *Prévenir*, n° 30, 1996, pp. 61-71.
- LE BRETON D., *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1992.
- LE BRETON D., *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 4<sup>e</sup> édition corrigée 1998.
- LE GOFF J.-P., *Le mythe de l'entreprise*, Paris, La Découverte, 1996.
- LE GOFF J.-P., « Que veut dire le harcèlement moral ? I. Genèse d'un syndrome » et « Que veut dire le harcèlement moral ? II. Vers un nouvel imaginaire des rapports sociaux », *Le Débat*, n° 123 (pp. 141-161) et n° 124 (pp. 99-116), 2003.
- LEBAUPAIN C., « La médecine du travail sous le projecteur de la précarisation », Communication aux XXIII<sup>es</sup> Journées nationales de médecine du travail, Besançon, 1994, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 56, n° 3, 1995, pp. 193-196.
- LECLERC A. (dir.), « Affections péri-articulaires des membres supérieurs et organisation du travail. Résultats de l'enquête épidémiologique nationale », INRS, *Documents pour le médecin du travail*, n° 65, 1996, pp. 13-31.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/INSERM, 2000.
- LECLERC-OLIVE M., ENGRAND S., SALL M., *Aux marges du travail salarié : expériences de l'incertitude, diversités culturelles et visions d'avenir*, Rapport de recherche MIRE/DARES/CNAF, Lille, IFRESI, 1998, 259 p.
- LECOMTE T., « Morbidité et consommation médicale des chômeurs », *Cahiers de la mutualité dans l'entreprise*, n° 20, 1986, pp. 7-27.
- LEDROUT R., « Les chômeurs : faiblesse sociale et sentiment de faiblesse », *Revue française de sociologie*, vol. II, n° 3, 1961, pp. 152-165.
- LEDROUT R., « Situation de chômage et analyse sociologique de situation », *Cahiers internationaux de sociologie*, Hors série, 1961.
- LEDROUT R., *Sociologie du chômage*, Paris, PUF, 1966.
- LEFÈVRE G., MICHON F., VIPREY M., *Les stratégies des entreprises de travail temporaire. Leurs ambitions de gestionnaire de la ressource humaine*, Rapport de recherche pour la DARES, 2002.
- LEFRANC A., PISTOLESI N., TRANNOY A., « Le revenu selon l'origine sociale », *Économie et statistique*, n° 371, 2004, pp. 49-88.
- LEGENDRE N., « Les conditions de vie des pauvres », in *Données sociales 1999*, Paris, INSEE, 1999, pp. 444-452.
- LEGROS M., « Et en cas de difficultés, comment faites-vous ? », in BOUCHAYER F. (dir.), *Trajectoires sociales et inégalités*, Toulouse, Éres, 1995, pp. 199-219.

- LEMOIGNE J.-L., *Les épistémologies constructivistes*, Paris, PUF, 1995.
- LENOIR R., *Les exclus*, Paris, Seuil, 1974.
- LENOIR R., « La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes », *Actes de la recherche en sociales*, n° 32-33, 1980, pp. 77-88.
- LETOURNEUX V., *Précarité et conditions de travail dans l'Union Européenne*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1998.
- LETRAIT M., « L'utilisation par les chômeurs du temps libéré par l'absence d'emploi », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 101-125.
- LÉVY M.-L., « Les chômeurs dans leur famille », *Population et sociétés*, n° 350, 1999.
- LINHART D., *Le torticolis de l'autruche. L'éternelle modernisation des entreprises françaises*. Paris, Seuil, 1991.
- LINHART D., « A propos du post-taylorisme », *Sociologie du travail*, n° 1, 1993, pp. 63-74.
- LINHART D., RIST B., DURAND E., *Perte d'emploi, perte de soi*, Toulouse, Érès, 2002.
- LINHART D. et R., « L'évolution de l'organisation du travail », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 301-309.
- LIVIAN Y.-F., « Le changement de règles dans les relations marchandes : violences discrètes au travail », *Travail et emploi*, n° 97, 2004, pp. 45-52.
- LORIOU M., « Construction sociale de la maladie et influence professionnelle : l'exemple de trois approches de la fatigue », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 2, 1995, pp. 104-130.
- LORIOU M., *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos, 2000.
- LORIOU M., « La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières », *Travail et emploi*, n° 94, 2003, pp. 65-73.
- LORIOU D., « Accidents et organisations du travail : les enjeux de l'arrêt de travail », *Travail et emploi*, n° 88, 2001, pp. 43-63.
- MALENFANT R., LARUE A., MERCIER L., VÉZINA M., *Travailler un peu, beaucoup, passionnément... pas du tout*, RIPOST, Rapport de recherche, 1999.
- MARCHAND O., « Salarariat et non-salarariat dans une perspective historique », *Économie et statistique*, n° 319-320, 1998, pp. 3-11.
- MARCHAND O., THÉLOT C., *Le travail en France. 1800-2000*, Paris, Nathan, 1997.
- MAROT C., *Oeuvres poétiques*, Tome 2, Paris, Bordas, 1993.
- MARQUIÉ J.-C. (coord.), « Temps et activité de travail. Hommage à Yvon Quéinnec », *Le travail humain*, vol. 67, n° 1 et 2, 2004.
- MARTIKAINEN P. T., VALKONEN T., « Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment », *The Lancet*, vol. 348, 1996, pp. 909-912.
- MARTIN-HOUSSART G., « De plus en plus de passages vers un emploi stable », *INSEE Première*, n° 769, 2001.
- MARUANI M., « Statut social et modes d'emplois », *Revue française de sociologie*, vol. XXX, 1989, pp. 32-33.
- MARUANI M., *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte, 1999.
- MARUANI M., REYNAUD E., *Sociologie de l'emploi*, Paris, La Découverte, 3<sup>e</sup> éd. 2001.
- MARX K., *Le capital*, trad. fr. : Paris, Éditions sociales, 1969.
- MARX K., *Manuscrits de 1844*, rééd. : Paris, Flammarion, 1996.
- MAUGER G., « Les politiques d'insertion. Une contribution paradoxale à la déstabilisation du marché du travail », *Actes de la recherches en sciences sociales*, n° 136-137, 2001, pp. 5-14.

- MAUSS M., *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950.
- MAUSS M., « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 4<sup>e</sup> éd. 1991, pp. 260-261.
- MÉDA D., *Le travail, une valeur en voie de disparition*, Paris, Aubier, 1995.
- MÉDA D., « Travail, emploi, activité : de quoi parle-t-on ? », in *Données sociales 1996*, Paris, INSEE, 1996, pp. 104-109.
- MÉDA D., « La fin de la valeur "travail" ? », in BOISARD P., COHEN D., ELBAUM M., GAULLIER X., LAVILLE J.-L., LICHTENBERGER Y., MÉDA D., MOTHÉ D., PERRET B., *Le travail, quel avenir ?*, Paris, Gallimard, 1997, pp. 213-242.
- MÉDA D., « Comment réhabiliter le travail ? », *Le Monde*, 30 octobre 2003.
- MÉDA D., *Le travail*, Paris, PUF, 2004.
- MÉDA D., ORAIN R., « Transformations du travail et du hors travail : le jugement des salariés sur la réduction du temps de travail », *Travail et emploi*, n° 90, avril 2002, pp. 23-38.
- MEIDANI A., *Des médias aux centres de la remise en forme : jeux et enjeux de la construction sociale de la corporéité*, Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse II-Le Mirail, novembre 2003.
- MENAGHAN E.G., « Work experiences and family interaction processes : the long reach of the job ? », *Annual review of sociology*, n° 17, 1991, pp. 419-444.
- MENGER P.-M., *Portrait de l'artiste en travailleur*, Paris, Seuil, 2002.
- MERCURE D., *Les temporalités sociales*, Paris, L'Harmattan, 1995.
- MESRINE A., « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *Économie et statistique*, n° 334, 2000, pp. 33-48.
- MESSU M., *Les assistés sociaux, analyse identitaire d'un groupe social*, Toulouse, Privat, 1991.
- MICHON F., « Les marchés du travail », in PAUGAM S. (dir.), *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996, pp. 239-247.
- MICHON F., RAMAUX C., « CDD et intérim, bilan d'une décennie », *Travail et emploi*, n° 52, 1992, pp. 37-56.
- MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, *La sous-traitance en chiffres*, Direction générale de l'industrie, des technologies de l'information et postes, Service des études et des statistiques industrielles, 2003.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHÉSION SOCIALE, *La sensibilité de l'opinion publique aux conditions de travail*, 2004.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHÉSION SOCIALE, *Plan santé au travail 2005-2009*, février 2005.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, du travail et de la solidarité, Direction des relations du travail, *Conditions de travail. Bilan 2002*.
- MOLINIÉ A.-F., « Parcours de travail et fin de vie active dans différentes générations », *Le Quatre pages du CEE*, n° 45, 2001.
- MOLINIÉ A.-F., VOLKOFF S., « Intensité du travail et santé dans un organisme administratif : une enquête statistique à l'Agence nationale pour l'Emploi », *Pistes*, vol. 2, n° 1, 2000.
- MOLINIÉ A.-F., VOLKOFF S., « Départs en retraite : les deux facettes de la "pénibilité" du travail », *Le Quatre Pages du CEE*, n° 60, 2003.
- MOLINIER P., « Psychodynamique du travail et précarisation. La construction défensive de la virilité », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 285-292.

- MORAVIA A., *Nouvelles romaines*, trad. fr. : Paris, Flammarion, 1957.
- MORIN M.-L. (dir.), *Prestation de travail et activité de service*, Rapport de recherche, Toulouse, LIRHE, Université des Sciences sociales, 1997.
- MORIN M.-L., « Sous-traitance et égalité de traitement », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 97-109.
- MORIN M.-L., « Sous-traitance et relations salariales. Aspects de droit du travail », *Travail et emploi*, n° 60, 1994, pp. 23-43.
- MORIN M., « Naissance et développements de la psychologie de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, 2002, pp. 129-140.
- MOURIAUX R., *Le syndicalisme en France depuis 1945*, Paris, La Découverte, 1994.
- MUEL-DREYFUS F., « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 54, 1984, pp. 70-71.
- MULKAY B., « Midi-Pyrénées : une région diversifiée mais des départements spécialisés », 6 pages *INSEE Midi-Pyrénées*, n° 60, 2003.
- MUÑOZ J., « Prendre en charge un accident du travail : une activité de qualification à l'épreuve de la précarisation », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 4, 2003, pp. 81-102.
- MURARD N., « Assurance et sécurité sociale. Un éclatement des solidarités », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 151-163.
- NANTEUIL (DE) M., « Vers de nouvelles formes de vulnérabilité sociale ? Réflexion sur les rapports entre flexibilité et précarité », *Travail et emploi*, n° 89, 2002, pp. 65-80.
- NAUZE-FICHER E., TOMASINI M., « Diplôme et insertion sur le marché du travail : approches socioprofessionnelle et salariale du déclassement », *Économie et statistique*, n° 354, 2002, pp. 21-48.
- NEBOIT M., VÉZINA M., *Stress au travail et santé psychique*, Toulouse, Octarès, 2003.
- NICOLE-DRANCOURT C., « Stratégies professionnelles et organisation des familles », *Revue française de sociologie*, vol. XXX, 1989, pp. 57-80.
- NICOLE-DRANCOURT C., « L'idée de précarité revisitée », *Travail et emploi*, n° 52, 1992, pp. 57-70.
- OIRY E., D'IRIBARNE A., « La notion de compétence : continuités et changements par rapport à la notion de qualification », *Sociologie du travail*, vol. 43, n° 1, 2001, pp. 49-66.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, n° 1, 1995, pp. 71-109.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., « La violence faite aux données. De quelques figures de la surinterprétation en anthropologie », *Enquête*, n° 3, 1996, pp. 31-59.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., « Émique », *L'Homme*, n° 147, 1998, pp. 151-166.
- OUTIN J.-L., « Trajectoires professionnelles et mobilité de la main-d'œuvre : la construction sociale de l'employabilité », *Sociologie du travail*, n° 4, 1990, pp. 469-489.
- PALMADE J. (dir.), *L'incertitude comme norme*, Paris, PUF, 2003.
- PALMADE J., DORVAL R., « L'évolution du rapport au travail en vingt ans », *Travail et emploi*, n° 80, 1999, pp. 29-66.
- PAN KÉ SHON J.-L., « Être seul », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 587-594.
- PAOLI P., MERLLIÉ D., *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2001.

- PARADEISE C., LICHTENBERGER A., « Compétence, compétences », *Sociologie du travail*, vol. 43, n° 1, 2001, pp. 33-48.
- PARIZOT I., « Trajectoires sociales et modes de relations aux structures sanitaires », in LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998, pp. 33-44.
- PASCUAL M., « Surveillance médicale des travailleurs intérimaires : histoire d'un texte inapplicable », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 87-96.
- PASSERON J.-C., « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, vol. XXXI, 1989, pp. 3-22.
- PASSERON J.-C., *Le raisonnement sociologique. L'espace non poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan, 1991.
- PAUGAM S., *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 1991.
- PAUGAM S., « Les statuts de la pauvreté assistée », *Revue française de sociologie*, vol. XXXII, 1991, pp. 75-101.
- PAUGAM S. (dir.), *L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996.
- PAUGAM S., « La constitution d'un paradigme », in PAUGAM S. (dir.), *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996, pp. 7-19.
- PAUGAM S., « Pauvreté, chômage et liens sociaux en Europe », in *Données sociales 1999*, Paris, INSEE, 1999, pp. 472-479.
- PAUGAM S., *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*, Paris, PUF, 2000.
- PAUGAM S., « Dans quel sens peut-on parler de disqualification sociale des salariés », Communication aux 8<sup>èmes</sup> Journées de sociologie du travail, Aix-en-Provence, 22 juin 2001.
- PAUGAM S., ZOYEM J.-P., CHARBONNEL J.-M., *Précarité et risque d'exclusion en France*, La Documentation française, Documents du CERC n° 109, 1993.
- PÉCOUT M.-N., « La maintenance productive », in BOLLIER G., DURAND C. (dir.), *La nouvelle division du travail*, Paris, Les Éditions ouvrières, 1999, pp. 50-76.
- PEREC G., *L'infra-ordinaire*, Paris, Seuil, 1989.
- PEREC G., *Les choses*, rééd. : Paris, Julliard, 1990.
- PÉRILLEUX T., « Se donner sans compter. Performance et dépression au travail », in BRUNSTEIN I., *L'homme à l'échine pliée. Réflexions sur le stress professionnel*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999, pp. 145-159.
- PERNOT J.-M., « Syndicats, dynamique sociale et changements du travail », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 391-397.
- PHARO P., « Travail et mise en place sociale », *Sociologie du travail*, n° 2, 1986, pp. 144-145.
- PHARO P., *Le sens de l'action et la compréhension d'autrui*, Paris, L'Harmattan, 1993.
- PIALOUX M., « Jeunesse sans avenir et travail intérimaire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 26-27, 1976, pp. 19-47.
- PIALOUX M., « L'ouvrière et le chef d'équipe, ou comment parler du travail », *Travail et emploi*, n° 62, 1995, pp. 4-39.
- PIALOUX M., BEAUD S., « Permanents et temporaires », in BOURDIEU P. (dir.), *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993, pp. 317-329.
- PICHON A., « La précarisation du travail des cadres, techniciens et ingénieurs. De l'homogénéisation à la différenciation sociale », *Travail et emploi*, n° 80, 1999, pp. 59-75.

- PIERRET J., « Relations au corps et conduites de maladie », *Ethnologie française*, vol. VI, n° 3-4, 1976, pp. 279-284.
- PIERRET J., « Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault », in AUGÉ M., HERZLICH C., *Le sens du mal Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, 1984.
- PIERRET J., *Cultures ou production de santé dans la famille : différenciations et inégalités sociales*, Rapport de recherche pour la MIRE, CERMES, septembre 1996, 165 p.
- PIGNONI M.-T., ZOUARY P., « Les nouveaux usages du licenciement pour motif personnel », *Premières synthèses*, n° 28.2, 2003.
- PINARD R., *La révolution du travail. De l'artisan au manager*, Rennes, PUR, 2000.
- PIOTET F., LATTÈS C., « Travail et relations de travail dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 », *Cahiers de recherche de la MIRE*, n° 3, 1998, pp. 11-16.
- PITROU A., *La vie précaire. Des familles face à leurs difficultés*, Études CAF n°21, 1978.
- PLATT S., PAVIS S., AKRAM G., *Changing labour market conditions and health*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1999.
- PLIHON D., *Le nouveau capitalisme*, Paris, La Découverte, 2003.
- PONTHIEUX S., « La pauvreté en termes de conditions de vie : quatre profils de ménages », in *Données sociales 2002-2003*, Paris, INSEE, 2002, pp. 417-426.
- PORÉE J., « L'épreuve du temps. Souffrance et maintien de la personne », *Sociétés*, n° 76, 2002.
- POTTIER C., « La division internationale du travail », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 310-318.
- POULLAOUËC C., « Les familles ouvrières face au devenir de leurs enfants », *Économie et statistique*, n° 371, 2004, pp. 3-22.
- PROCOLI A., « Du bon et du mauvais management. Un stage de formation au Centre national des Arts et Métiers », *Ethnologie française*, vol. XXX, n° 1, 2000, pp. 97-107.
- QUEIROZ (DE) J.-M., ZIOTKOVSKI M., *L'interactionnisme symbolique*, Rennes, PUR, 1994.
- QUERRIEN M., *Rapport sur la prévention des risques professionnels dans le secteur du bâtiment et des travaux publics*, Paris, Ministère du Travail, Ministère de l'Équipement, 1990.
- RADENAC V., « Les origines de la médecine du travail en France : approche sociologique et historique », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, XXV<sup>e</sup> année, n° 3, 1985, pp. 259-277.
- RAY J.-E., « Flexibilité ou précarité normalisée du travail ? Le point de vue d'un juriste », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 222-227.
- RETIÈRES J.-N., SCHWARTZ O., « Où en est la classe ouvrière ? », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 727, 1994.
- REYNAUD J.-D., « Le management par les compétences : un essai d'analyse », *Sociologie du travail*, vol. 43, n° 1, 2001, pp. 7-32.
- REYNAUD J.-D., « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, n° 1, 1988, pp. 5-18.
- RICŒUR P., article « Aliénation », *Encyclopædia Universalis*.
- RICŒUR P., *Temps et récit*, 3 tomes, Paris, Seuil, 1983.
- RICŒUR P., « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, n° 227, 1996, pp. 21-33.
- RIEG C., « Forte hausse des créations d'entreprises en 2003 », *INSEE Première*, n° 944, 2004.
- RIFKIN J., *La fin du travail*, trad. fr. : Paris, La Découverte, 1996.

- RITTER J., ANKER R., « Bons emplois, mauvais emplois : les jugements des travailleurs dans cinq pays », *Revue internationale du travail*, vol. 141, n° 4, 2002, pp. 365-396.
- ROUCH J.-P., *Instants d'images : approches sociologiques de l'image, du temps et des rythmes sociaux*, Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse II-Le Mirail, 1996.
- ROULLEAU-BERGER L., *Jeunesses et cultures de l'aléatoire. De l'emploi précaire à la socialisation professionnelle*, Rapport MIRE, octobre 1991.
- SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, rééd. : Paris, Presses de la Fondation nationale des Sciences Politiques, 1988.
- SANDOVAL V., « Les transformations du marché du travail des jeunes et des femmes en France et dans trois autres pays européens », in *Données sociales 1999*, Paris, INSEE, 1999, pp. 182-188.
- SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., DERRIENNIC F., MONFORT C., KAMINSKI M., TOURANCHET A., « Travail répétitif sous contrainte de temps et douleurs périarticulaires des membres supérieurs des ouvriers de l'industrie », *Archives des maladies professionnelles*, vol. 58, n° 6, 1997, pp. 522-532.
- SCHAETZEL F., QUEROUIL O., *État de santé des bénéficiaires du RMI. Synthèse des données existantes*, Délégation Interministérielle au RMI, Paris, 1991.
- SCHEHR S., *La vie quotidienne des jeunes chômeurs*, Paris, PUF, 1999.
- SCHNAPPER D., *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard, 1981.
- SCHNAPPER D., « Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux », *Revue française de sociologie*, vol. XXX, 1989, pp. 3-29.
- SCHNAPPER D., *La compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique*, Paris, PUF, 1999.
- SCHÜTZ A., *Le chercheur et le quotidien*, trad. fr. : Paris, Méridiens Klincksieck, 1987.
- SCHWARTZ O., « L'empirisme irréductible », Postface de ANDERSON N., *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, 1993.
- SEEMAN M., « On the meaning of alienation », *American sociological review*, vol. 24, n° 6, 1959, pp. 783-791.
- SENNETT R., *Le travail sans qualités*, trad. fr. : Paris, Albin Michel, 2000.
- SETTERSTEN R. A. JR, HÄGESTAD G. O., « What's the latest? Cultural age deadlines for family transitions », *The gerontologist*, vol. 36, n° 2, 1996, pp. 178-188.
- SÉVIGNY R., « Pour une théorie psycho-sociologique de l'aliénation », *Sociologie et sociétés*, vol. I, n° 2, 1969, pp. 193-219.
- SFEZ L., *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil, 1997.
- SILVERA R., « Les femmes et la diversification du temps de travail : nouveaux enjeux, nouveaux risques », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 1998.
- SKALITZ A., « Au-delà des entreprises : les groupes », *INSEE Première*, n° 836, 2002.
- SORIGNET P.-E., « L'intensification du travail dans le métier de danseur contemporain », Communication au colloque *Organisation, intensité du travail, qualité du travail* (Paris, 21-22 novembre 2002), in ASKENAZY P., CARTRON D., CONINCK (DE) F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octarès, à paraître.
- SOULET M.-H., « L'exclusion : usages et mésusages d'un concept », *Revue suisse de sociologie*, vol. 24, n° 3, pp. 431-458.
- SOUQUET C., « La sous-traitance industrielle en 2001. En hausse malgré une croissance en repli », *Le 4 pages des statistiques industrielles*, Ministère de l'économie, des finances et de

- l'industrie, Direction générale de l'industrie, des technologies de l'information et postes, Service des études et des statistiques industrielles, n° 175, 2003.
- STANDING G., « Enquêtes sur la sécurité des personnes : vers un indicateur du travail décent », *Revue internationale du travail*, vol. 141, n° 4, 2002.
- STROBEL P., « De la pauvreté à l'exclusion : société salariale ou société des droits de l'homme ? », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 148, 1996, pp. 201-218.
- SUE R., *Temps et ordre social*, Paris, PUF, 1994.
- SUPIOT A., *Critique du droit du travail*, Paris, PUF, 1994.
- SUPIOT A., « Du bon usage des lois en matière d'emploi », *Droit social*, n° 3, 1997, pp. 229-242.
- SUPIOT A. (dir.), *Au-delà de l'emploi*, Paris, Flammarion, 1999.
- TEIGER C., DAVID H., « L'interdisciplinarité ergonomie-sociologie, une histoire inachevée » *Travail et emploi*, n° 94, 2003, pp. 11-30.
- TEIGER C., LAVILLE A., DURAFFOURG J., *Tâches répétitives sous contraintes de temps et charge de travail, étude des conditions de travail dans un atelier de confection*, Paris, CNAM, Rapport n° 39, 1973.
- TERRAIL J.-P., POULLAOUËC T., « École et divisions sociales », in BOUFFRATIGUE P. (dir.), *Le retour des classes sociales*, Paris, La Dispute, 2004, pp. 159-174.
- TERSSAC (DE) G., *Autonomie dans le travail*, Paris, PUF, 1992.
- THÉBAUD-MONY A., *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales*, Document Travail-Emploi, Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, 1991.
- THÉBAUD-MONY A., « La connaissance des maladies professionnelles », *Travail et emploi*, n° 54, 1992, pp. 87-99.
- THÉBAUD-MONY A., « Précarisation du travail, précarisation de la santé : quel coût social ? », *Prévenir*, n° 28, 1995, pp. 63-71.
- THÉBAUD-MONY A., « Santé et travail : droit et pratiques du droit. Réflexions autour du rôle de l'État », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 143-150.
- THÉBAUD-MONY A., « La santé au travail », in KERGOAT J., BOUTET J., JACOT H., LINHART D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 189-197.
- THÉBAUD-MONY A., « Contrats de travail atypiques, sous-traitance, flexibilité, santé », Communication au colloque BTS-SALISA « Le travail sans limites ? Réorganiser le travail et repenser la santé des travailleurs », Bruxelles, 25-27 septembre 2000, *Bulletin d'information du bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité*, n° 15-16, 2001, pp. 17-24.
- THÉBAUD-MONY A., « Atteintes à la santé liées au travail et construction sociale de "l'inemployabilité" », in ABÉCASSIS F., ROCHE P., *Précarisation du travail et lien social. Des hommes en trop ?*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 157-168.
- THÉBAUD-MONY A., *L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude*, Paris, EDK/INSERM, 2001.
- THÉBAUD-MONY A. (dir.), « Travail et santé », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 883, 2002.
- THÉBAUD-MONY A., BOUJASSON L., LEVY M., LEPETIT C., GOULIMALY P., CARTERON H., VINCENTI M., « Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine Saint-Denis (France) », *Pistes*, vol. 5, n° 1, 2003.



- THUDEROZ C., « Du lien social dans l'entreprise. Travail et individualisme coopératif », *Revue française de sociologie*, vol. XXXVI, n° 2, 1995, pp. 332-333.
- TIANO V., « Les inspecteurs du travail aux prises avec l'évaluation des risques », *Travail et emploi*, n° 96, 2003, pp. 67-83.
- TICHENKO P. D., « La santé : rapport des approches des sciences de la nature et des sciences humaines », *Sciences sociales et santé*, vol. 6, n° 2, 1988, pp. 61-74.
- TICHET J., LASFARGUES G., VOL S., « État de santé et comportement des chômeurs », in LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998, pp. 155-159.
- TOUSSIGNANT M., « Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature », *Sciences sociales et santé*, vol. 6, n° 1, 1988, pp. 77-106.
- ULRICH V., « Durée annuelle du travail et outils de flexibilité du temps de travail en 2001 », *Premières synthèses*, n° 33.1, 2003.
- VALEYRE A., « Le travail industriel sous la pression du temps », *Travail et emploi*, n° 86, 2001, pp. 127-149.
- VALEYRE A., « Les formes d'intensification du travail industriel et leurs déterminants », in ASKENAZY P., CARTRON D., CONINCK (DE) F., GOLLAC M. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Octarès, à paraître.
- VALEYRE A., LORENZ E., « Les nouvelles formes d'organisation du travail en Europe », *Connaissance de l'emploi*, n° 13, 2005.
- VELTZ P., ZARIFIAN P., « Vers de nouveaux modèles d'organisation », *Sociologie du travail*, n° 1, 1993, pp. 3-25.
- VERGEAU E., CHABANAS N., « Le nombre de groupes d'entreprise a explosé en 15 ans », *INSEE Première*, n° 553, 1997.
- VÉZINA M., « Stress et psychodynamique du travail : de nouvelles convergences », *Travailler*, n° 2, 1999, pp. 201-218.
- VIARD J., *Le sacre du temps libre*, Paris, L'Aube, 2002.
- VIELLE P., WALTHERY P., *Flexibility and social protection*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2003.
- VIGARELLO G., *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Age*, Paris, Seuil, 1993.
- VIOLETTE E., « Mesures de restructurations et santé perçue : étude d'un médecin du travail dans son entreprise », Communication au XXVII<sup>e</sup> congrès national de médecine et santé au travail, Grenoble, 4-7 juin 2002, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 63, n° 3-4, 2002.
- VOEGTLI M., « Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence », *Lien social et politiques - RIAC*, n° 51, 2004, pp. 145-158.
- VOGEL L., « Droit du travail et précarisation des droits dans les États de l'Union Européenne », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 111-142.
- VOGEL L., « La production normative de la santé en Europe », *La Revue de la CFDT*, n° 18, 1999, pp. 20-28.
- VOLKOFF S., « Âge, travail, santé : les marges de manœuvre pour une prévention de l'exclusion », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 27-36.
- VOLKOFF S., « Intensification et fragmentation du travail. La civilisation de la hâte », Communication au colloque BTS-SALISA « Le travail sans limites ? Réorganiser le travail et repenser la santé des travailleurs », Bruxelles, 25-27 septembre 2000, *Bulletin*

- d'information du bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité*, n° 15-16, 2001, pp. 68-70.
- VOLKOFF S., MOLINIÉ A.-F., JOLIVET A., *Efficaces à tout âge ? Vieillesse démographique et activités de travail*, Dossier du CEE n° 16, 2000.
- VOLKOFF S., THÉBAUD-MONY A., « Santé au travail : l'inégalité des parcours », in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/INSERM, 2000, pp. 349-362.
- VON ALLMEN M., BASTARD B., CARDIA-VONÈCHE L., LANGUIN N., « Les représentations de la santé dans la famille : une analyse exploratoire », in D'HOUTAUD A., FIELD M., GUEGEN R. (dir.), *Les représentations de la santé*, Paris, INSERM/Les Colloques de l'INSERM, 1989, pp. 297-308.
- WACQUANT L., « L'underclass urbaine dans l'imaginaire social et scientifique américain », in PAUGAM S. (dir.), *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996, pp. 248-280.
- WALTISPERGER D., « Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq », *Premières synthèses*, n° 19.1, 2002.
- WEBER M., *Essais sur la théorie de la science*, trad. fr. : Paris, Pocket, 1992.
- WEBER M., *Économie et société*, trad. fr. : Paris, Pocket, 1995.
- WELLER J.-M., « Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide », *Sociologie du travail*, vol. 44, n° 1, 2002, pp. 75-97.
- WILSON W. J., *The truly disadvantaged : the inner city, the underclass and public policy*, Chicago, University of Chicago Press, 1987.
- WILSON W. J., *Jobless ghettos : the disappearance of work and its impact on urban life in America*, New-York, Knopf, 1996.
- XIBERRAS M., *Les théories de l'exclusion*, Paris, Armand Colin, 1996.
- YEROCHEWKI C. (dir.), *Souplesse et sécurité de l'emploi : orientations d'études et de recherches à moyen terme*, DARES, Document d'études n° 71, 2003.
- YOUNG A., « The anthropologies of illness and sickness », *Annual Review of Anthropology*, n° 11, 1982, pp. 257-285.
- ZEMPLÉNI A., « Entre "sickness" et "illness" : de la socialisation à l'individualisation de la "maladie" », *Social science and medicine*, vol. 27, n° 11, 1988, pp. 1171-1182.
- ZERBIB J.-C., « Précarisation, accident du travail et santé. L'exemple de Forbach », in APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997, pp. 61-84.
- ZOUARY P., « Entre crise et croissance : une évolution des relations professionnelles en entreprise », *Premières synthèses*, n° 49.1, 2000.



**- ANNEXES -**



---

## Annexe 1

### Liste des sigles

---

AFPA	Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
API	Allocation Parent Isolé
ASH	Agent de Service Hospitalier
AT	Accident du Travail
BAFA	Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur de centre de vacances et de loisirs
BAFD	Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur de centre de vacances et de loisirs
BEATEP	Brevet d'État d'Animateur Technicien de l'Éducation Populaire et de la jeunesse
BEP	Brevet d'Études Professionnelles
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CAPES	Certificat d'Aptitude au Professorat de l'Enseignement Secondaire
CES	Contrat Emploi Solidarité
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CNAM-TS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CSPRP	Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels
DAEU	Diplôme d'Accès aux Études Universitaires
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DUT	Diplôme Universitaire de Technologie
DEUG	Diplôme d'Études Universitaires Générales
ETT	Entreprise de Travail Temporaire
FIVA	Fond d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante
FNATH	Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MP	Maladie Professionnelle
RTT	Réduction du Temps de Travail
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques

---

## Annexe 2

### Liste des 50 médecins du travail interrogés par téléphone

---

- N° 1 - Homme. Toulouse et Tarn-et-Garonne. Service interentreprises du BTP. Ancien médecin spécialiste (ORL), depuis 20 ans dans ce service.
- N° 2 - Femme. Tarn. Service interentreprises dans un contexte local à dominante industrielle. 20 ans de pratique.
- N° 3 - Femme. Toulouse. Service interentreprises (orientation : services sociaux, médico-sociaux et sanitaires). 33 ans. 2 ans d'exercice.
- N° 4 - Femme. Toulouse. Service interentreprises (hors BTP). 27 ans de pratique.
- N° 5 - Femme. Ariège. Service interentreprises (dominante commerciale).
- N° 6 - Femme. Toulouse. Service interentreprises. 6 ans d'exercice.
- N° 7 - Femme. Tarn. Service interentreprises (dominante industrie). 20 ans de pratique.
- N° 8 - Femme. Tarn. Services interentreprises.
- N° 9 - Femme. Toulouse. Service interentreprises (bâtiment et artisanat). 20 ans de pratique.
- N° 10 - Femme. Toulouse. Service autonome municipal. 47 ans. "Près de vingt ans" de pratique.
- N° 11 - Homme. Gers. Service interentreprises (dominante petites entreprises agroalimentaires). 16 ans de pratique après une expérience de médecin urgentiste.
- N° 12 - Femme. Tarn. Service interentreprises (hors BTP). Plus de 20 ans d'ancienneté.
- N° 13 - Femme. Aveyron. Service interentreprises (dominante secteur hospitalier). 26 ans d'ancienneté.
- N° 14 - Homme. Toulouse. Service autonome d'une grande entreprise de l'aéronautique. Plus de 10 ans de pratique.
- N° 15 - Homme. Toulouse. Service interentreprises (hors BTP). Forte dominante de petites entreprises. 4 ans de pratique.
- N° 16 - Femme. Hautes-Pyrénées. Service interentreprises. 47 ans. 17 ans de pratique.
- N° 17 - Femme. Gers. Service interentreprises (dominante petites entreprises). 48 ans, 17 ans de pratique. Ancien médecin SAMU.
- N° 18 - Femme. Ariège. Service interentreprises du secteur agricole.
- N° 19 - Femme. Tarn. Service autonome des mines. Retraitée récente. 27 ans d'ancienneté dans le service après plusieurs années en service interentreprises.
- N° 20 - Homme. Toulouse. Service interentreprises. 15 ans de pratique.
- N° 21 - Homme. Banlieue toulousaine. Service interentreprises. 53 ans. 6 ans d'ancienneté. Ancien médecin généraliste.
- N° 22 - Femme. Banlieue toulousaine. Service autonome dans une entreprise du secteur médico-social. 10 d'ancienneté après avoir exercé en service interentreprises.
- N° 23 - Femme. Tarn-et-Garonne. Service interentreprises.
- N° 24 - Homme. Tarn. Service interentreprises. Plus de 10 ans d'ancienneté.
- N° 25 - Femme. Toulouse. Service interentreprises. 49 ans. 14 ans de pratique.

- N° 26 - Femme. Hautes-Pyrénées. Service autonome de la fonction publique territoriale (2 populations : employés administratifs et BTP). En exercice depuis 10 ans.
- N° 27 - Femme. Toulouse. Service interentreprises. 47 ans. Plus de 15 ans de pratique.
- N° 28 - Femme. Toulouse. Service interentreprises. 55 ans. 15 ans de pratique. Ex-médecin hospitalier.
- N° 29 - Homme. Toulouse. Service interentreprises. 50 ans.
- N° 30 - Femme. Haute-Garonne. Service interentreprises en milieu à dominante rurale. 43 ans. 17 ans de pratique.
- N° 31 - Femme. Hautes-Pyrénées. Service autonome d'une grande entreprise métallurgique. 15 ans de pratique.
- N° 32 - Femme. Toulouse. Service interentreprises. 35 ans.
- N° 33 - Femme. Toulouse. Service interentreprises (bâtiment et artisanat). 51 ans.
- N° 34 - Femme. Haute-Garonne. Service interentreprises en secteur rural. 8 ans de pratique.
- N° 35 - Femme. Aveyron. Service interentreprises (dominante petites entreprises).
- N° 36 - Femme. Lot. Service interentreprises à dominante rurale.
- N° 37 - Femme. Gers. Service interentreprises. 37 ans. 3 ans de pratique.
- N° 38 - Homme. Toulouse. Service interentreprises. 11 ans d'exercice avec 3 ans d'interruption (médecin hospitalier).
- N° 39 - Femme. Banlieue toulousaine. Depuis peu en service interentreprises après 15 ans d'exercice en secteur rural haut-garonnais.
- N° 40 - Femme. Toulouse. Service interentreprises. Près de 20 ans d'exercice.
- N° 41 - Femme. Tarn-et-Garonne. Service interentreprises. 43 ans. 15 ans d'ancienneté.
- N° 42 - Femme. Toulouse. Service interentreprises (cliniques privées et commerce). 15 ans d'exercice.
- N° 43 - Homme. Toulouse. Service interentreprises. 41 ans. 12 ans d'exercice.
- N° 44 - Femme. Tarn. Depuis peu en service interentreprises après 20 ans de pratique dans un service inter-hospitalier.
- N° 45 - Homme. Tarn. Service interentreprises (dominante collectivités locales, services sociaux et médico-sociaux). Plus de 25 ans de pratique.
- N° 46 - Homme. Tarn. Service interentreprises. Environ 20 ans d'ancienneté.
- N° 47 - Femme. Ariège. Service interentreprises à orientation BTP. 47 ans. Médecin généraliste puis médecin du travail depuis 11 ans.
- N° 48 - Femme. Tarn. Service interentreprises (orientation hospitalière). 49 ans.
- N° 49 - Homme. Tarn-et-Garonne. Service interentreprises. Médecin du travail depuis quelques mois après 5 ans comme généraliste.
- N° 50 - Femme. Toulouse. Service interentreprises (dominante petites entreprises). 52 ans. 27 ans de pratique.



---

## Annexe 3

### Guide d'entretien avec les médecins du travail

---

Les entretiens téléphoniques ont eu lieu sur rendez-vous et ont duré 20 à 30 minutes.

#### 1) Poser quelques questions générales d'opinion sur les phénomènes

- Qu'évoque pour vous aujourd'hui la formule "précarité au travail" ?
- Que se passe-t-il en matière de santé ?
- Quelles évolutions avez-vous pu observer depuis quelques années ? Et comment les expliquez-vous ?
- Selon vous, quelles catégories de salariés ou de branches d'activité sont les plus concernées, et pourquoi ?
- Comment voyez-vous votre propre rôle par rapport à ces processus ? Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique ?
- Vous arrive-t-il de collaborer avec d'autres intervenants (services sociaux, professionnels de santé - dans et hors de l'entreprise) ? Avez-vous recours à des réseaux mobilisés autour du cas de certains salariés ?
- Avez-vous particulièrement étudié cette question (lectures, etc.) ?

#### 2) Solliciter un compte-rendu sur deux situations concrètes de salariés

- considérées par le médecin du travail comme significatives des processus de précarisation,
  - auxquelles il a été récemment confronté dans le cadre de son activité professionnelle.
- Description des cas la plus précise possible :
- Comment la personne s'est-elle présentée ? Dans quelles circonstances ? Était-ce la première visite ou la connaissiez-vous auparavant ?
  - Que savez-vous de cette personne (situation et parcours professionnel, mais aussi situation et histoire familiale) ?
  - En quoi ce cas vous semble-t-il significatif des processus de précarisation et de leurs liens avec la santé ?
  - Quelles décisions avez-vous prises à l'issue de la consultation ?

3) Relancer si nécessaire à propos de l'âge et de l'ancienneté, de la trajectoire professionnelle et du contexte d'exercice du médecin.

## Annexe 4

### Questionnaire d'enquête

---

#### Consignes données aux médecins pour la passation du questionnaire

- Au cours de vos consultations habituelles (ne recherchez pas dans vos fichiers...), vous choisissez les *personnes dont vous estimez qu'elles sont dans une situation précarisée*.

Si elles sont d'accord, vous leur faites passer le questionnaire, puis vous le faites passer à la personne que vous voyez immédiatement après (ou, si celle-ci ne souhaite pas répondre, à celle d'après, etc.), qu'elle soit ou non concernée par une forme de précarisation.

Si cette procédure n'est pas respectée, merci de l'indiquer sur le questionnaire et d'expliquer comment vous avez procédé.

- *Vous remplissez vous-même le questionnaire* et vous donnez simultanément à la personne interrogée un exemplaire à lire.

(L'exemplaire destiné aux personnes interrogées ne comporte pas la partie du questionnaire réservée au médecin)

- Dans la mesure du possible, la personne doit choisir l'une des réponses proposées.

Si la personne ne peut pas répondre à l'une des questions, ou si aucune des réponses ne lui convient, ne pas hésiter à noter les raisons de cette non-réponse.

D'une façon générale, *ne pas hésiter à noter les commentaires, remarques, précisions*, etc. formulées par la personne au fil de la passation du questionnaire.

- Ne pas oublier de remplir la partie du questionnaire réservée au médecin.

#### Questionnaire d'enquête

Le questionnaire figure ici sous une forme visuellement différente de celle que les salariés ont eue. Les points de suspension indiquent que la question était ouverte.

## Étude "Travail et santé" CNRS / INSERM

Question	Réponses proposées
Sexe	1. Homme 2. Femme
Année de naissance	...
Niveau scolaire	...
Qualification professionnelle	...
Année du premier emploi	...
Tranche de revenu mensuel du ménage	1. Moins de 2500F 2. 2500F à moins de 5000F 3. 5000F à moins de 8000F 4. 8000F à moins de 12000F 5. Plus de 12000F
Vous inclus, combien de personnes comporte votre foyer?	...
Dont :	1. Conjoint 2. 1 enfant 3. 2 enfants 4. 3 enfants 5. 4 enfants et plus
Autres personnes au foyer :	...
Combien avez-vous d'enfants vivant hors du foyer ?	1. Enfants à charge : ... 2. Enfants non à charge : ...
Si vous ne vivez pas seul(e), êtes-vous la seule personne à assurer les revenus du ménage ?	1. OUI 2. NON
Laquelle de ces propositions vous paraît convenir le mieux à la situation de votre ménage ?	1. On est à l'aise 2. Ça va 3. C'est juste : il faut faire attention 4. On y arrive mais difficilement 5. On ne peut y arriver qu'en faisant des dettes
Au cours des deux dernières années, la situation matérielle de votre ménage :	1. Est restée la même 2. S'est améliorée 3. S'est dégradée
Au cours des deux dernières années, votre ménage a-t-il reçu des aides matérielles exceptionnelles ou un minimum social (RMI, API, etc.) ?	1. OUI 2. NON
Type de logement :	1. Maison individuelle 2. Logement collectif privé 3. HLM
Statut d'occupation du logement :	1. Propriétaire 2. Locataire 3. Autre : ...
Depuis combien de temps occupez-vous votre logement ?	...
Êtes-vous attaché(e) à l'endroit que vous habitez ?	1. OUI 2. NON
Pourriez-vous compter sur une ou des personnes de votre entourage en cas de problème :	
- pour vous confier ?	1. OUI 2. NON
- pour vous rendre des services ?	1. OUI 2. NON
- pour vous prêter de l'argent ?	1. OUI 2. NON
Au cours des 2 dernières années, diriez-vous que vos relations avec votre voisinage :	1. Sont restées les mêmes 2. Se sont améliorées 3. Se sont dégradées

Actuellement, fréquentez-vous régulièrement un ou des associations, clubs, syndicats... ?	1. OUI      2. NON
Au cours des deux dernières années, avez-vous arrêté des activités personnelles qui vous plaisaient ? :	1. OUI      2. NON
Au cours des 2 dernières années, avez-vous eu à retarder le renouvellement :	
- de votre voiture ?	1. OUI      2. NON
- de votre mobilier ?	1. OUI      2. NON
<b>EMPLOI</b>	
Situation professionnelle actuelle :	1. Vous avez un contrat de travail 2. Autre : ...
Quel est votre emploi actuel ? ( <i>le plus précisément possible</i> )	...
Si vous n'avez pas d'emploi actuellement, quel était votre dernier emploi ?	...
Statut de l'emploi :	1. CDI 2. CDD 3. Intérim 4. Autre : ...
Si CDD ou intérim, durée du contrat :	De : ... A : ...
Si le contrat CDD ou intérim est en cours :	
- pensez-vous que ce contrat sera renouvelé ou prolongé ?	1. OUI      2. NON      3. Ne sait pas
- le souhaitez-vous ?	1. OUI      2. NON
- Souhaiteriez-vous trouver un emploi en CDI ?	1. OUI      2. NON
S'agit-il d'un emploi :	1. A temps complet 2. A temps partiel Nombre d'heures hebdomadaires : ... 3. A temps intermittent ( <i>pour un contrat donné, vous travaillez de façon irrégulière, ex. : les intermittents du spectacle</i> )
La durée de travail vous convient-elle ?	1. OUI      2. NON
Vous sentez-vous suffisamment compétent pour l'emploi que vous occupez ?	1. OUI      2. NON
Estimez-vous que vos compétences vous permettraient de prétendre à un meilleur emploi ?	1. OUI      2. NON
Pensez-vous que vous risquez de perdre votre emploi à court ou moyen terme ?	1. OUI      2. NON
Si vous perdiez votre emploi, pensez-vous pouvoir un retrouver un autre :	1. Oui, de même niveau ou de niveau supérieur 2. Oui, de niveau inférieur 3. Non
<b>CONDITIONS DE TRAVAIL</b>	
Vos horaires de travail vous conviennent-ils ?	1. OUI      2. NON
Avez-vous la possibilité de les discuter ?	1. OUI      2. NON
Votre travail exige-t-il des changements de lieux dans une même journée ?	1. OUI      2. NON
Cela vous convient-il ?	1. OUI      2. NON
Avez-vous le sentiment que votre temps de travail est suffisant pour faire toutes les tâches qu'on vous demande ?	1. OUI      2. NON
Votre travail est-il réglé par un rythme imposé ? ( <i>exemple : cadences, rendement, etc.</i> )	1. OUI      2. NON
Votre environnement de travail comporte-t-il des sources de gênes importantes ?	1. OUI      2. NON
Pour faire votre travail, devez-vous suivre rigoureusement des consignes qui vous semblent superflues ?	1. OUI      2. NON

Êtes-vous surveillé dans votre travail ?	1. OUI      2. NON
Vous laisse-t-on suffisamment d'initiative pour faire votre travail ?	1. OUI      2. NON
Ressentez-vous votre travail comme répétitif et monotone ?	1. OUI      2. NON
Vos conditions de travail vous paraissent-elles plus difficiles que celles que vous avez connues antérieurement ?	1. OUI      2. NON
Diriez-vous que vos rapports avec vos supérieurs sont :	1. Agréables 2. Corrects 3. Difficiles
Diriez-vous que vos rapports avec vos collègues sont :	1. Agréables 2. Corrects 3. Difficiles
Avez-vous le sentiment que votre travail est reconnu :	
- par votre entourage professionnel ?	1. OUI      2. NON
- par votre entourage familial ?	1. OUI      2. NON
Votre travail vous permet-il d'avoir :	
- une vie familiale satisfaisante ?	1. OUI      2. NON
- une vie personnelle satisfaisante ?	1. OUI      2. NON
<b>SITUATION PROFESSIONNELLE ANTÉRIEURE</b>	
Hors intérim et période de formation, combien de contrats de travail avez-vous eus au cours des deux dernières années ?	...
Pour vous rendre de votre domicile à votre lieu de travail actuel, mettez-vous :	1. Plus de temps - 2. Moins de temps - 3. Autant de temps - - qu'au cours des 2 dernières années ?
Pour vous, est-ce :	1. Positif 2. Négatif 3. Cela vous est égal
Si vous étiez licencié de votre emploi actuel, serait-ce pour vous :	1. Un échec personnel 2. Une fatalité 3. Une occasion de changer 4. Autre : ...
En dehors de périodes de formation, avez-vous déjà travaillé en intérim ?	1. OUI      2. NON
Si oui, cette forme d'emploi vous a-t-elle convenu ?	1. OUI      2. NON
Cette forme d'emploi vous conviendrait-elle aujourd'hui ?	1. OUI      2. NON
Avez-vous déjà travaillé en CDI (avant le contrat actuel) ?	1. OUI      2. NON
Au cours de votre carrière professionnelle, avez-vous connu une ou des périodes de chômage particulièrement difficiles ?	1. OUI      2. NON
Si oui, cela a-t-il eu des répercussions sur votre santé ?	1. OUI      2. NON
<b>SANTÉ</b>	
Vous sentez-vous actuellement en :	1. Très bonne santé 2. Bonne santé 3. Mauvaise santé
Diriez-vous que vous faites attention à votre santé ?	1. OUI      2. NON
Au cours de votre vie, avez-vous eu un grave problème de santé ?	1. OUI      2. NON Si oui : - Lequel ? : ... - Quand ? : ...
Au cours des 2 dernières années, avez-vous été malade ?	1. OUI      2. NON Si oui, de quelle maladie s'agissait-il la dernière fois ? : ...

Lors de cette dernière maladie : - avez-vous suivi un traitement ? - avez-vous pris un congé-maladie ?	1. OUI    2. NON 1. OUI    2. NON
Estimez-vous que ces maladies ou ces troubles de santé au cours des 2 dernières années sont liés à : - votre activité professionnelle ? - des problèmes d'ordre personnel ? - l'environnement ? - d'autres problèmes ? ( <i>par exemple une fragilité</i> ) - ils relèvent tout simplement du hasard ?	1. OUI    2. NON 1. OUI    2. NON 1. OUI    2. NON 1. OUI    2. NON 1. OUI    2. NON
Au cours des deux dernières années, avez-vous eu des accidents de travail ?	1. OUI    2. NON
Si oui : - certains ont-ils entraîné un arrêt de travail ? - certains vous ont-ils laissé des séquelles ?	1. OUI    2. NON 1. OUI    2. NON
Avez-vous l'impression qu'un événement de votre vie est à l'origine d'une plus grande fragilité sur le plan de la santé ?	1. OUI    2. NON Si oui, de quel événement s'agit-il ? : ...
Avez-vous le sentiment que votre santé est en danger à court ou long terme ?	1. OUI    2. NON
Au cours de votre travail et de vos activités habituelles, avez-vous le sentiment d'être exposé à des choses qui vous semblent dangereuses ?	1. OUI    2. NON
Éprouvez-vous depuis plusieurs mois un sentiment de fatigue permanent ?	1. OUI    2. NON
Avez-vous le sentiment de ne pas pouvoir "récupérer" ?	1. OUI    2. NON
Avez-vous le sentiment de perdre le sommeil ?	1. OUI    2. NON
Quand vous éprouvez une fatigue trop intense, vous arrive-t-il de souhaiter prendre du congé pour récupérer ?	1. OUI    2. NON
Au cours des derniers mois avez-vous éprouvé de façon forte des difficultés : - sur le plan physique ? - sur le plan psychologique ?	1. OUI    2. NON 1. OUI    2. NON
Vous arrive-t-il de souffrir de quelque chose ?	1. OUI    2. NON
Si oui : - de quoi ? - en avez-vous parlé à quelqu'un ? - à qui ?	... 1. OUI    2. NON ...
Quand vous avez un problème de santé sur votre lieu de travail : - avez-vous le sentiment d'un soutien de la part de vos collègues ? - faut-il tenir "coûte que coûte" ? - vous semble-t-il préférable de renoncer à des arrêts maladie ? - vos supérieurs sont-ils prêts à accepter des absences de courte durée pour raison de santé, à condition de ne pas en abuser ?	1. OUI    2. NON 1. OUI    2. NON 1. OUI    2. NON 1. OUI    2. NON
Avez-vous des problèmes de santé qui vous empêchent d'accéder à certains emplois ?	1. OUI    2. NON
Avez-vous le sentiment que votre travail a des effets négatifs sur votre santé ?	1. OUI    2. NON Si oui, lesquels ? : ...

<p>Accepteriez-vous dans les semaines à venir d'accorder un entretien à un membre de l'équipe de recherche ? (Il s'agit d'un entretien d'une durée d'environ 1h30 portant sur votre parcours professionnel et sur votre santé, qui sera effectué à la date et au lieu de votre choix. Pour des raisons pratiques, cet entretien sera enregistré, mais l'utilisation qui en sera faite garantit le respect complet de l'anonymat)</p>	<p>1. OUI      2. NON</p> <p>Si oui, merci de nous laisser vos coordonnées.</p>
--	---

---

## Annexe 5

### Guide d'entretien avec les salariés

---

"Ne demandez pas 'pourquoi ?' ; demandez 'comment ?'

J'ai compris pour la première fois qu'il valait mieux demander 'comment ?' que 'pourquoi ?' à l'occasion d'un travail de terrain. En interviewant les gens, je me suis rendu compte que je déclenchais systématiquement chez eux une réaction de défense lorsque je leur demandais pourquoi ils faisaient telle ou telle chose. (...) Mes 'pourquoi ?' recevaient systématiquement des réponses brèves, défensives et pugnaces, comme si les gens avaient voulu me dire : 'bon, ça te convient là ?'.

A l'inverse, quand je leur demandais comment telle chose s'était produite - 'comment en êtes-vous arrivé à choisir ce métier ?', 'comment en êtes-vous arrivé à enseigner dans cette école ?' -, je constatais que mes questions 'fonctionnaient' correctement. Les personnes interrogées répondaient longuement, me racontaient des histoires pleines de détails intéressants, faisaient des récits qui mentionnaient non seulement les raisons pour lesquelles elles avaient fait telle ou telle chose, mais également les actions d'autres personnes ayant contribué au résultat auquel je m'intéressais".

Howard S. Becker<sup>1</sup>

En cohérence avec la démarche compréhensive et les principes d'utilisation de l'entretien semi-directif explicités par ailleurs, ce guide d'entretien est un canevas qui a été adapté à chaque personne et à chaque situation d'entretien.

Plutôt qu'une liste de thèmes, j'ai préservé la forme orale pour la présentation ci-dessous. Chaque question est un point de départ qui a parfois été formulé à plusieurs reprises pendant l'entretien, amenant à chaque fois des relances et des demandes de précision adaptées. L'ordre des axes a également varié : l'entretien a pu aborder d'abord l'axe "travail" puis le versant "santé", ou l'inverse, ou bien aborder de façon alternative les deux axes.

#### Axe thématique "travail" :

- Vous pouvez me parler un peu de votre parcours scolaire et professionnel ?
- Et votre emploi actuel, comment ça se passe ?
- Qu'est-ce qui vous plaît (ne vous plaît pas) dans votre travail ?
- Qu'est-ce que vous envisagez lorsque ce contrat sera terminé ?

---

<sup>1</sup> In *Les ficelles du métier*, *op. cit.*, pp. 105-106.



- Estimez-vous être ou avoir été en situation de précarité ? Qu'est-ce que ce mot signifie pour vous ? Comment le vivez-vous ?
- Si vous aviez le choix, dans l'absolu, vous aimeriez faire quoi ?

### Axe thématique "santé" :

- Sur le plan de la santé, comment ça se passe ?
- Est-ce que la santé est quelque chose d'important pour vous ? Est-ce que vous y faites attention ? Comment ?
- Avez-vous eu des problèmes de santé dans votre vie ? Et dans la famille ?
- A partir de quel moment estimez-vous être "malade" ? Et à ce moment-là, qu'est-ce que vous faites ?
- Avez-vous un médecin habituel ? Ou plusieurs ? Comment les avez-vous rencontrés la première fois ?
- Plus généralement, comment vous occupez-vous de votre corps ? (apparence physique, forme physique, bien-être...) ? Est-ce important ?

### Axes et relances transversaux :

- Pouvez-vous me raconter en détail une de vos journées ?
- Est-ce que vous avez des amis, est-ce que vous voyez des gens en dehors du travail ?
- Vous avez toujours habité ici ? Est-ce que vous vous plaisez ici ?
- Qu'est-ce qui rythme votre vie ? (événements, dates attendus ? échelle : jour, mois, année ?)
- Qu'est-ce qui fait des repères dans l'avenir, des échéances ?
- Est-ce que vous vous imaginez par exemple dans 6 mois ou dans 1 an, et comment ?
- Comment voyez-vous votre avenir ? (projets ? attentes ?) Quelle est la chose que vous souhaitez le plus actuellement ?
- Comment expliquez-vous (selon vous, comment se fait-il que) (tel ou tel fait de l'histoire personnelle ou d'ordre général, par exemple : ne pas trouver d'emploi).

Le cas échéant :

- Demande de précisions par rapport à certaines réponses au questionnaire.
- Pensez-vous que votre conjoint accepterait de m'accorder un entretien comme vous venez de le faire ?

---

## Annexe 6

### Présentation des 30 entretiens avec les salariés

---

Les pages qui suivent présentent individuellement chaque entretien, afin que l'on puisse "se faire une idée" des histoires des personnes rencontrées. J'avais au départ l'intention de résumer chaque parcours de la façon la plus neutre possible. Mais il m'est vite apparu que ce "plus possible" n'était pas sans poser problème. Chacun sait en effet, et c'est une épineuse question qui traverse les sciences humaines, à quel point il est difficile de décrire ou de raconter sans interpréter, sans reformuler, sans déformer, particulièrement lorsqu'il s'agit comme ici d'un matériau oral abondant. Le problème se pose dès la transcription de l'entretien, dans la prise en compte (jusqu'à quel point, et comment ?) des intonations, gestes, expressions du visage, rythmes de parole, variations de la voix, etc.<sup>1</sup> Il s'est posé à nouveau, d'une autre façon, lorsqu'il s'est agi de résumer les propos recueillis de façon à ce qu'un tiers puisse, en lisant ces brefs portraits, se faire rapidement une image synthétique de la situation et du parcours de la personne, de son "profil" général. Non seulement nécessairement réducteurs et simplificateurs, ces résumés ne sont donc pas neutres : ils sont pétris de causalités reconstituées, de mises en relation d'événements divers, d'interprétations multiples. Sauf à ne mentionner qu'une liste aride de dates, de lieux et d'événements (à supposer que cela même soit possible), il était impossible de ne pas passer par des formes de mise en intrigue narratives<sup>2</sup>.

Dans un parti pris restitutif, j'ai donc tenté de faire en sorte que ces mises en intrigue soient celles des personnes elles-mêmes, et non les miennes. Le respect de ce principe de "fidélité" s'est traduit par le choix de rester au plus près des termes employés par les personnes au cours de l'entretien, en n'hésitant pas à citer des extraits significatifs - sans toutefois être dupe : la nécessaire sélection des événements rapportés et des mots cités n'est bien sûr pas dénuée de partialité. Tout de même, les causalités et les interprétations qui apparaissent dans ces récits sont autant que possible celles que les personnes m'ont exposées. J'ai précisé en introduction que certains entretiens sont plus complets que d'autres. Des manques, des imprécisions, des "trous" (notamment dans les dates, les périodes, les durées...) ont parfois rendu difficile la reconstitution des trajectoires. Pour chacune des personnes rencontrées, j'ai néanmoins essayé de rendre compte du parcours scolaire et professionnel, des événements de santé, des attitudes et discours à l'égard du travail et de la santé, des histoires familiales, et des perspectives d'avenir à court ou long terme.

Les 30 textes qui suivent ont donc un statut ambivalent : ils mêlent (de façon très différenciée selon les cas) à la fois des éléments "objectifs" (factuels), de la restitution

---

<sup>1</sup> Mes transcriptions tentent de ne pas (trop) perdre de ces informations non verbales, en les indiquant entre parenthèses au fil des propos transcrits : " (rire), (hésitation), (réflexion), (ironique), (énervé) ", etc.

<sup>2</sup> DE CONINCK F., GODARD F., « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité », *Revue Française de Sociologie*, XXXI, 1989, pp. 23-53 ; PASSERON J.-C., « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, vol. XXXI, 1989, pp. 3-22.

de "raisons", de "causes" et de justifications, et des bribes d'analyse. Ils n'ont aucune prétention analytique. Leur but est seulement de familiariser le lecteur avec chacune des personnes rencontrées.

J'ai ajouté en fin de résumé quelques phrases de complément qui ont un double statut : d'une part, elles informent sur le déroulement de l'entretien (les "événements" qui l'ont ponctué, l'ambiance, les caractéristiques marquantes), 2. elles constituent une objectivation de certaines de mes impressions personnelles sur l'attitude de la personne (et la mienne) pendant l'entretien. Autrement dit, il s'agit d'essayer de restituer un peu de la part relationnelle et même émotionnelle de l'entretien, qui fait partie de sa vérité autant que le contenu strict des faits racontés. Je me suis parfois risquée à essayer de préciser le sens et le statut que l'entretien me semble avoir eu pour les personnes.

J'ai également fait apparaître en début de présentation les appréciations (citées intégralement) portées par le médecin du travail sur la situation de précarité et sur l'avenir de santé, qui informent sur la personne d'un autre point de vue.

Les noms des personnes et des entreprises sont bien sûr des pseudonymes. Les entretiens ont la plupart du temps eu lieu au domicile des personnes<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Sauf Mme Beban, Mme Brax, Mme Jeco et Mme Jost (entretiens effectués à l'université de Toulouse-Le Mirail) et Mme Blondel (entretien effectué à son bureau).

## Mme Alpe

42 ans - En couple non cohabitant - Aide à domicile pour personnes âgées (CDI)

- Précarité selon le médecin du travail : NR<sup>1</sup>
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Mme Alpe est originaire du Tarn, sixième née d'une famille de 12 enfants. Son père a "fait un peu tous les métiers... des lainages, carrossier, maçon..."<sup>2</sup>, et sa mère était au foyer. Ses deux parents sont analphabètes. C'est l'une de ses sœurs qui "remplit les papiers" pour l'orienter vers un CAP de couture, qu'elle obtient à 17 ans. Elle habite pendant quelque temps dans un foyer de jeunes travailleurs, puis se marie avec un artisan charpentier et habite Castres. Elle travaille ensuite pendant 10 ans "dans la confection, de la confection après je suis passée à la filature, de la filature je suis passée dans le cuir, du cuir je suis passée à la bonneterie". Cette succession d'emplois est entrecoupée de courtes périodes de chômage, pendant lesquelles elle fait chez elle des petits travaux de couture. Lorsqu'elle revient sur ces années de travail dans la confection, Mme Alpe déclare : "ça me plaisait", "ça m'a plu mais bon, c'était pas le métier que j'aurais... - parce que moi c'était agent d'employé de collectivité. De toute petite". Mais elle n'a pas quitté la confection car "vous pouvez pas quitter un travail qui marche". Elle précise cependant que "si c'était à continuer, non, j'aurais arrêté. Parce qu'il fallait soutenir les heures hein, et puis la machine et tout...".

Le couple, qui a eu 2 enfants, emménage dans une maison à B. (proche de Toulouse) en 1987. A ce moment-là, il n'y a plus d'emploi dans la confection. Mme Alpe reste quelque temps sans travailler ("j'ai élevé un peu mes enfants"), puis trouve des petits emplois dans la restauration. De 1993 à 1996 elle fait un CES comme agent d'entretien dans une école. En 1993, alertée par une très grande fatigue et des saignements ininterrompus pendant 15 jours (ce qui ne l'empêchait pas de travailler), elle consulte un médecin et on découvre qu'elle a un "début de cancer à l'utérus". Elle subit alors une hystérectomie ("on m'a ouvert le ventre, et après bon, tout est rentré dans l'ordre").

La relation avec son mari se dégrade au fil du temps. Il est alcoolique et violent, surtout après avoir fait faillite. En 1996, à la suite d'un épisode particulièrement grave où il a "essayé de me tuer", Mme Alpe est d'abord hospitalisée, puis logée pendant 1 mois avec ses enfants dans un foyer du Secours catholique. Elle obtient ensuite un appartement HLM.

Elle formule alors le projet de travailler avec des personnes âgées (souhait ancien qui vient de ce qu'elle s'est longtemps occupée de la grand-mère d'une de ses amies). Après un stage de formation dans une maison de retraite, elle est embauchée à la mairie de B. comme aide ménagère. Son temps de travail varie entre 30 et 150 heures par mois ("chaque mois est jamais pareil"). Après avoir été 4 ans contractuelle, elle a été stagiaire pendant 1 an, et reconduite sous ce statut pendant encore 1 an, alors qu'elle aurait dû être titularisée ("c'est la loi, je me suis

<sup>1</sup> Toutes les personnes vues en entretien ont été désignées comme "précaires" par les médecins du travail (sauf M. Arène). Les "non-réponses" correspondent aux cas où le médecin n'a pas apporté d'argument pour justifier cette désignation.

<sup>2</sup> Tous les termes entre guillemets sont des extraits d'entretien.

renseignée déjà"). Cette deuxième année en tant que stagiaire doit s'achever 7 mois après l'entretien, et Mme Alpe a bien l'intention d'exiger sa titularisation, à 150 heures par mois. "Moi je lâcherai pas". Si cette titularisation n'était pas obtenue, elle demanderait son licenciement. Dans cette hypothèse, elle envisage de travailler directement pour les personnes âgées en étant rémunérée en chèques emploi-service.

Parallèlement, Mme Alpe travaille 1 jour par semaine à la cantine scolaire, toujours pour la mairie de B. Elle souhaiterait désormais être rattachée à ce service, car la restauration lui "plait plus" ("j'adore cuisiner"), elle s'y sent "mieux évaluée". Ce souhait est également lié à une petite brouille avec une des personnes âgées dont elle s'occupait et avec qui elle avait sympathisé. Cette histoire a modifié son rapport au travail. Elle déclare désormais ne plus vouloir "s'investir trop" : "je ne vais pas au-delà de mes limites pour faire amitié encore plus. Comme ça ça me jouera plus de tours". Mme Alpe se définit comme "trop sociable", ce qui selon elle lui nuit dans son travail. Et c'est aussi pour cela qu'elle aimerait changer de service, même si le travail auprès des personnes âgées lui convient.

Lorsqu'elle travaille peu d'heures par mois, Mme Alpe gagne à peine plus que le RMI. Mais elle préfère travailler parce que "les aides ça dure pas éternellement, donc finalement vous savez, il vaut mieux rester dans le cadre", "et puis c'est pas ma mentalité de vie. Moi il me faut être active". Cependant, elle dit qu'elle n'accepterait pas n'importe quel travail : "il faut aimer ce qu'on fait quand même hein...", "si ça me plaît pas, je vais pas le faire (...) mais j'essaierais de voir si ça peut pas éventuellement m'intéresser" (par exemple la couture ne lui plaisait pas au début, "et puis après je me suis intéressée").

Sur le plan de la santé, Mme Alpe estime qu' "il m'en est arrivé beaucoup, et bon, je m'en suis sortie parce que j'ai un caractère qui me bat". Outre son cancer de l'utérus, elle mentionne une opération d'un œil datant d'1 an, un diabète diagnostiqué en 1998, un accident de la circulation plus ancien, ainsi que de l'hypotension et des "problèmes circulatoires" pour lesquels elle suit un traitement régulier. Elle mentionne également des problèmes de dos ("de temps en temps j'ai mon dos qui se bloque"), qu'elle attribue aux "changements de temps" et qui ont presque disparu depuis qu'elle a suivi une formation aux gestes et postures dans son travail. Elle précise que tout cela "ça m'a jamais arrêtée de travailler. A part mes yeux et mon ventre. C'est tout. Je suis pas une personne qui manque le travail pour un oui ou...". Elle dit s'occuper sérieusement de sa santé, surtout depuis l'hystérectomie : "niveau santé, maintenant, j'attends plus".

Ses 10 frères et sœurs encore vivants sont tous dans la région. Elle a de bonnes relations avec eux, ainsi qu'avec ses parents. Elle voit de temps en temps son mari lorsqu'il s'occupe des enfants. Elle dit avoir beaucoup de "connaissances", mais seulement quelques amis véritables. Après son divorce elle est restée longtemps seule ("chat échaudé craint l'eau froide"), puis elle a eu une relation de courte durée avec "quelqu'un qui buvait, et j'ai dit stop, je voulais pas revivre...". Depuis 1 an elle a une relation "très équilibrée" avec un homme qui pour l'instant se déplace beaucoup dans le cadre de son travail (désamianteur), mais qui envisage de changer d'emploi pour être plus sédentaire. Ils ont le projet d'emménager ensemble dans 1 an ou 2.

*Mme Alpe montre beaucoup de "bonne volonté" à répondre à mes questions. Peu introspectifs, ses propos se situent surtout au niveau factuel (lieux, dates, enchaînements d'événements).*

## Mme Anam

49 ans - Divorcée, en couple non cohabitant - Agent de service en maison de retraite (stage)

- Précarité selon le médecin du travail : *"Alternance petits CDD ou périodes d'activités avec congés ou arrêt maladie et/ou chômage"*
- Avenir de santé selon le médecin du travail : "Très pessimiste : dit qu'elle ne peut plus rien faire, ni rester debout ni être assise longtemps... Souhaiterait (aspect positif) une formation, mais problème sérieux d'aptitude (aménagement du poste "monté" avec collaboration Passerelles 31 et AGEFIPH). N'a pas attendu les quelques jours nécessaires à l'obtention des aides, malgré aménagement partiel (horaires) obtenu par une direction récalcitrante au départ puis d'accord : problème d'avoir été peu présente au travail sur les 2 ans !"

Mme Anam arrive à Toulouse en 1957, à l'âge de 6 ans, avec ses 4 frères et sœurs, et ses parents, Juifs tunisiens. Un autre enfant naît par la suite. Le père de Mme Anam est employé à la SNCF, sa mère est au foyer.

Elle arrête sa scolarité après un échec au certificat d'études, et se marie à 19 ans avec un employé de la RATM (métro marseillais) rencontré à Marseille au cours d'une visite chez des membres de la famille de son père. Elle habite Marseille pendant 13 ans, jusqu'à son divorce en 1983. Pendant cette période, elle élève ses 2 enfants ainsi que les 4 enfants d'un premier mariage de son mari.

Après le divorce, Mme Anam revient à Toulouse, où elle commence à travailler. Elle sera successivement femme de chambre dans des hôtels, femme de ménage, cuisinière dans le bar tenu par ses frères (période de 5 ans), employée en CES pendant 6 mois dans une école, aide à domicile chez des personnes âgées. Elle reste chez l'une de ces personnes, d'abord à Toulouse, puis à Paris lorsque la fille de cette personne décide de prendre sa mère chez elle. Mme Anam reste 5 ans à Paris, employée dans des conditions difficiles ("exploitée" : pas de congés, salaire très bas, emploi déclaré en partie seulement). En 1996, lorsque la vieille personne entre en hôpital, on propose à Mme Anam de rester comme femme de ménage, mais elle refuse et retourne à Toulouse.

Elle est alors employée par des sociétés de nettoyage, toujours avec des contrats précaires (remplacements...). En 1998, elle obtient un contrat de 2 ans comme plongeuse à la clinique P. Mais elle ne travaillera que 6 mois : un jour, en soulevant une marmite, elle tombe et se fait très mal au dos. A partir de cet arrêt maladie prolongé s'enclenche une procédure de reconnaissance comme travailleuse handicapée, pendant laquelle Mme Anam est aidée financièrement et moralement par ses enfants. Mme Anam est actuellement en stage de formation comme agent de service hospitalier, en maison de retraite. Sa formation s'achève 2 semaines après l'entretien, et l'incertitude sur son avenir professionnel reste grande. Mais elle est beaucoup plus heureuse aujourd'hui dans son travail : le métier d'ASH lui plaît, et les relations avec ses collègues sont bien meilleures que dans son emploi précédent.

Mme Anam habite avec son fils et sa fille (celle-ci va prochainement partir habiter à Nantes et Mme Anam appréhende ce départ). Elle a "quelqu'un dans sa vie", mais n'envisage pas la cohabitation pour l'instant. Elle a de bons contacts avec ses frères et sœurs, qui sont tous en

région toulousaine. Ses parents sont allés vivre en Israël il y a 7 ans, et son père y est mort juste après son arrivée. Ce décès a été pour Mme Anam un grand traumatisme, qui a donné lieu à une dépression. Elle n'est encore jamais allée là-bas, mais sa mère vient régulièrement faire des séjours en France.

Sur le plan de la santé, hormis une douleur au dos quasi permanente, Mme Anam a subi une thyroïdectomie en 1998. Elle a également de longue date un problème de poids, qui l'a amenée à suivre une cure d'amaigrissement en 1999, au cours de laquelle elle a perdu 15 kilos.

Le souhait actuel de Mme Anam serait avant tout d'avoir un emploi stable, dans l'idéal auprès de personnes âgées.

*Mme Anam semble être quelqu'un de très "positif". Contrairement à ce qu'a perçu le médecin du travail (l'entretien a eu lieu plusieurs mois après le questionnaire), son récit n'adopte jamais le registre de la plainte, et manifeste une grande volonté de "s'en sortir", malgré des difficultés dont elle est consciente (absence de qualification, accès à l'emploi restreint à cause de son dos).*

## Mlle Arène

25 ans - En couple (avec M. Arène) - Manutentionnaire (CDI)

- Précarité selon le médecin du travail : *"Jeune sans diplôme - Sans RMI (< 25 ans) - Mais quand même soutenue par ses parents, pour lesquels cela devient aussi difficile"*
- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"La situation devrait trouver un meilleur équilibre, son avenir de santé devrait être bon"*

Mlle Arène est arrivée à Toulouse il y a 8 ans, avec ses parents et son frère d'un an plus âgé qu'elle. Elle habitait auparavant en banlieue parisienne. Son père, inspecteur à l'Éducation nationale, a demandé sa mutation à Toulouse, car le couple possède depuis longtemps une maison dans le Gers, qu'ils ont aménagée petit à petit. La mère de Mlle Arène ne travaille pas.

A son arrivée à Toulouse, en classe de seconde (redoublement), Mlle Arène emménage dans un appartement que ses parents lui ont acheté (actuellement, ils paient le remboursement de l'emprunt mais elle doit subvenir seule à ses besoins). Après un Bac Arts plastiques, elle fait 3 ans de DEUG d'Histoire de l'art à l'université, puis abandonne les études pour gagner sa vie (elle déclare "culpabiliser" d'être à la charge de ses parents).

Entre 1998 et 2000, Mlle Arène effectue de nombreux petits boulots en CDD ou intérim : animation-vente en supermarchés, manutention, téléprospection... Au cours de cette période, très difficile financièrement et moralement, elle connaît plusieurs déceptions professionnelles et reçoit de très nombreuses réponses négatives à des demandes d'emploi-jeune. Après avoir travaillé avec l'aide de la Mission locale sur un projet d'animation culturelle, elle "se fait rire au nez" par les associations à qui elle propose ses services. Parallèlement, elle est en situation de pauvreté et se résigne à aller quelquefois "quémander" une aide alimentaire auprès d'un organisme caritatif.

A la suite d'une mission d'intérim pour La Poste (environ 1 mois avant l'entretien), elle se voit proposer un CDI qu'elle accepte, soulagée de pouvoir avoir un revenu stable. Son travail, qu'elle qualifie de "débile", consiste à trier et manutentionner des courriers. Son temps de travail varie entre 24 et 35 heures par semaine.

Depuis 5 mois, l'ami de Mlle Arène (M. Arène, cf. entretien suivant) vit avec elle. Ils sont ensemble depuis 2 ans. Du même âge qu'elle, il est étudiant et a un petit revenu de pionnicat. Mais leur relation n'est pas ce que Mlle Arène espérait : il est beaucoup moins engagé qu'elle dans leur histoire, et son idéal de vie ("bohème" et autant que possible hors du travail) ne correspond pas au sien. Plus généralement, depuis qu'elle est embauchée en CDI, Mlle Arène voit se creuser l'écart entre ses amis, peu engagés dans la vie active, et elle-même, qui a fait le choix de la sécurité financière et professionnelle. Elle n'a pas pour autant renoncé à son goût pour l'histoire de l'art, et espère pouvoir utiliser un jour cette compétence dans l'entreprise.

Sur le plan de la santé physique, Mlle Arène n'a jamais connu de problèmes importants. En revanche, elle insiste beaucoup sur l'état moral dans lequel elle était pendant les 2 ans qu'elle a passés en précarité professionnelle. Elle qualifie cet état de "dépression", et l'attribue à la conjonction de plusieurs éléments : sa recherche d'emploi infructueuse, sa situation financière difficile, les infidélités de son ami et les doutes qu'elle avait sur l'avenir de leur relation, l'éloignement progressif d'avec son frère (officiellement diagnostiqué depuis peu comme



schizophrène)... Mlle Arène raconte que pendant cette période elle buvait beaucoup d'alcool, avec le groupe d'amis du couple, pour éviter se "se prendre la tête". Elle a peu à peu réduit sa consommation car elle ne se sentait "plus (elle)-même".

Mlle Arène est plutôt optimiste quant à son devenir. Depuis qu'elle a trouvé un emploi stable, elle commence à envisager l'avenir avec sérénité, à faire quelques projets (voyages), et à prendre du recul dans sa relation sentimentale.

*L'entretien avec Mlle Arène s'est déroulé de façon très amicale autour d'un café. Une affinité personnelle certaine a sans doute facilité l'échange. Mlle Arène donne l'impression de reprendre pied peu à peu au sortir d'une période difficile à maints égards, et de commencer à "prendre la main" à la fois dans son parcours professionnel et dans sa vie personnelle.*

**M. Arène**  
**25 ans - En couple (avec Mlle Arène) - Étudiant et pion (CDD)**

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

M. Arène est originaire du Mans, fils d'un mécanicien dans un petit garage et d'une laborantine. Il a une sœur plus âgée, qui travaille à Toulouse (juriste en entreprise), et une autre plus jeune, lycéenne au Mans.

Après un Bac B, M. Arène a d'abord suivi une année de préparation en Arts appliqués à Rouen. Cette orientation ne lui ayant "pas plu", il effectue ensuite un DEUG d'Histoire au Mans, et poursuit en licence à Toulouse (il choisit cette ville pour pouvoir faire sa maîtrise avec un enseignant qui l'intéressait). Il passe d'abord 2 ans en maîtrise, tout en préparant les concours du CAPES et de l'agrégation, et en faisant également un DEUG d'Arts plastiques. L'année suivante il se consacre uniquement à ces concours, mais n'est pas admis. Au moment de l'entretien, il vient de se réinscrire pour une maîtrise, mais sur un autre sujet ("Trotsky, sa pensée...").

En dehors des études, M. Arène fait de la peinture et de la sculpture : "c'est l'autre chose qui me prend du temps dans la vie".

Pendant les premières années de son cursus universitaire il a été boursier. Il est maintenant pion dans un collège, mais il arrive en fin de fonction dans quelques mois. En arrivant à Toulouse il a d'abord habité en Cité U, puis il a "investi un lieu" avec un ami, une maison abandonnée, qui faisait également office d'atelier. Il habite chez Mlle Arène depuis 5 mois (ils sont ensemble depuis 2 ans).

M. Arène est très indécis sur son avenir professionnel. Il est tenté par l'enseignement, mais déclare en même temps qu'il a "envie de faire autre chose avant d'intégrer l'Éducation nationale". Son expérience du pionnat, qu'il décrit comme un "sale boulot" ("ça me sort par la tête"), ne lui donne pas envie de poursuivre dans le milieu scolaire. Il n'est pas sûr que l'enseignement lui conviendrait : "j'ai un peu de mal à m'admettre dans des boulots conventionnels", "j'ai beaucoup de mal à m'incarner dans un système où je serais... où on n'est pas libre forcément à 100%, où faut faire énormément de concessions". Il considère les concours qu'il passe comme une "sortie de sécurité". Par ailleurs il n'envisage pas son activité artistique "dans une idée commerciale". M. Arène cite également "l'artisanat", qui pourrait être "une troisième voie qui ferait qu'il faudrait que je m'investisse à peu près à fond là-dedans, parce que l'artisanat c'est pas à moitié, c'est toute une vie quoi, et qu'à côté je ferais un choix qui éliminerait les deux autres". Face à toutes ces éventualités, M. Arène a choisi de se "laisser un peu de temps, 2 - 3 ans, pour réfléchir à tout ça, pour voir... les choix que je vais faire...". Dans ce processus de choix la fin du pionnat est décrite comme un élément qui "va quand même changer quelque chose". Il a l'intention de partir dans 3 ou 4 mois en Europe de l'Est (d'abord en Bulgarie où il a une amie), pour un temps indéterminé, peut-être "très longtemps". "Le voyage, ça aide à réfléchir aussi".

L'existence de Mlle Arène est presque totalement absente de son discours. Interrogé à ce sujet, il déclare qu'il a "du mal à vivre dans un couple conventionnel, traditionnel". Il "évacue" volontairement cette question de sa réflexion sur son avenir : "la sociabilité à deux, j'ai pas envie que ça interfère sur les choix...".

Sur le plan de la santé, M. Arène se sent en "bonne santé". Il fait "tout le temps du sport" (il a fait du judo à haut niveau dans son adolescence, mais a dû arrêter à cause d'une blessure), essaie de "faire gaffe" à son alimentation, et consulte "assez facilement" un médecin. Il se dit aujourd'hui beaucoup plus vigilant qu'avant : "ça a été longtemps plutôt l'inverse, pas mal destructeur pendant longtemps, par rapport au corps (...). Faire la fête, l'alcool, les substances...". A part des bronchites récurrentes (qu'il lie à la cigarette), M. Arène se sent "plus solide maintenant", grâce notamment à une "meilleure hygiène de vie".

Il a gardé des liens forts avec ses amis du Mans, et a également un cercle d'amis à Toulouse, qu'il a rencontrés notamment par le biais de sa participation à des groupes "anarcho-syndicalistes". Il dit n'avoir que peu de contacts avec sa famille : "ma mère pour la tutelle, et ma petite sœur pour les affinités".

Il se dit "plutôt confiant" quant à son avenir, même s'il ressent des "petites appréhensions, que je crois tout le monde a, quand on est à mon niveau d'études, quand on est dans cette catégorie un peu mal à l'aise quoi, dans tout ce flot de personnes, qui sont dans un statut pas sûr du tout quant à l'avenir qui leur est proposé...". Son inquiétude n'est pas matérielle ("je serai tout le temps capable de me débrouiller"), elle relève plutôt de la "place" qu'il va "avoir plus tard" : "ce que j'aimerais pas qu'il m'arrive c'est que par exemple je fais le choix de travailler, et que je me retrouve dans un travail où ma personnalité elle s'exprime pas du tout. (...) J'ai beaucoup cette crainte-là, d'avoir à faire quelque chose qui me convient pas du tout".

*Après avoir rencontré Mlle Arène, je m'attendais à ce que M. Arène soit beaucoup plus "insouciant" qu'il ne m'a semblé l'être. Je m'attendais également à ce qu'il exprime plus radicalement une réticence à l'idée même de se conformer au modèle du travail salarié. M. Arène est plutôt dans une perspective encore ouverte, il n'élimine pour l'instant aucune possibilité. En revanche, la distance qu'il manifeste à l'égard de sa relation de couple correspond bien au récit de Mlle Arène, et n'est peut-être pas étrangère au choix récent que celle-ci a fait de privilégier sa sécurité professionnelle et matérielle en acceptant un emploi stable en décalage avec ses aspirations artistiques (choix que M. Arène ne veut pas faire pour lui-même).*

## Mme Artur

41 ans - Divorcée, célibataire - Au chômage

- Précarité selon le médecin du travail<sup>1</sup> : *"Cette personne n'est pas tout à fait dans une situation "précarisée" (travail, logement, enfants). Mais fragilisée par le problème du divorce, travail peu valorisant et ne correspond pas à ses capacités"*

- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"Si cette personne reste dans cette profession son avenir de santé serait différent de ce qu'il aurait pu être => crainte de sa part du point de vue hygiène, contamination, souffrance psychologique"*

Mme Artur est née en 1959 au Burundi. Elle y vit jusqu'à 31 ans, en compagnie de sa mère, de ses trois sœurs et de son frère (leur père est mort lorsqu'elle avait 12 ans).

Elle obtient son Bac en 1978, puis suit pendant 1 an des cours à la faculté de pharmacie. Mais le pays est agité par une guerre et elle part vivre quelque temps au Zaïre, puis revient ensuite au Burundi. Elle se marie en 1980. Trois enfants naissent (1981, 1983 et 1990). Son mari est conducteur de travaux dans le bâtiment. Elle travaille occasionnellement comme secrétaire.

En 1990 le couple part habiter en France et s'installe dans la ville d'origine de son mari, en Ariège. Les frères et sœurs de Mme Artur émigrent à la même période. Seule leur mère reste au Burundi. Elle meurt 1 an après leur départ, ce qui "culpabilise" très fortement Mme Artur qui s'en veut de l'avoir laissée seule.

De 1990 à 1992 elle suit des formations en secrétariat et effectue un CES. De 1992 à 1995, elle suit une formation en comptabilité.

L'entente avec son mari se détériore. Mme Artur déclare qu'elle "vivait mal", qu'elle "était trop trop mal", qu'elle "ne pouvait plus supporter", que "c'était la guerre tout le temps". En 1997, elle quitte son mari "sur un coup de tête" : au début d'une journée "comme les autres", elle part. "Je sais pas, il s'est passé quelque chose, et ce jour-là, je suis partie. (...) Un coup de folie, j'ai pris le train, je me suis retrouvée à Toulouse, j'ai acheté un guide pratique à la gare, j'ai regardé, je savais même pas - je savais rien...", "je suis partie sans rien, sans même les habits, sans rien...". Elle est hébergée dans des foyers pendant quelques mois. Cette période est particulièrement difficile pour Mme Artur ("j'étais vraiment au bout, au bout, au bout du rouleau"), qui se retrouve seule et surtout sans ses enfants. Elle est soutenue moralement par ses sœurs, et trouve en elle-même la volonté de "s'en sortir" : "si on se laisse faire après on n'a plus l'énergie de se battre, alors que dans la vie c'est ça, il faut toujours se battre", "j'avais choisi de m'assumer, de partir, il fallait que j'y arrive". Par la suite, après le divorce, elle obtient (difficilement) la garde des enfants. Son ex-mari est récemment parti travailler au Vietnam.

En 1998 elle suit une formation d'auxiliaire de vie auprès des personnes âgées puis trouve un emploi dans une maison de retraite, d'abord en CDD puis en CDI. Mme Artur décrit ce choix professionnel comme une vocation ("j'ai toujours voulu travailler avec les personnes âgées") liée notamment à la culpabilité qu'elle a éprouvée lorsque sa mère est morte après son départ. Mais au bout d'un an et demi dans cet emploi, elle démissionne, trop déçue par la façon de travailler : "moi je pensais que c'était plutôt humanitaire mais je me suis rendu compte que c'était plutôt..."

---

<sup>1</sup> La visite en médecine du travail a eu lieu dans le cadre du CDI d'auxiliaire de vie dont Mme Artur a démissionné.

surtout la rentabilité, aller courir, même pas faire attention à la personne". Elle travaillait de plus en temps partiel avec des horaires éclatés : "je bouchais les trous, j'étais là où les autres n'étaient pas". Après cette expérience malheureuse elle n'envisage de retravailler auprès de personnes âgées que chez des particuliers et non plus en institution. Au moment de l'entretien Mme Artur est en recherche d'emploi : dans le secrétariat (mais elle pense qu'elle est trop âgée), ou dans "le ménage", sans résultat jusqu'ici. Découragée et n'ayant "plus vraiment d'espoir" de trouver un emploi en tant que salariée, elle envisage "monter un truc" de travail à domicile, ou bien de "monter une entreprise de nettoyage avec des copines" ou encore un restaurant de proximité. "Je me dis que... peut-être mieux vaut monter par soi-même, je suis quelqu'un qui aime travailler avec mes mains donc...". Elles ont commencé à se renseigner : "on a plein d'idées mais après faut voir si...", "on nous a dit qu'il y avait des aides pour les femmes, et tout ça, donc il faut qu'on remonte la filière quoi".

Mme Artur est très proche de ses sœurs : l'une est fonctionnaire au Conseil Général à Montpellier, l'autre gère un salon de coiffure à Rennes, et la troisième est mère au foyer à Turin (Italie). Son frère, après avoir fait des études en Russie, est retourné quelque temps au Burundi où il a "fait des affaires". Lors de l'entretien, il est de passage à Toulouse avant de repartir habiter à l'étranger.

Mme Artur se dit "très bien intégrée" en France et ne manifeste aucune nostalgie à l'égard de son pays d'origine, où elle n'est retournée que lors de l'enterrement de sa mère. Elle n'a plus là-bas que de la famille éloignée avec qui elle n'a plus de contacts : "ça me travaille pas", "je vais y aller pour quoi faire ?".

Elle ne mentionne aucun problème de santé marquant, ni pour elle ni pour ses enfants, en dehors de la période très difficile moralement qui a suivi son départ du domicile conjugal. L'attention à la santé passe pour elle par l'alimentation (elle ne mange plus de bœuf depuis "cette histoire de vache folle") et par l'hygiène. Elle attribue à son origine africaine le fait de "ne pas dramatiser" (contrairement à son ex-mari ou à ses amies françaises qui "paniquent" au moindre petit problème). Pendant la période où elle était seule à Toulouse, elle a été suivie quelques mois par un psychiatre et estime que cela lui a "fait du bien de pouvoir parler". Ce médecin lui a prescrit des somnifères, qu'elle n'a pas pris par peur de devenir dépendante. Si elle ne s'estime pas en "très bonne" santé, c'est à cause du "moral". Elle se dit très préoccupée par l'avenir de ses enfants : "je suis dans l'inquiétude tout le temps tout le temps tout le temps", "j'ai l'impression que tout le monde est encore cassé". Cependant elle commence à reprendre confiance en constatant qu'ils réussissent à l'école (l'aîné vient d'entrer à l'université) : "je commence à... à me féliciter, je me dis que j'ai accompli une mission". Reste le problème de son activité professionnelle : Mme Artur insiste sur la nécessité pour elle d'avoir un emploi, pour "sortir de la maison". Elle ne s'imagine pas du tout en femme au foyer : "si t'as pas d'activité, tu crèves".

*Mme Artur m'a donné dans un premier temps l'impression de m'accorder cet entretien à contrecœur. Elle a rapidement "éteint" la conversation à chaque fois qu'il s'est agi de son histoire passée, et a manifesté par moments un certain agacement face à mes questions. Cependant elle s'est un peu détendue en fin d'entretien.*

## Mme Beban

33 ans - En couple - Standardiste (intérim)

- Précarité selon le médecin du travail<sup>1</sup> : *"Intérimaire - Travaille sur Tlse en 3x8 (hébergée chez son frère). Retour le WE sur Albi. Statut d'intérimaire subi et non choisi"*

- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"Risque de limitation d'aptitude sur certains postes sollicitant les membres supérieurs. Risque de retentissement sur le psychisme si cette situation de travail précaire se prolonge"*

Originaire d'Albi, fille d'un claviste et d'une infirmière, Mme Beban souhaite d'abord, après son Bac, faire des études de tourisme. Mais elle n'est pas acceptée dans l'école où elle postule pour un BTS. Elle suit alors 2 ans de Langues Étrangères Appliquées à Toulouse, comme boursière, sans obtenir le DEUG car elle arrête ses études pour chercher du travail. Elle exerce alors pendant 8 ans divers emplois en CDD et CDI, principalement comme vendeuse, puis responsable de magasin. Depuis 2 ans elle alterne petits contrats et missions d'intérim, dans l'industrie et le tertiaire, entre Toulouse, Albi et Castres.

Elle vit en couple depuis 6 ans, et habite à Albi avec son conjoint, qui est agent de service dans une maison de retraite municipale, en CDI à trois-quarts temps.

Au moment de l'entretien, Mme Beban est standardiste à France Télécom à Castres, en intérim, après y avoir effectué plusieurs CDD au cours des deux dernières années. Elle travaille 16 heures par semaine, en soirée. Cet emploi lui plaît beaucoup, elle a de bonnes relations avec ses collègues, et souhaiterait augmenter son nombre d'heures et, idéalement, être embauchée en CDI. Parallèlement, Mme Beban cherche un autre emploi à mi-temps dont les horaires soient compatibles avec son activité actuelle. Elle a eu quelques entretiens mais sans résultats jusqu'ici. De plus, et depuis plusieurs années, Mme Beban passe des concours de la fonction publique dans le domaine du secrétariat administratif.

Sur le plan professionnel, Mme Beban est partagée ("je suis dans la balance") entre la nécessité financière de travailler (nécessité relative car son conjoint a un emploi stable), qui l'a amenée parfois à accepter des emplois "alimentaires" temporaires, et le refus de s'installer dans un emploi qui ne lui plairait pas (il lui est arrivé de renoncer à un emploi stable qui ne l'intéressait pas). Elle se donne encore environ 1 an pour soit trouver l'emploi idéal, soit se résigner à privilégier la stabilité en acceptant un CDI.

Les parents de Mme Beban sont divorcés. Elle a peu de relations avec son père, davantage avec ses deux frères et sa sœur, qui vivent dans la région. Sa mère est décédée d'un cancer il y a 4 ans, et cet événement douloureux a renforcé la vigilance de Mme Beban en matière de santé et de soins pour elle et pour son conjoint. Elle estime que sa santé actuelle est "correcte", et son seul "gros problème" est un surpoids qu'elle a depuis la mort de sa mère et qu'elle n'arrive pas à perdre.

---

<sup>1</sup> Mme Beban a changé d'emploi entre le moment du questionnaire et celui de l'entretien.

*Il m'a semblé que pour Mme Beban, cet entretien était une occasion de faire une sorte de bilan, et de formuler clairement pour elle-même certains choix, comme celui de "rester dans la précarité" tant qu'elle n'aura pas trouvé un emploi qui lui convienne.*

## M. Blagnac

31 ans - Célibataire - En formation

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

M. Blagnac vit chez ses parents, dans une maison dont ils sont propriétaires. Tous deux sont retraités : sa mère était infirmière, son père mécanicien à l'Aérospatiale. Il a une sœur plus jeune de 8 ans qui est coiffeuse salariée.

Après une Terminale A2 et un échec au Bac, M. Blagnac décide d'arrêter sa scolarité. Il fait des "petits boulots" en intérim pendant 1 an (manutention), puis effectue son service militaire.

Par la suite, après une formation de 3 mois comme maître-chien à Bordeaux, il travaille comme vigile pendant 5 ans pour diverses sociétés de gardiennage à Toulouse et un peu à Bordeaux. Son dernier emploi était un CDI, qu'il a perdu à la suite d'un licenciement ("j'ai compris que dans le gardiennage, 2 ans c'était le maximum"). Ce métier ne lui plaisait pas (il imaginait pouvoir davantage développer le versant éducation canine), il décide de se réorienter. Après une période de chômage d'environ 2 ans dont il a profité pour "faire de la musique", il effectue une capacité en droit, puis travaille pendant 1 an comme secrétaire comptable (CDD). Puis il continue à se former en cours du soir : M. Blagnac suit actuellement un DUT de gestion des entreprises et des administrations et un BTS d'informatique. Le cumul des deux étant "un peu dur", il pense abandonner provisoirement le BTS. Il perçoit le RMI depuis un an. Il s'apprête à commencer un CES de 6 mois comme secrétaire dans une école de gestion. Ce CES lui a été "imposé" par son interlocutrice de l'ANPE. Il n'en attend pas grand-chose, sinon de découvrir le fonctionnement informatique de la base de données de l'Éducation nationale, et peut-être de "me faire connaître des entreprises qui cherchent des contacts ou des choses comme ça".

M. Blagnac ne sait pas encore ce qu'il fera après obtention de ses diplômes : il hésite entre la poursuite d'études de gestion ou le retour à la vie active. Il se dit plus "sûr de lui" qu'auparavant, et pense qu'il a réalisé un "changement de personnalité" ("moins timide") qui lui permettra de trouver un emploi plus facilement. Son plus grand souhait pour l'avenir serait de trouver un emploi de "secrétaire comptable ou un truc comme ça", en CDI, et de quitter la maison de ses parents pour s'installer dans un appartement.

Sur le plan de la santé, M. Blagnac ne mentionne aucun problème ni aucune préoccupation, ni actuelle ni passée. Il n'a pas consulté de médecin depuis son service militaire. Il dit seulement essayer de "maîtriser son poids" avec une "alimentation équilibrée" et faire "un peu de muscu vite fait", "juste pour être un peu en forme" et "pour être bien en conduisant la moto". Car M. Blagnac a une "vraie passion", la moto, qu'il pratique tous les week-ends, seul, une balade rituelle qui signe la fin de la semaine.

*M. Blagnac a montré beaucoup de "bonne volonté" pendant l'entretien, cherchant à être le plus clair possible dans la reconstitution de son parcours professionnel. Il s'est exprimé avec un grand calme (laissant seulement poindre un peu de colère et d'amertume lorsqu'il me raconte ses*



*rapports avec l'ANPE ou d'autres organismes auxquels il a eu affaire et qui l'ont "arnaqué"). Le calme a touché au laconisme sur les questions de santé.*

## Mme Blondel

50 ans - Divorcée, célibataire - Cadre en ressources humaines (CDD)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Mme Blondel est issue d'une famille d'agriculteurs du Tarn-et-Garonne, dernière-née après 6 frères et sœurs.

Après son bac, elle obtient un BTS en secrétariat direction et commence une licence en droit qu'elle choisit d'arrêter pour "entrer dans la vie active".

Elle intègre alors une entreprise régionale de grande distribution, où elle restera 18 ans en tout, occupant des fonctions diverses. D'abord engagée comme secrétaire de direction à Agen, elle devient responsable des caisses pour le magasin d'Albi. Elle souhaite ensuite revenir sur Agen, car elle s'est mariée et son conjoint y habite. Elle devient alors assistante de direction, puis responsable de la formation des caissières, puis responsable de l'ensemble de la formation continue (avec des déplacements dans tout le Sud-Ouest). Elle est ensuite responsable de la communication interne de l'entreprise, puis de la communication avec les actionnaires au moment où l'entreprise est l'objet d'une OPA de la part du groupe Casino. Elle effectue parallèlement un travail juridique sur les statuts de l'entreprise nouvellement restructurée, puis prend en charge la gestion de la cellule de reclassement dans le cadre du plan social.

A ce moment-là, elle préfère quitter l'entreprise plutôt que d'intégrer le groupe Casino, qu'elle perçoit comme "trop gros", trop hiérarchisé et laissant trop peu de place à l'initiative, contrairement au fonctionnement antérieur de l'entreprise qu'elle qualifie de "familiale". Ce départ volontaire coïncide avec son divorce, ce qu'elle perçoit aujourd'hui comme une chance : n'ayant pas eu d'enfant, elle était "totalement disponible", prête à changer et à se lancer dans quelque chose de nouveau.

Elle travaille alors avec un cabinet d'outplacement et commence par chercher un poste de responsable du personnel, qu'elle ne trouve pas. Elle envisage alors d'élargir son expérience des ressources humaines au domaine du travail temporaire, mais elle se heurte au refus des entreprises d'intérim qui demandent une formation commerciale qu'elle n'a pas. Après beaucoup d'insistance, elle se voit proposer par une grande enseigne de travail temporaire la co-direction d'une agence d'intérim toulousaine en déroute, à charge pour elle d'éviter la fermeture définitive. Mais c'est un échec et l'agence ferme 7 mois plus tard. On lui propose alors un reclassement dans le groupe, mais comme Mme Blondel avait entre temps continué ses démarches de recherche d'emploi, elle a d'autres propositions et choisit d'intégrer une autre enseigne de travail temporaire, pour laquelle elle devient responsable d'agence à Pau pendant 3 ans. Bien qu'elle estime avoir redressé la situation de cette agence et remotivé une équipe "sinistrée", elle est licenciée en 1995.

Durant les 6 mois suivants, elle entame des démarches pour devenir directrice d'une maison de retraite, car elle pense qu'elle trouvera des débouchés professionnels dans ce domaine. Mais ce projet est interrompu par une proposition d'emploi venant, par le biais de contacts qu'elle avait gardés avec le cabinet d'outplacement, d'une grande entreprise de télécommunications. Elle accepte cette offre, et est engagée pour une durée de 18 mois dans le but de gérer un plan social.

Elle estime avoir pleinement réussi cette mission (très peu de personnes non reclassées). L'entreprise lui propose alors un nouveau CDD d'un an, cette fois pour créer et gérer une "cellule évolution", ce qui consiste à renseigner et aider les salariés dans leur mobilité interne et externe à l'entreprise. Mme Blondel explique la difficulté de sa position dans l'entreprise : d'abord perçue comme celle qui "vire les gens" dans le cadre du plan social, elle doit, dans sa nouvelle fonction, regagner confiance et crédibilité auprès des salariés, ce qu'elle pense être en train de réussir. Au moment de l'entretien, son contrat s'achève dans 3 mois, mais elle sait déjà qu'il sera renouvelé (sans connaître la durée du renouvellement). Par ailleurs, elle sait (officieusement) qu'un autre plan social est prévu. Elle pense donc rester dans l'entreprise encore au moins un an. Elle estime qu'elle "aurait dû" déjà s'occuper de son avenir au-delà de cette échéance, mais qu'elle "se laisse vivre", sans trop d'inquiétude. Son souhait à plus long terme serait d'être consultante en ressources humaines, en travaillant en temps partiel, ce qui lui permettrait de "profiter de la vie" plus qu'elle ne l'a fait jusqu'ici, puisque "le domaine professionnel a toujours été une priorité". Plus généralement, ce qu'elle désire le plus pour son avenir est de partager sa vie avec quelqu'un.

Sur le plan de la santé, Mme Blondel estime avoir la "chance" d'être en "excellente santé", d'être "équilibrée naturellement", au plan physique comme au plan psychologique. Elle cite seulement trois épisodes de maladie : le premier après la mort de ses parents (elle avait 24 ans), le deuxième au moment de son divorce et de son départ de l'entreprise, et le troisième après son licenciement. Ces événements se sont traduits pour elle par des insomnies, de l'herpès, "une espèce de virus", des nodules à la thyroïde... Elle établit un lien très clair entre ces événements et les problèmes de santé qui, pour elle, en sont la conséquence directe. Elle mentionne par ailleurs une hystérectomie récente, qu'elle rapporte aux "problèmes liés à l'approche de la cinquantaine" que "tout le monde" connaît.

Dans le domaine professionnel comme en matière de santé, Mme Blondel insiste toujours beaucoup sur l'importance de l'entourage relationnel, à la fois comme ressource (utilisation très maîtrisée du carnet d'adresses professionnel) et comme soutien moral.

*Mme Blondel s'exprime très clairement et posément. Très maîtresse d'elle-même, elle a pendant l'entretien une attitude que l'on pourrait qualifier de "professionnelle", attentive à garder le fil de ses propos, à se faire comprendre, à ne pas sortir de ce qu'elle pense être l'objet de l'entretien (le fait que l'entretien ait eu lieu à son bureau a peut-être contribué à cela). Elle donne l'impression générale de quelqu'un de posé et de volontaire, qui semble avoir presque toujours eu le contrôle de son parcours (au moins professionnel), avec une grande capacité à "rebondir" après un échec.*

## M. Bois

38 ans - Marié - Vendeur dans un magasin de bois et bricolage (CDI)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

M. Bois est originaire de Toulouse. Son père est décédé quand il avait 12 ans. Il a été élevé par sa mère, employée administrative dans une clinique, avec sa demi-sœur qui habite à Toulouse aujourd'hui. Il a également deux demi-frères et une autre demi-sœur avec qui il a peu de contacts.

Après un Bac B, M. Bois effectue quelques mois de DEUG d'AES, mais il abandonne rapidement ("je suivais rien, j'ai décidé que c'était pas la peine que je continue") et travaille alors 6 mois comme plongeur dans un restaurant. Par le biais d'un ami, il entre ensuite en 1982 à P., chaîne de magasins de menuiserie, où il travaille encore au moment de l'entretien.

M. Bois s'est marié en 1987. Son épouse est professeure de gymnastique. Ils ont eu 3 filles (nées en 1987, 1995 et 1998). La deuxième est atteinte d'une leucémie, qui a été diagnostiquée alors qu'elle avait 3 ans. Après une chimiothérapie, elle est actuellement en rémission, mais il faut encore attendre environ 5 ans pour parler de guérison. La troisième fille, née juste après le diagnostic de la leucémie, est trisomique et demande une forte présence de ses parents.

Le couple habite d'abord dans un appartement en centre-ville, puis déménage à l'extérieur de Toulouse après la naissance du premier enfant. Ils vendent ensuite la maison qu'ils avaient achetée pour faire construire, et habitent actuellement dans la maison des parents de Mme Bois (ceux-ci étant souvent en voyage), en attendant que les travaux soient finis.

Au sein de P., M. Bois a successivement "tout fait" : d'abord magasinier, "après j'étais responsable des autres vendeurs, bon après j'étais un peu le second chef du dépôt", puis il redevient vendeur à l'arrivée du dernier chef de dépôt (qui change tous les 5 ans). Les relations avec ce nouveau chef ont été très difficiles pour M. Bois. Cette personne a eu envers lui (et d'autres) un comportement agressif : "on se sentait... comme si on était des voleurs", "il me descend, comme ça, devant des personnes...". M. Bois dit avoir été pendant environ 3 ans très affecté par cette relation conflictuelle : "déstabilisé complet, se dire : je sais plus travailler, je sais plus... il a peut-être raison en fait, j'ai jamais su...". En essayant de prendre du recul, et en en parlant avec son épouse, M. Bois a réussi à "faire le vide" : "j'ai dit stop, et puis après j'ai essayé de faire autrement. (...) Donc après j'ai laissé filer, et bon... ça s'est calmé, et maintenant ça va". M. Bois pense que le comportement de ce responsable était une tentative pour le faire partir : les salariés les plus anciens (dont il fait partie) ont aussi les plus hauts salaires, et M. Bois pense que son départ permettrait à la direction "d'avoir un 'gros' salaire en moins, et puis de... de pouvoir faire rentrer quelqu'un de plus bas salaire, et de le former à sa façon". D'ailleurs M. Bois est régulièrement encouragé à "évoluer", à "aller ailleurs", à "continuer sa progression" en quittant le magasin, ce qu'il n'envisage pas pour l'instant.

Aujourd'hui, M. Bois dit avoir "plaisir à aller travailler". L'ambiance avec les collègues est "sympa", et il aime "le contact avec la clientèle" (même s'il dit aussi que "plus ça va, plus ça devient... Il faut toujours être à leur merci"). Cependant, il estime que le conflit avec son chef "a contribué au fait que j'ai plus trop envie d'aller... de rester dans cette boîte". Entre cela et le fait

que depuis 5 ans, il n' "évolue plus" dans sa profession, M. Bois considère aujourd'hui son travail comme un "un gagne-pain" : "avant j'étais dans le système monter, devenir responsable du bureau, tout ça... Et maintenant, bon, ça m'intéresse plus. Le travail en général quoi, ça m'intéresse plus". M. Bois souhaiterait au contraire travailler moins, pour consacrer davantage de temps à sa vie familiale. "Y'a des gens qui adorent le travail et qui passent leurs loisirs au travail, ben moi, je peux pas", "je me mettrais bien femme au foyer !". Il serait tout à fait prêt à gagner moins en travaillant moins, mais cette solution n'est pas envisagée pour l'instant par la direction du magasin. A la suite de la mise en place des 35 heures, il a davantage de disponibilité, mais toujours en semaine, ce qui ne lui convient pas.

Il envisage de chercher un autre emploi qui lui laisse plus de temps libre après l'emménagement dans leur nouvelle maison. Il n'a "aucune idée" de ce que cela pourrait être. Il n'est pas opposé à l'idée de reprendre des études, mais il estime que cela serait difficile à concilier avec sa vie familiale (l'année précédent l'entretien il a commencé, puis abandonné, un BTS de comptabilité et gestion par correspondance).

La vie quotidienne est extrêmement organisée, M. et Mme Bois se répartissent l'ensemble des tâches domestiques et des activités liées aux enfants, et n'ont que très peu de temps libre : "c'est bien d'avoir une activité professionnelle pour tout le monde, mais c'est vrai qu'au bout d'un moment on peut plus quoi, ça déborde", "y'a toujours quelque chose pour l'instant qui fait qu'on n'a pas 5 minutes pour souffler un petit peu. Donc c'est vrai qu'à force, entre le travail, tout ça, ça met sur les nerfs". M. Bois arrive tout de même à avoir quelques loisirs (pêche, volley-ball avec des collègues de travail).

En ce qui concerne sa santé personnelle, M. Bois s'estime en "bonne santé" : "physiquement je pense que ça va, c'est peut-être des fois psychologiquement, quand je m'énerve, quand je stresse un peu trop, je sens que ça va pas bien". "J'ai eu des petits soucis, des calculs rénaux, des... qui sont peut-être liés aussi des fois, enfin on sait pas trop, mais à des réactions émotives ou d'énerverment, des trucs comme ça". A la suite de ces problèmes rénaux M. Bois a dû faire "plein d'exams", mais déclare qu'il les a fait "pour faire plaisir au docteur, mais moi, personnellement...". Il met à distance les préoccupations de santé : "j'ai pas envie d'avoir des contraintes pour ma santé. J'ai pas envie de savoir que par exemple j'ai du diabète, du cholestérol, qu'il faut que je fasse tel régime, tel machin, non", "il faut vraiment que je sois très malade pour aller voir le docteur".

La vision de l'avenir est surtout occupée pour M. Bois par l'évolution de la maladie de sa deuxième fille, et par les possibilités qui s'offriront à la troisième et les choix qui devront être faits. M. Bois préférerait, par exemple, ne pas la placer en institution, ce qui supposerait qu'il puisse dégager du temps pour s'occuper d'elle.

## Mme Brax

47 ans - Mariée - Opératrice en PAO (CDD)

- Précarité selon le médecin du travail : *"Séquelle accident du travail importante"*
- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"Mauvais, car au-delà des séquelles AT, problème relationnel ++ avec nouvel employeur"*

Mme Brax est née à Toulouse en 1953. Ses parents divorcent lorsqu'elle a 2 ans. Son père, d'origine basque espagnol, est employé au Ministère de l'armement, et sa mère encadre des travailleurs handicapés dans une imprimerie. Elle est élevée par sa mère en compagnie de son frère (aujourd'hui ingénieur en électronique) et de sa sœur (employée à la mairie de Toulouse).

Après un BEP-CAP d'électronique, Mme Brax suit pendant 2 ans une formation en comptabilité. Ne trouvant pas de travail, elle entre en 1975 comme claviste dans l'imprimerie où travaille sa mère. Elle se marie en 1974 et une fille naît 2 ans après. Le mari de Mme Brax, également d'origine espagnole, est rectifieur (ouvrier hautement qualifié) dans "une bonne société, lui il est très bien là où il est". Le couple s'installe dans une maison à Brax (Ariège). Mme Brax arrête de travailler pendant 2 ans, et reprend ensuite une activité à mi-temps, toujours dans cette imprimerie ("ça me plaît, le monde de l'imprimerie c'est bien, c'est une solidarité").

En 1984, alors qu'elle travaillait dans le laboratoire de photo, elle glisse sur un morceau de film mouillé et tombe en heurtant son bras gauche. 15 jours après se déclare une paralysie de la main. Mme Brax est ensuite opérée d'un nerf du bras (au niveau du coude), mais cette opération échoue, et jusqu'en 1999 Mme Brax subira 12 opérations. Pendant toute cette période elle ne retravaille pas, et est très gênée dans la vie quotidienne. En 1996, elle suit une procédure de reconversion comme travailleuse handicapée et se trouve des formations en infographie.

Elle trouve en mai 1999 un emploi dans une entreprise de reprographie, avec l'espoir d'effectuer un travail de PAO correspondant à sa formation. Elle effectue d'abord 2 mois de stage, puis signe ensuite un CDD de 12 mois qui doit s'achever 4 mois après l'entretien. Très rapidement il s'avère que son employeur n'a pas l'intention de tenir compte de son statut de travailleuse handicapée, qui lui interdit notamment de porter des charges lourdes (risque de paralysie définitive du bras). L'employeur de Mme Brax touche des sommes importantes de l'AGEFIPH pour équiper son poste de travail avec un ordinateur adapté (à la fois à son bras et à sa vue qui a baissé à la suite des anesthésies répétées) et un siège ergonomique, mais ces achats profitent à l'un des cadres de l'entreprise et non à Mme Brax. Elle alterne entre des travaux de saisie et de PAO, ces derniers l'obligeant à porter du poids (plans à numériser). En janvier 2000 elle est envoyée en déplacement à Besançon, mission pour laquelle elle est obligée d'avancer de sa poche la plupart des frais (hébergement, essence pour la voiture de location, restauration...). De plus, ce déplacement a été effectué pendant son temps de congé et ne lui a pas été payé. Mme Brax précise que c'est une pratique courante dans cette entreprise, qui d'après sa description fonctionne dans une ambiance déplorable, sous la houlette d'une directrice "odieuse", et où "tout le monde a droit à des réflexions" ("pour eux on est des esclaves, on est des larbins"). Mme Brax signale que plusieurs personnes ont démissionné depuis qu'elle y travaille.

Après le déplacement à Besançon, à la suite d'une altercation avec la directrice (qui lui imposait de numériser à nouveau des plans, ce que Mme Brax a refusé de faire), Mme Brax s'arrête pendant 1 mois et demi pour maladie. A son retour, elle constate qu'on ne lui donne plus que des

travaux de saisie ("je fais vraiment le travail le plus bas de l'échelle"), mais elle déclare s'en "moquer" : son but désormais est de tenir jusqu'à la fin de son CDD et de faire aboutir une procédure auprès de l'Inspection du travail, moins pour elle-même que pour ses collègues avec qui elle est "très solidaire". "Si je me bats maintenant, c'est pas pour moi, ce sera pour les autres, je veux que l'Inspection s'en mêle, que ce soit fait dans les règles, parce qu'on est toutes dans le même cas", "je le fais pour mes copines maintenant". Elle estime avoir atteint le "point de non-retour" et n'avoir plus rien à perdre : étant donné qu'elle travaille par choix, pour son "équilibre personnel" et pour son "indépendance", Mme Brax s'estime plus libre que ses collègues pour "tenir tête" à son employeur. Elle a par ailleurs déjà eu plusieurs contacts pour des emplois ultérieurs, en PAO. Elle se dit confiante et ne doute pas qu'elle retrouvera du travail, de préférence dans l'imprimerie mais "même standardiste, ça me serait égal. N'importe quoi du moment que je ne porte pas du poids".

Lors de sa dernière opération du bras, on a gainé de plastique le nerf qui pose problème. Depuis, Mme Brax peut éviter la paralysie en "grattant mon petit plastique que j'ai au coude". La gêne reste importante pour effectuer des gestes quotidiens (tenir un stylo, un verre...), mais Mme Brax refuse désormais toute opération supplémentaire, affirmant avoir "appris à vivre avec le handicap". Par ailleurs, Mme Brax est suivie par un médecin généraliste depuis 27 ans. Elle le consulte "dès qu'il y a quelque chose", mais précise qu'à part les séquelles de son accident de travail elle "va très bien".

Pendant leurs temps de congés, M. et Mme Brax voyagent beaucoup, et ont l'intention d'acheter un camping-car pour leur retraite. Le couple a récemment vendu la maison qu'ils habitaient pour devenir locataires d'un appartement, mais ont conservé une maison de vacances au bord de la mer où ils se rendent fréquemment.

La fille de Mme Brax a quitté le foyer parental pour vivre avec son ami chez la mère de Mme Brax (le mari de Mme Brax s'opposant à ce que le couple vivent chez eux). Depuis 2 ans, M. et Mme Brax n'ont pas vu leur fille, à cause d'un conflit qui les oppose : à la suite du décès des parents de M. Brax, celui-ci a hérité d'une très forte somme d'argent. Il semblerait que la mère de Mme Brax aurait alors poussé sa petite-fille à réclamer une pension alimentaire à ses parents, alors que Mme Brax insiste sur le fait qu'elle donnait régulièrement de l'argent à la fois à sa fille et à sa mère. Un procès est en cours. Mme Brax est moins inflexible que son mari à l'idée d'une possible réconciliation, mais elle estime que c'est à sa fille de "faire le premier pas" et de "venir demander pardon". Elle met en avant l'entente avec son mari, qui a résisté au conflit avec leur fille, et qu'elle souhaite préserver avant tout. Plus généralement, le souhait d'avenir de Mme Brax est "d'être tranquille. D'avoir la paix", "j'ai pas envie de me torturer l'esprit".

Mme Brax se décrit comme ayant un "fort caractère", "très têtue", n'étant "pas du genre à se laisser faire" ("c'est pour ça qu'au boulot il va pas me faire plier"). Elle dit avoir "toujours voulu tout faire toute seule" (par exemple trouver des formations en DAO et PAO, ou continuer à tenir son ménage sans aucune aide même lorsqu'elle était très handicapée par son bras).

*Mme Brax est d'apparence très dynamique et volontaire. Elle est très bavarde pendant l'entretien, surtout en ce qui concerne son emploi actuel et tous les problèmes relationnels que les salariés ont avec le directeur et la directrice.*

## Mme Chafi

32 ans - Célibataire - Caissière dans une station-service (CDI)

- Précarité selon le médecin du travail : *"Elle sort d'une période de chômage prolongé"*
- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"Elle a abandonné le projet de cure thermale pendant 1 mois car elle est récemment embauchée. 'Le travail passe avant la santé', par conséquent, comme c'est souvent le cas"*

Mme Chafi est née à Toulouse, de parents immigrés de Tunisie. Elle est la troisième de quatre filles. Son père a travaillé comme contremaître dans une entreprise d'élévatique, et sa mère comme employée à la mairie de B. (aujourd'hui retraités). Actuellement, tous habitent dans la même commune de B.

Elle est orientée après la classe de 3<sup>e</sup> vers un BEP comptabilité, qui ne lui plaît pas du tout. Elle effectue ensuite 1 an de CAP secrétariat, qu'elle abandonne lorsqu'elle apprend qu'elle est enceinte. Elle travaille alors quelques mois comme caissière en grande surface, pour "adoucir" la nouvelle de sa grossesse vis-à-vis de ses parents. Elle a alors 18 ans. Peu après la naissance de sa fille, Mme Chafi se met en couple avec un homme qui se trouve être le frère du père de l'enfant, et qui travaille parfois comme ouvrier dans le bâtiment. Elle passera 8 ans avec cet homme violent et alcoolique, mais qu'elle n'envisage pas de quitter. Habitant toujours chez ses parents dans un premier temps, elle quitte leur domicile à la suite d'un désaccord au sujet de son conjoint. Le couple et l'enfant vivent alors pendant plusieurs mois sans domicile (dans leur voiture), jusqu'à ce que Mme Chafi trouve un emploi de secrétaire à la mairie de B. où elle reste 1 an. Après cet emploi, Mme Chafi travaille pendant 3 ans en "petits boulots" : ménage chez des particuliers et en entreprises, récolte du maïs, intérim en usine... Elle envisage de passer le concours d'entrée à l'école d'aide-soignante (ce que fait l'une de ses sœurs), mais abandonne car elle ne se sent plus du tout capable de reprendre des études. La séparation d'avec son conjoint intervient après une dispute très violente qui se termine par une tentative de suicide de Mme Chafi. Elle est alors internée 3 semaines en psychiatrie.

A la suite de cet événement, Mme Chafi est aidée par sa famille : sa sœur habite avec elle pendant quelque temps, puis elle retourne chez ses parents, pour finalement emménager dans son logement actuel que ses parents ont acheté.

Mme Chafi reste ensuite plusieurs années au chômage et au RMI. Elle a un deuxième enfant en 1997, d'un homme très jeune avec qui elle ne souhaite pas vivre.

Elle trouve en 1999, par une candidature spontanée, son emploi actuel : caissière dans une station-service, à mi-temps, en CDI. Cet emploi lui convient très bien : horaires malléables (elle peut s'arranger avec les autres employées), bonnes relations avec ses collègues de travail, pas de "chef sur le dos".

Mme Chafi perçoit encore pour 3 mois une allocation liée à son deuxième enfant, mais elle sait que par la suite elle devra trouver un complément de salaire. Elle ne veut pas quitter son emploi actuel, le problème pour elle est donc de trouver un/des emploi(s) compatible(s) avec ses horaires actuels (qui changent d'une semaine sur l'autre).

Mme Chafi est très proche de ses parents et de ses sœurs. Elle a également gardé des contacts avec son premier conjoint.



Mme Chafi déclare avoir depuis l'adolescence des tendances "boulimiques" (elle mangeait en cachette de ses parents). Elle a commencé à développer un diabète pendant sa période de chômage, qu'elle passait "du canapé au frigo et du frigo au canapé". Elle suit un traitement pour ce diabète, ainsi qu'un autre pour la circulation sanguine. Elle prend par ailleurs depuis 3 ans un antidépresseur, qu'elle ne se sent "pas prête" à arrêter pour l'instant (de même que le tabac). Elle suit également une psychothérapie au rythme d'une séance par semaine. Mme Chafi estime qu'elle a "12 ans d'âge mental", elle se juge peu responsable : "je joue au gosse". Elle est cependant décidée à "reprendre le contrôle", avec l'aide de son psychothérapeute, et à sortir d'une logique auto-destructrice (incluant des auto-mutilations physiques).

Au moment où elle a trouvé son emploi actuel, Mme Chafi devait aller pendant 1 mois en cure thermale afin de stabiliser son diabète. Ce projet a été repoussé, mais elle espère pouvoir faire cette cure bientôt, car elle ressent de plus en plus fortement les malaises physiques et la fatigue liés à la maladie.

Le souhait de Mme Chafi pour l'avenir serait de trouver un revenu complémentaire, mais avec un travail "pas trop fatigant", et éventuellement de pouvoir s'installer dans une maison à la campagne.

*L'entretien avec Mme Chafi s'est très vite installé dans une "ambiance" de confiance. Souvent ironique et pratiquant l'autodérision, Mme Chafi m'a semblé heureuse de partager avec moi un moment de connivence amicale. Malgré ses difficultés sur le plan psychologique, Mme Chafi paraît décidée à prendre en main son avenir, tant dans le domaine professionnel qu'en matière de santé.*

## Mme Damo

31 ans - Célibataire - Sans emploi, enceinte

- Précarité selon le médecin du travail<sup>1</sup> : *"Conflit avec précédent employeur, chômage, n'a pas retrouvé un travail équivalent à ce qu'elle faisait et qui lui plaisait"*

- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"Plus ou moins bon, n'aime pas ce travail, manque de qualification pour faire ce qu'elle désire. Compensation dans d'autres domaines (cigarettes...)"*

Mme Damo est née à Cavaillon. Elle passe toute son enfance dans des sanatoriums à la montagne pour soigner son asthme. Vers l'âge de 12 ans elle retourne vivre avec sa mère, sa sœur et son beau-père (ses parents ont divorcé quand elle était très petite). Sa mère, ancienne femme de ménage dans une entreprise, est en invalidité. Son beau-père est manutentionnaire sur des marchés. Son père, alcoolique, qu'elle voit de temps en temps, est employé de mairie. Mais la cohabitation se passe mal, surtout avec le beau-père, et Mme Damo est placée dans un foyer à Toulouse à l'âge de 16 ans. Elle obtient un CAP d'agent de collectivité.

De 18 à 27 ans, elle effectue un grand nombre de "petits boulots" divers (restauration, nettoyage, vente, déclarés ou non), en quittant les emplois dès qu'elle en avait "marre" ou estimait être "exploitée". Elle connaît également des périodes de chômage et de RMI. Parallèlement, elle vit plusieurs années avec un homme "qui m'a fait voir les pires galères, qui m'a foutu des dettes, qui m'a volée, qui m'a tout fait". Au cours de cette période Mme Damo dit avoir connu "beaucoup beaucoup de problèmes financiers" (notamment un procès - qu'elle perd - avec le propriétaire de son appartement) et avoir "sombé dans l'alcool". Sa mère lui vient en aide financièrement.

A partir de 1997 sa situation semble se stabiliser : elle travaille dans un restaurant, où elle restera 3 ans, en travaillant presque sans aucun jour de repos. Cette situation s'achève sur un conflit avec son employeur au moment du dépôt de bilan de l'entreprise : elle parle à la fois de "harcèlement moral" et de "licenciement abusif", pour lequel elle a gagné un procès, mais l'employeur ayant fait appel, la procédure est encore en cours. Elle vit en tout cas très mal le fait d'être "jetée comme ça au bout de 3 ans de travail".

Elle travaille ensuite pour des sociétés de nettoyage pendant quelques mois, 3 ou 4 heures par jour, d'abord sur des chantiers, mais la poussière réactive son asthme, puis dans des bureaux.

En juillet 2000 elle provoque par accident la mort de sa chienne, ce qui est pour elle un traumatisme majeur : "j'ai fait une grosse dépression nerveuse, je mangeais plus, j'arrêtais pas de pleurer, je fumais toute la nuit, j'étais dans les pires de mes états quoi, j'ai perdu 7 kilos", "je m'en voudrai toute ma vie". Environ 2 mois après cet événement, elle apprend qu'elle est enceinte. Elle souhaitait avoir un enfant depuis plus d'un an, elle avait même consulté un médecin qui n'avait pas diagnostiqué d'infertilité organique. "C'est dans les pires moments que j'ai eus en l'espace de 3 mois qu'il m'est arrivé. Il est arrivé, j'y pensais même plus". Le père de l'enfant est un homme marié qui "ne peut pas s'en occuper", ce qui semble convenir à Mme Damo. Elle souhaite en effet élever son enfant seule, "tranquillement".

<sup>1</sup> La visite en médecine du travail a été effectuée à l'occasion de l'un des emplois en société de nettoyage.

Quelques semaines avant l'entretien, on a diagnostiqué des troubles cardiaques chez le bébé. Mme Damo (enceinte de 6 mois et demi) doit donc être suivie très régulièrement. Elle a une totale confiance dans les médecins de l'hôpital ("on est en de bonnes mains") et a une relation forte avec la sage-femme qui la suit et qu'elle a choisie pour son caractère "dur", qui "me secoue". Elle essaie de faire plus attention à son alimentation, de "manger plus sain", pour elle et pour le bébé.

Mme Damo envisage, après la naissance du bébé, de retrouver une activité professionnelle, éventuellement à temps plein et en CDI "mais il faudrait vraiment que l'emploi me plaise". Son "rêve" serait de travailler "dans une collectivité", par exemple d'être aide-soignante à l'hôpital, mais elle a abandonné cette idée après avoir passé quelques tests auxquels elle a échoué parce qu' "au niveau intellectuel j'avais pas les capacités".

Mme Damo habite depuis 5 ans dans un HLM. L'appartement lui plaît, mais pas le quartier où il y a "beaucoup beaucoup d'Arabes malheureusement" et où elle trouve qu'on "vit mal". Elle perçoit cet environnement "dégueulasse, pourri" comme une menace potentielle pour son enfant, et espère pouvoir habiter plus tard ailleurs que dans "des quartiers défavorisés où y'a tous les ratons du coin".

Elle a renoué d'assez bonnes relations avec sa mère (mais a par contre très peu de contacts avec sa sœur qui habite à Nîmes), et dit avoir à Toulouse quelques amis sur qui elle peut compter.

Mme Damo se définit à plusieurs reprises comme "caractérielle" ("je prends pas sur moi, j'explose !"), notamment dans ses rapports avec les employeurs : elle estime connaître les lois et dit ne pas accepter d'être "exploitée" ("à force de faire le poireau eh ben on devient exigeant"). Elle se définit également comme "vaillante", "bosseuse", et affirme que "c'est le travail qui m'a toujours sauvée de mes galères".

*Le parcours de Mme Damo, surtout avant 1997, n'est pas facile à reconstituer. Visiblement elle ne souhaite pas revenir sur une assez longue période au cours de laquelle elle semble avoir accumulé des problèmes d'argent, d'alcool et de démêlés juridiques. Elle en vient très vite à l'épisode de la mort de sa chienne, suivi de l'arrivée du bébé. Mme Damo se montre peu encline à la confidence introspective, me prenant plutôt à témoin pour exprimer, sous une forme souvent archétypique, un rapport au monde (au monde du travail en particulier) essentiellement conflictuel.*

**Mme Delache**  
**35 ans - Mariée - Chef de projet (CDD)**

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Mme Delache, née en 1968, est originaire de Paris où elle vit jusqu'à 22 ans. Après une maîtrise de gestion obtenue en 1987, elle travaille pendant 1 an comme vendeuse au sein d'une multinationale de produits céréaliers, où elle rencontre son mari. Celui-ci est également vendeur, mais habite à Toulouse. Pendant les 18 mois suivants Mme Delache le rejoint tous les week-ends. Elle a quitté cette entreprise ("la vente c'était pas ma tasse de thé") et exerce ensuite un emploi de chargée d'études dans une entreprise de télémarketing. Elle finit par emménager à Toulouse en 1990. Ils se marient en 1992. A son arrivée elle travaille 6 mois comme attachée de recherche dans un cabinet de recrutement ("chasseuse de têtes"). Le travail ne lui plaît pas réellement et elle trouve rapidement un poste à Assur (grand groupe d'assurances) où elle restera 10 ans, en évoluant dans l'entreprise et en suivant régulièrement des formations complémentaires.

Pendant les dernières années, elle travaille à moitié à Toulouse et à moitié à Bordeaux. Puis, dans le contexte d'une restructuration de l'entreprise, son poste est déplacé à temps plein à Bordeaux. La question d'un déménagement se pose alors pour le couple pendant quelques mois, mais ils choisissent de rester à Toulouse où ils viennent d'acheter une maison. Mme Delache négocie un licenciement avec des indemnités conséquentes et une prise en charge par un cabinet d'outplacement. Elle reste alors 6 mois sans rechercher d'emploi, profitant de l'été pour passer du temps avec ses 3 enfants, nés en 1992, 1994 et 1998. Mme Delache précise qu'elle "aurait pu ne pas retravailler", mais qu'elle le désirait "pour des raisons plus intellectuelles que financières". Entre temps, son mari est devenu directeur national des ventes dans son entreprise. Il travaille à Paris plusieurs jours par semaine et effectue les trajets en avion.

A la rentrée 2000, sur les conseils du cabinet d'outplacement, elle s'inscrit dans une agence d'intérim et trouve rapidement une mission de chef de projet à France Télécom (où elle rencontre d'ailleurs Mme Mermoz). Au bout de 2 mois comme intérimaire elle demande une renégociation du contrat et du salaire, et obtient gain de cause en étant désormais salariée directement par France Télécom, en CDD, jusqu'en décembre 2001 (l'entretien a lieu en avril). Le travail lui plaît : "le boulot est intellectuellement intéressant, c'est varié, j'ai des contacts avec les gens, je me déplace, tout ce qui me va bien, et sans avoir de management...". Ses horaires sont beaucoup plus agréables qu'auparavant et lui permettent de "tout combiner sans courir tout le temps".

Mme Delache souligne que "paradoxalement", elle ressent moins la précarité maintenant que dans les derniers mois de son travail à Assur où l'indécision sur le départ à Bordeaux faisait "qu'on vivait quasiment au mois le mois". "Là à la limite j'ai l'impression d'avoir enfin 9 mois de vision devant moi". De plus, elle estime qu'il est fort probable que son CDD soit renouvelé. Elle envisage donc de "souffler" ("c'est quasiment la première fois que je travaille sans stress") et, en attendant la fin du contrat, de "progresser et monter en compétence dans ce poste-là" tout en profitant du meilleur équilibre avec sa vie familiale. Elle est confiante quant à son avenir professionnel, du moins pendant encore quelques années (car elle pense qu'il lui sera plus difficile de retrouver un emploi à partir de 45 ans).

Sur le plan de la santé, Mme Delache ne signale aucun problème ou événement, pour elle-même ou dans la famille, sauf les bronchiolites à répétition de son dernier enfant. Le couple n'a pas de médecin traitant fixe. "On n'est pas particulièrement malades". Mme Delache mentionne seulement des maux de tête fréquents (dus en partie à une "mauvaise chute" de trampoline dans l'adolescence) pour lesquels elle prend ponctuellement des antalgiques.

Les parents de Mme Delache se sont eux aussi installés dans la région à leur retraite. Son père était ingénieur et a passé toute sa vie professionnelle à Thompson, sa mère était assistante de direction au CNRS. L'un de ses frères est aujourd'hui directeur d'un hôtel de luxe à Lyon, l'autre travaille également dans l'hôtellerie (à l'étranger : Égypte puis peut-être bientôt Émirats Arabes). Sa sœur, qui est restée à Paris, est biochimiste dans un laboratoire pharmaceutique. Outre les liens familiaux qui sont très importants de part et d'autre, le couple fréquente un "noyau d'amis" toulousains.

Mme Delache exprime plusieurs fois au cours de l'entretien son sentiment d'être "privilegiée", d'avoir "de la chance": d'être en couple, d'être en bonne santé, de n'avoir pas connu de chômage subi, d'avoir deux salaires - et des salaires importants qui leur permettent d'avoir un niveau de vie et des loisirs à leur goût. Elle précise en même temps que "ce qu'on a, on l'a gagné". Son souhait pour l'avenir serait que "ça continue comme aujourd'hui".

*Mme Delache s'exprime de façon à la fois naturelle et maîtrisée, laissant paraître peu d'émotivité. Souriante et décontractée, son attitude pendant l'entretien correspond bien à son discours optimiste et confiant.*

**Mme Enzo**  
**26 ans - Mariée - Assistante sociale (CDD)**

- Précarité selon le médecin du travail : *"Renouvellement de CDD sans perspective d'embauche - Emploi à mi-temps"*

- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"Bon car son métier ne présente pas de risques particuliers"*

Originaire de Bordeaux, Mme Enzo y vit durant toute sa scolarité. Fille d'un père informaticien à la Trésorerie Générale, et d'une mère employée dans un centre financier de La Poste, elle a une sœur de 16 ans.

Après un Bac A1, Mme Enzo hésite sur son orientation professionnelle. Elle passe plusieurs concours (infirmière, assistante sociale...) mais n'en obtient aucun, et effectue "en dilettante" une première année en DEUG de psychologie. Elle repasse ensuite des concours, en élargissant le champ géographique, et obtient le concours d'entrée d'une école de travail social à Paris. Elle apprend ensuite qu'elle avait également obtenu l'entrée dans d'autres écoles plus proches de Bordeaux, mais elle avait déjà validé et payé son inscription à Paris.

A Paris, elle vit d'abord 6 mois "difficiles" dans un foyer de jeunes travailleurs, où elle se sent "un peu perdue". Elle loue par la suite un appartement (avec l'aide de ses parents), et finit sa formation de 3 ans. Au cours de la dernière année, elle rencontre son conjoint actuel, David, qui était à ce moment-là commercial pour Michelin. Mme Enzo tombe enceinte juste après l'obtention de son diplôme. Le couple décide de quitter Paris, parce qu'il "était hors de question d'élever un enfant là-bas", et s'installe dans un premier temps à Saint-Gaudens (31) où David est consultant pour une enseigne d'intérim (CDI).

Après la naissance de son fils, Mme Enzo commence une recherche d'emploi qui s'avérera très difficile. Elle envoie des candidatures spontanées "absolument partout", toujours avec des réponses négatives, qu'elle attribue en partie à son manque d'expérience et à son interruption d'un an. Cette période de chômage reste un très mauvais souvenir pour Mme Enzo : "j'avais l'impression de tourner en rond, de pas servir à grand-chose". On propose ensuite à David un poste à Toulouse, qu'ils acceptent. Mme Enzo finit par obtenir un entretien d'embauche. Elle arrive à cet entretien dans un état "désespéré", et plaide sa cause avec tellement de conviction qu'elle obtient le poste : un CDD d'un mois à mi-temps, en remplacement d'une autre assistante sociale en congé maladie, dans une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS). Depuis cette première période, le contrat est renouvelé par périodes de 3 mois. L'assistante sociale que Mme Enzo remplaçait a réintégré la structure, mais en mi-temps thérapeutique. Mme Enzo effectue donc un mi-temps, sauf pendant les périodes plus chargées où elle exerce à plein temps. Mais en réalité, elle effectue de nombreuses heures supplémentaires (récupérées en jours de congé) car sa collègue est très occupée par des activités syndicales, et le partage des tâches entre elles ne se passe pas au mieux. Mme Enzo a continué parallèlement sa recherche d'emploi, sans résultats jusqu'ici.

Au moment de l'entretien, on vient de proposer à David une promotion qui exigerait son départ pour Bordeaux. Ils ont 15 jours pour se décider : Mme Enzo hésite, mais malgré les

avantages qu'il y aurait à partir à Bordeaux, elle penche plutôt pour le "non" (ils viennent d'emménager dans une maison qui leur plaît, ils ont un cercle d'amis à Toulouse...).

En dehors de son travail, Mme Enzo pratique des loisirs artistiques (encadrement, mosaïque, art floral...) et, bien que son métier lui plaise beaucoup, elle n'exclut pas de changer complètement de branche un jour ("j'étais plutôt artiste au départ").

Sur le plan de la santé, Mme Enzo se dit très peu vigilante (beaucoup moins que son conjoint). Elle a eu l'année précédente une pneumopathie qui a entraîné un arrêt de travail de 15 jours (elle a insisté pour que le médecin ne l'arrête pas plus longtemps). Peu de temps avant l'entretien, elle a ressenti une vive douleur "au dos et au cœur", à la suite de laquelle elle a consulté un médecin puis un cardiologue. Elle doit faire des analyses dans les jours qui suivent.

*Mme Enzo a conservé au cours de l'entretien une attitude calme et posée, et volontiers introspective. Elle m'a donné l'impression d'apprécier ce moment de recul et de réflexion sur elle-même.*

## Mme Faya

27 ans - En couple - Agent de service dans une maison de retraite (CDD)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Au moment de l'entretien, Mme Faya travaille depuis 2 mois et demi comme agent de collectivité dans une maison de retraite. Elle prépare, sert et dessert les repas des personnes âgées. Elle travaille 3 jours par semaine, pendant 10 heures d'affilée. Il s'agit d'un contrat valable jusqu'au retour de la personne qu'elle remplace, c'est-à-dire soit 2 mois soit 3 ans, selon que cette personne décide de prendre un congé parental ou non.

Mme Faya vit avec son conjoint et leur fils de 3 ans. Son conjoint, traducteur d'anglais pour une maison d'édition, est actuellement en procès avec son ancien employeur qui a fait faillite. Avant de trouver son emploi actuel, Mme Faya a passé 1 an au chômage. Les 4 années précédentes, elle a travaillé dans diverses structures (maison d'enfants, colonies de vacances...), toujours dans des emplois d'agent de collectivité ou d'agent de service, et toujours en CDD.

De son parcours antérieur, Mme Faya ne dit que très peu de choses : elle commence à travailler dans la restauration dès 16 ans, puis elle commence une préparation au Bac H (informatique) qu'elle abandonne très vite ("bêtise à pas faire"). Elle obtient par la suite un DAEU.

Lorsque je l'interroge sur ses parents, Mme Faya me répond qu'elle ne les connaît pas : "je viens de la DDASS". Elle a un demi-frère avec qui elle n'a plus du tout de contacts. Elle ne souhaite manifestement pas m'en dire plus.

Son entourage proche se constitue des parents de son conjoint (qui aident aussi le couple financièrement), et de quelques amis du couple.

Mme Faya se dit "très faible" : "je suis pas quelqu'un... j'ai pas énormément de punch", "je suis pas très dynamique". Elle est en plus "très fatiguée" par son travail qui la sollicite beaucoup physiquement, mais aussi moralement, car les relations avec ses supérieurs sont très désagréables ("la direction, qui est jamais satisfaite du personnel, c'est des remarques désobligeantes quasiment tous les jours et tout le monde") : "donc ça joue sur mon état... moral, physique aussi, parce que c'est très fatigant, c'est assez ingrat". Elle souffre par ailleurs d'un "déficit en globules blancs" qui accroît la fatigue qu'elle ressent. A cause de cette faiblesse générale, Mme Faya souhaiterait s'orienter vers des emplois moins physiques ("le travail physique c'est... c'est pas trop pour moi je crois. Du moins ce que j'ai fait jusque-là m'a demandé beaucoup beaucoup d'efforts et je suis épuisée"). Elle envisage, si son contrat actuel prend fin prochainement, de faire un BTS de comptabilité. Elle dit être "moins pessimiste" qu'auparavant, mais mentionne ses craintes vis-à-vis de l'avenir ("surtout avec tout ce qui se passe actuellement"). Elle ne veut pas être "trop optimiste" pour ne pas se "faire d'illusions".

*Pendant tout l'entretien Mme Faya s'est exprimée à voix basse, dans une attitude très en retrait. Elle n'a pas montré de réelle "résistance" à l'entretien, mais ne souhaitait visiblement pas parler de son histoire personnelle. Je n'ai pas su l'amener à s'exprimer véritablement au-delà des réponses à mes questions (cet entretien était chronologiquement le premier).*



## Mme Fonviel

49 ans - En couple - Aide à domicile pour personnes âgées (CDI)

- Précarité selon le médecin du travail : *"Il lui faut trouver un emploi correspondant à son niveau de formation et qui la revalorise"*

- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"Il lui faut dépasser son angoisse"*

Mme Fonviel est originaire de l'Ariège, fille unique d'un père ouvrier en bâtiment et d'une mère au foyer. Ses parents se séparent ("me plantent") quand elle a "10 ou 12 ans". Elle est alors "très mal", et fait une tentative de suicide. "Je ne pouvais pas exister, par rapport à ma mère, j'étais un faire-valoir par rapport à ma mère, je n'existais que par rapport à mes diplômes, à mes bons points". Elle est ensuite placée dans diverses familles d'accueil dans la région. Après un Bac obtenu à 18 ans, Mme Fonviel s'installe à Toulouse pour y faire des études de lettres (1 an), puis de psychologie (3 ans). A cette période elle habite un appartement, mais uniquement pendant l'année scolaire. Le reste du temps elle loge "à droite à gauche", ou chez son père qui la fait dormir "avec les chiens". Elle commence également à prendre des tranquillisants à fortes doses.

Puis elle part habiter à Lille avec un homme, pendant 3 ans. Elle y commence un Dess à l'Institut de Préparation aux Affaires, puis finit ce Dess à l'IPA de Toulouse.

Elle commence alors à chercher un emploi mais, "très timide", elle choisit de présenter des concours administratifs pour ne pas avoir d'entretien oral. Elle se voit alors proposer 2 postes administratifs : l'un à Biskra (Algérie), l'autre à Paris. Elle choisit d'abord ce deuxième poste, où elle travaille comme secrétaire dans un laboratoire de recherche universitaire. Mais au bout d'un mois elle doit partir car "ils ont bien vu que je prenais des trucs" (tranquillisants).

Elle se marie alors avec l'homme qu'elle avait suivi à Lille, un riche chef d'entreprise textile ariégeois. Elle décrit son mari comme un être "sadique", qui "joue, et qui vous descend doucement". Ensuite elle part à Biskra, avec sa mère, et n'y reste que quelques mois. Elle voulait y faire venir son père, qui venait de subir une amputation des deux jambes, mais cela n'a pas été possible. De retour en Ariège avec son mari, Mme Fonviel va d'abord "tomber agoraphobe", puis devenir alcoolique ("parce que quand on est agoraphobe y'a pas 50 solutions, les cachets ça suffit plus"), et parallèlement faire beaucoup de sport. Jusqu'au jour où après avoir "trop bu, avec trop de tranquillisants", elle fait un coma de 3 jours et est internée en psychiatrie pour une période indéterminée (peut-être 3 mois).

Elle revient brièvement chez son mari, puis repart avec sa mère chez des amis de celle-ci, à Béziers. Ces amis ont un fils handicapé physique, à peu près du même âge que Mme Fonviel, avec qui elle va se lier : "dans son handicap, j'ai reconnu le mien. C'était pas le même, mais c'était pareil, c'était une souffrance...". Elle habite avec lui pendant 10 ans (de 1980 à 1990 ou de 1983 à 1993, Mme Fonviel ne se souvient pas). Leur relation restera platonique. Cet homme "était pratiquement un voyou, il avait des sex-shops, il faisait des casses...". Elle travaille alors dans ces sex-shops, puis monte son propre magasin de vidéos SM à Toulouse. Puis elle va habiter à Nice, où elle achète un appartement à sa mère (et s'endette du même coup). Son ami de Béziers la rejoint là-bas, elle tient à nouveau un magasin de vidéos X, et ils se lancent dans l'importation de cassettes X. Mais leur commerce périclète, et pour éponger les dettes elle hypothèque sa maison. Ils ouvrent ensuite un magasin de vidéos "normales", mais son ami se fait "entraîner" par des "gens

vraiment peu fréquentables", et c'est le deuxième dépôt de bilan ("quand on vous fait couler à Nice, ça veut dire qu'on vous fait couler, c'est-à-dire tous les moyens sont bons..."). A ce moment (1993) Mme Fonviel est alors "repartie en psychiatrie, parce qu'on a voulu me mettre sous tutelle". Internée pendant 1 mois (elle arrête de boire à ce moment-là et ne reprend pas ensuite), elle s'aperçoit à sa sortie que son ami a utilisé sa signature sur des chèques pour monter un autre sex-shop, lui laissant 150 000 francs de dettes. Ayant "tout perdu", elle vit alors pendant quelque temps avec un jeune homme homosexuel, qu'elle "considérerait comme son enfant", à qui elle "passait tout, et c'était un sadique aussi !".

Il se trouve qu'à ce moment-là son ex-mari, dépressif, cherche du soutien auprès d'elle. Une sorte d'échange se négocie alors entre eux : elle lui apporte son aide, le dirige vers un psychiatre (elle-même est en analyse depuis plusieurs années), et il la loge dans un appartement à Toulouse. Elle le voit épisodiquement (il s'est entre temps remarié et a un enfant). A Toulouse, elle trouve d'abord quelques emplois administratifs, puis est embauchée par une association d'aide au maintien à domicile des personnes âgées, comme "aide à vivre", emploi qu'elle exerce toujours au moment de l'entretien. Elle se rend au domicile des personnes âgées pour faire du ménage et les aider à prendre leurs repas. Elle est en CDI avec une durée hebdomadaire de travail variable (de 10 à 45 heures). Son ex-mari lui verse une pension de 4000 francs par mois. Mme Fonviel habite depuis 2 ans et demi avec un ancien SDF qu'elle a rencontré dans la rue : "je l'ai pas recueilli : on s'est recueillis (...) J'étais mal, donc je ne pouvais parler qu'avec des gens - ou être qu'avec des gens qui... des marginaux en fait. Qui vivaient quelque chose de semblable à ma... solitude". Cet homme a depuis arrêté l'alcool et retrouvé du travail (comme mécanicien sur des nacelles, dans le bâtiment, en CDI).

Mme Fonviel parle de façon ambivalente de son travail : elle le considère comme "dévalorisant", "on est traitées comme des moins que rien", "vous n'êtes pas reconnue, vous n'êtes que la bonniche". En même temps, elle y trouve une certaine satisfaction à aider les gens, à "réparer" : "s'ils doivent mourir, faire en sorte que ça se passe le mieux possible, qu'ils ne souffrent pas...". Elle estime qu'elle "peut faire certaines choses, sur certaines personnes, faire éclore certaines choses". Elle n'envisage pas de changer d'activité professionnelle, s'estimant trop âgée pour cela. La seule autre profession qu'elle envisagerait serait d'être psychanalyste, mais elle n'a pas la formation médicale qu'elle estimerait nécessaire. De plus, elle pense que cela serait trop difficile à vivre, "toutes les souffrances...".

En fin d'entretien elle parle à plusieurs reprises de sa volonté de "construire", de l'envie qu'elle a toujours eue de "fonder une famille, de construire quelque chose", qu'elle relie au fait d'avoir eu une enfance très "déstructurée".

La mère de Mme Fonviel, qui est présente épisodiquement mais de façon récurrente dans toutes les périodes de sa vie (avec un rôle décrit alternativement comme bénéfique ou néfaste, mais toujours très important) habite aujourd'hui à Toulouse. Son père est décédé. Mme Fonviel dit ne parler "à personne", à part son ami et son psychanalyste.

Mme Fonviel estime être en "bonne santé", mis à part un problème de mastose aux seins. "J'ai surtout été malade, enfin pour l'instant, dans ma tête", "j'ai peur de la maladie". Elle prend toujours des tranquillisants à fortes doses tous les jours, mais moins qu'auparavant : ces doses "ne sont pas raisonnables pour les autres, mais pour moi sont tout à fait raisonnables" ("l'alcool j'avais arrêté, mais les tranquillisants, fallait voir tout ce que je prenais, je prenais... des doses létales"). Elle estime cependant que cette consommation lui interdit l'accès à certains emplois, parce que "ça se voit. On m'accepterait pas".

Elle aimerait, si elle en avait les moyens, faire de la chirurgie esthétique (refaire son nez qu'elle avait déjà fait opérer en 1984, enlever des rides...) pour "être lisse". A la demande de son conjoint, elle a récemment subi une petite opération de chirurgie plastique génitale.

*Le parcours de Mme Fonviel tel qu'il est retracé ici est une tentative de remise en ordre d'un récit qui, sur le plan chronologique, est extrêmement confus. Mme Fonviel passe d'un événement à un autre, d'un sujet à un autre en suivant des associations d'idées d'ordre psychanalytique : c'est à ce niveau d'interprétation qu'elle organise son récit, ce qui rend difficile la reconstitution des éléments factuels, objectifs. De nombreuses zones d'ombre jalonnent cette histoire (des tentatives de suicide, une anorexie... qu'elle mentionne "en passant", l'issue - inconnue - des problèmes financiers qu'elle a eus à la suite de l'escroquerie de son ami et associé...). Ce qui domine, et que Mme Fonviel développe longuement, c'est la mise en mots, la lecture psychanalytique d'une souffrance omniprésente, d'un mal-être très ancien et profond. Je dois dire que cette mise en cohérence sur le plan symbolique m'a dominée moi-même lors de l'entretien, car j'ai eu beaucoup de mal à tenter de ramener ses propos vers un autre niveau de réalité.*

## Mme Jeco

31 ans - Mariée - Magasinière (CDI)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Mme Jeco est née en 1970 à Bordeaux, d'un père ouvrier (soudeur-chaudronnier) et d'une mère au foyer. Elle est la troisième fille du couple. Entre 9 ans et 17 ans, elle est abusée sexuellement par son père. L'histoire familiale est ensuite très complexe ("c'est un truc à se brûler la tête") : la mère de Mme Jeco quitte son mari lorsque Mme Jeco a 17 ans, puis passe quelque temps avec un homme ("c'était un père, avec nous il était génial") qui meurt prématurément. Sa mère avait entre temps eu un quatrième enfant, avec un homme qu'elle épousera par la suite, et qui est en prison depuis 1999 pour abus sexuel sur les enfants des sœurs de Mme Jeco.

Mme Jeco arrête l'école à 15 ans (elle tentera plus tard, mais sans l'obtenir, un CAP de mécanique voiture). Elle décrit son adolescence comme "une grande période de... de trou, une grande période de... de fugues, d'alcool, de drogue, de délinquance...". "Vis-à-vis de l'enfer que mon père me faisait subir.. dans l'inceste... je préférerais... m'enfoncer là-dedans, ça me faisait oublier" (elle dit plus tard avoir renoncé à porter plainte contre son père : "ça va faire des histoires, des histoires, maintenant que je suis bien placée dans le travail, un travail qui me plaît en plus").

A 17 ans elle souhaite s'engager dans l'armée. Elle passe ses 3 jours, mais elle rencontre à cette période-là un légionnaire qui la dissuade de devenir militaire (ce qu'elle dit regretter encore aujourd'hui). Cet homme l'aide à arrêter la drogue ("quand on veut on peut", lui répétait-il). Elle vit avec lui pendant 4 ans, en faisant de temps en temps des "petits boulots". Elle rencontre ensuite un homme, "un gitan", qui l'oblige à se prostituer pendant 2 ans, à Bordeaux, avec "des baffes... des grosses menaces, tu vas voir ta famille, tu vas voir ton petit frère...". Elle tente à un moment de se réfugier chez sa mère mais celle-ci la rejette. Elle est "sortie de là" par un homme qui la recueille et la cache chez lui pendant environ un an, jusqu'au jour où "sans explication, sans rien, j'ai été foutue dehors". Elle trouve alors refuge chez des amis de cet homme, deux frères qui tiennent un bar-restaurant et qui l'accueillent "à bras ouverts". Elle travaille chez eux comme serveuse (non déclarée), et en 1994 rencontre un troisième frère de cette famille de 9 enfants, d'origine asiatique. Ils vivent en couple d'abord pendant 1 an à Toulouse, où il est électricien en bâtiment. Puis le couple se sépare pendant un an, elle retourne à Bordeaux et loge dans un foyer Sonacotra. En 1997, le couple se reforme, ils se marient en 1998 et vivent depuis à Toulouse.

Depuis 1995 Mme Jeco a eu de nombreux emplois en CDD et intérim (femme de chambre, manutentionnaire, serveuse...). Elle travaille depuis 1 an dans une entreprise qui fabrique des implants oculaires. Elle réceptionne les livraisons (sur ordinateur) et conditionne les commandes pour la France. Elle a d'abord eu deux CDD de 3 mois, puis un CDI ("là c'était mon premier vrai emploi, parce que bon avant, c'était les intérim"). Ce travail lui plaît beaucoup, sauf les relations avec ses collègues qu'elle qualifie de "faux-cul".

Mme Jeco est toujours alcoolique : "question alcool, je plonge, je repars, l'alcool c'est pas tout à fait terminé", "y'a des moments, c'est des périodes, quand j'ai une période de cafard, quand je repense à... tout ça quoi". Elle déclare que cela la gêne parfois dans son travail (pertes de

mémoire). Son mari, à qui elle a parlé de ce problème, essaie de la faire arrêter, mais Mme Jeco dit avoir du mal à appliquer à l'alcool la maxime grâce à laquelle elle s'en est "toujours sortie" : "quand on veut on peut". "L'alcool, j'ai l'impression que ça va être un peu plus dur que la drogue".

Mme Jeco a été traitée à partir de 1997 avec des antidépresseurs, mais elle a décidé d'arrêter car elle trouve que "ça sert à rien", que même si cela la calme sur le moment, "quand on arrête, les problèmes ils sont toujours là" (pour la même raison, elle n'envisage pas de consulter un psychologue). De plus, elle trouve que "c'est pas bon pour la santé" : "plus j'en prenais plus il m'en fallait, même si j'en avais plus besoin. Et ça, c'est pas bon".

En 1999, à la suite d'une soirée où ils avaient bu tous les deux, son mari fait une crise de jalousie et lui fracture la mâchoire ("lui, quand il a bu, c'est vraiment méchant"). Ce n'était pas la première fois qu'il la frappait, mais jamais à ce point. Elle dit avoir pardonné ("quand il boit pas, c'est un cœur en or, il est adorable", "il a une grande force morale. Heureusement que je l'ai"), mais précise aussi qu'elle ne peut pas quitter son mari car elle dépend de lui financièrement : elle est sous le coup d'un interdit bancaire pendant encore 1 an (à la suite de sa période de prostitution au cours de laquelle elle a été escroquée par son proxénète. Son salaire par exemple est versé par chèque à son mari). "Alors tant que j'ai ça... il faut que... que je tienne le coup, c'est tout".

Mme Jeco souhaite avoir un enfant, mais après une fausse couche en 1998, elle a récemment été opérée à deux reprises à la suite d'une grossesse extra-utérine, la première fois en urgence lors d'un très grave malaise ("tout a éclaté dans mon ventre"). Elle ne peut désormais avoir d'enfant que par FIV, "mais c'est pas naturel pour moi". Elle précise que depuis cet événement, elle va "tout de suite voir un gynécologue" si elle a mal au ventre. Mme Jeco souhaite surtout "sortir de l'alcool" avant d'être éventuellement enceinte à nouveau ("j'y arriverai, à arrêter de boire. Il faudra du temps, mais j'y arriverai").

Pour Mme Jeco "la santé, c'est surtout moral. Quand le moral va, tout va". Le rapport qu'elle entretient avec son activité professionnelle fluctue selon son état "moral" : "y'a des moments comme ça j'en ai marre, j'ai envie de me faire virer, et puis le lendemain, non, hop, je repars...", "j'aime trop ce travail pour le quitter. J'aime trop ce travail. Par moments j'en ai envie mais... Non".

En 1999, le mari de Mme Jeco a eu un accident de travail (grave blessure au genou), qui l'a rendu inapte à son poste. Il est depuis 6 mois en formation de reconversion dans l'électronique. Le couple loge dans une caravane (où son mari habite depuis 10 ans), autour de laquelle ils ont construit une extension en bois. Ils vivent dans un terrain appartenant à une entreprise. Ils ne paient ni loyer ni électricité, et en échange son mari effectue l'entretien du site. Mme Jeco déclare que de toute façon, ni elle ni son mari ne souhaite vivre dans un appartement ("cages à poule"). Sur le plan financier, la situation du couple est difficile (dettes de Mme Jeco, crédits...), mais Mme Jeco estime qu' "il y a plus pauvres que nous", et qu'ils arrivent à "s'en sortir" sans avoir besoin de réclamer une aide quelconque.

*Mme Jeco avait amené avec elle son CV pour s'aider à se souvenir de son parcours professionnel. Elle a manifesté pendant l'entretien une grande volonté de parler, répétant plusieurs fois qu'elle n'avait "rien à cacher".*

*Bien que son attitude générale ait été plutôt gaie et dynamique, Mme Jeco a pleuré plusieurs fois au cours de l'entretien (en évoquant la réaction de rejet de sa mère lorsqu'elle se prostituait à Bordeaux, et en évoquant l'inceste qu'elle a subi dans son enfance).*

## Mme Jodu

53 ans - Divorcée, célibataire - Agent de service dans une résidence privée (CDI) (en arrêt maladie)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Mme Jodu est née à Toulouse, d'un père ouvrier dans le bâtiment et d'une mère au foyer. Fille cadette, elle a deux frères "handicapés" et une sœur. Tous les quatre sont enlevés à leur parents lorsque Mme Jodu a 14 ans, car le père, alcoolique comme la mère, abusait sexuellement de ses deux filles. Mme Jodu est alors séparée de ses frères et sœurs, et élevée par sa grand-mère, couturière, qui lui a appris et donné le goût de la couture.

Mme Jodu travaille dès l'âge de 15 ans comme ouvrière dans la confection, et cela pendant 10 ans. Elle a un premier enfant "comme ça, fille-mère" (une fille qui vient de se marier), puis se marie avec un homme divorcé qui a de son côté 3 enfants, qu'elle élève comme les siens, et avec qui elle aura une fille. Pendant la période où elle habite avec son mari (environ 8 ans), Mme Jodu ne travaille pas. Elle divorce en 1981, et après une période où elle est hébergée en foyers avec ses enfants, elle recommence à travailler en occupant des emplois divers "dans le carrelage, la bonneterie", le ménage, et d'autres emplois non qualifiés. Une période apparaît comme une parenthèse enchantée dans ce parcours : Mme Jodu est employée pendant 1 an comme gouvernante chez un veuf, dans une grande maison où elle est hébergée avec ses deux enfants. Cette expérience reste pour elle un souvenir "merveilleux" : "j'étais très très bien là-bas". Mais son employeur décède et Mme Jodu passe alors 1 an en centre d'hébergement avec ses enfants, puis reste ensuite plusieurs années au chômage.

Elle retrouve un emploi en 1987, dans une société de nettoyage toulousaine. Elle travaille d'abord 5 ans comme femme de ménage dans une résidence universitaire, puis elle est mutée - à sa demande et avec l'aide du médecin du travail - dans une autre résidence où le travail est supposé moins pénible.

Au moment de l'entretien, Mme Jodu est en arrêt de travail depuis 1 an, à cause d'une surdité brusque avec acouphènes et d'autres problèmes de santé. Elle est en attente de savoir quel sera son statut prochain : sans doute un licenciement pour raisons de santé, suivi d'une préretraite.

Mme Jodu répète au cours de l'entretien qu'elle est "usée" par les emplois toujours pénibles qu'elle a exercés : "quand on a trop forcé dans sa vie, on arrive qu'on n'a plus de force". Elle mentionne successivement une multitude de problèmes de santé : graves problèmes circulatoires (varices, phlébites, ayant rendu difficiles ses deux accouchements : "j'ai failli y passer"), "fibromes", cholestérol (elle suit depuis plusieurs mois un régime avec une diététicienne), traitement thyroïdien (après une thyroïdectomie), mal de dos, mal aux articulations... A cause de "tout ça", Mme Jodu envisage avec soulagement l'idée de ne plus travailler, même si elle est pour l'instant inquiète de ce que sera sa situation sur le plan financier.

Mme Jodu prend de temps en temps ("quand je sens que ça va pas") un "médicament pour la dépression".

L'entretien prend très souvent la forme d'une plainte toujours renouvelée de Mme Jodu, sur ses problèmes de santé mais aussi sur le monde en général : "avant c'était facile, vous trouviez du

travail", "les gens, maintenant, c'est tellement compliqué la vie", "Avant, moi j'avais pas peur dehors. Maintenant j'ai peur".

Mme Jodu voit régulièrement son fils et sa fille, qui sont à Toulouse (le premier est employé de boucherie, la seconde est comptable), ainsi que les enfants de son mari, qui sont à Marseille. Elle a une amie très proche et une voisine avec qui elle "se promène".

Le rêve de Mme Jodu, désormais, serait de vivre dans une petite maison avec un jardin, et de pouvoir passer plus de temps avec ses enfants et petits-enfants.

*On l'aura compris à la lecture de ce résumé, le parcours de Mme Jodu est particulièrement difficile à reconstituer. Ses propos au cours de l'entretien sont souvent confus, emmêlés, et contradictoires. Par exemple elle dit bien avoir arrêté de travailler après son mariage, et avoir par la suite connu plusieurs années de chômage, mais à un autre moment de l'entretien elle affirme avoir "toujours travaillé 8 heures" toute sa vie. Elle mentionne également "des dépressions" et deux tentatives de suicides, mais dit ne plus se souvenir des dates : "c'est quand j'ai passé des mauvaises passes, avec les enfants, avec... du travail, difficultés, des problèmes...".*

*Presque intarissable sur certains thèmes dont elle a manifestement envie de parler (son emploi de gouvernante, ses problèmes de santé, le meurtre qui a eu lieu quelques semaines avant dans son immeuble...), elle est au contraire très réticente à s'exprimer, et réagit même en s'énervant, lorsque les relances visiblement la contrarient. Face à cette attitude, et ajouté au fait que Mme Jodu s'est mise à pleurer à deux reprises au cours de l'entretien (lorsqu'elle m'a parlé de son père et m'a dit pourquoi elle en avait été séparée - ce que je ne lui avais pas demandé), je dois dire que je n'ai pas osé faire certaines relances ou demander certaines précisions, ce qui explique les manques dans le récit.*

## Mme Jost

56 ans - Mariée - Infirmière d'entreprise (CDI)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Mme Jost est née en 1943 à Toulouse, d'un père agriculteur puis employé municipal (menuisier) et d'une mère au foyer. Elle a un frère (aujourd'hui jardinier municipal) et trois sœurs (l'une est décoratrice, l'autre ne travaille pas et vit en Suisse, et la plus jeune est infirmière). 20 ans la séparent de sa plus jeune sœur, qui a été pour elle "comme ma fille".

Après des études d'infirmière, Mme Jost exerce d'abord pendant 5 ans dans le service traumatologie d'un hôpital toulousain. Lorsque ce service ferme, elle postule en plusieurs endroits pour être infirmière d'entreprise. Elle est embauchée en 1967 à T., une grande entreprise d'électronique, où elle restera pendant 5 ans, tout en travaillant souvent la nuit comme infirmière dans des cliniques privées. Mais à cause d'une ambiance de travail déplorable ("je pouvais finir que dans une clinique psychiatrique") elle démissionne et retrouve une place à C., établissement de grande distribution, où elle travaille encore actuellement. Depuis 1 an et pour encore 4 ans elle est en préretraite et exerce à mi-temps. Elle est très satisfaite de ce temps de travail : "c'était l'occasion idéale pour pouvoir faire tout ce que j'ai envie de faire".

Mme Jost est mariée depuis 1972. Son mari est médecin généraliste libéral. Ils n'ont pas d'enfants.

Mme Jost décrit l'évolution qu'elle a perçue au fil des années dans son travail (qui est moins strictement médical et plus souvent "médico-social") et plus largement dans son univers professionnel : "y'a 30 ans c'était pas du tout pareil, c'était plus agréable, y'avait moins de conflits du travail que maintenant". Elle regrette l'époque où les patrons étaient plus "paternalistes".

Mme Jost décrit également comment elle a peu à peu été admise auprès des salariés qui, au départ, manifestaient une certaine méfiance : "dans le statut vous êtes dans l'encadrement, donc dans l'esprit des gens vous êtes pour le patron", "après ça a été, les gens savent très bien que je me débrouillerai pour les arranger", "je suis peut-être de l'encadrement mais mon métier m'a toujours obligée de me pencher sur toutes les personnes sans tenir compte de leur rang. Moi je ne fais pas de différence".

Il y a 7 ans Mme Jost a vécu un conflit avec le directeur de l'établissement : alors qu'un salarié avait eu un entretien avec elle, le directeur a sommé Mme Jost de lui révéler le contenu de cet entretien. Mme Jost a refusé, arguant du secret médical. Le directeur lui a alors affirmé qu'il "aurait sa peau". Très ébranlée par cette menace, Mme Jost n'a "pas dormi pendant des mois et des mois", et jusqu'au départ de ce directeur, 1 an après, elle est "allée travailler avec un traitement, pour tenir". Cet épisode reste un souvenir très douloureux pour elle, mais en même temps elle est satisfaite de n'avoir pas cédé et de pouvoir "marcher la tête haute".

Sur le plan de la santé, Mme Jost se situe "entre la bonne et la mauvaise santé". Elle mentionne une série de troubles apparus au cours des dernières années et précise : "moi les problèmes ils sont arrivés à 50 ans". Elle a cependant eu une pneumonie en 1983, qui n'a pas laissé de séquelles. Plus récemment, en 1994, elle a subi une mammectomie bilatérale (suivie d'une chirurgie réparatrice), à la suite d'une suspicion de cancer. Il faut préciser que la mère de Mme



Jost est décédée d'un cancer en 1993, et que l'une de ses sœurs a également été traitée pour cette maladie. Mme Jost insiste sur cette hérédité familiale qui lui fait tenir un discours plutôt fataliste : "je pense que j'étais prévue pour ça, avoir ce que j'ai eu", "je me dis que s'il doit arriver quelque chose il arrivera quelque chose".

En 1996 une tumeur des glandes surrénales entraînant de l'hypertension se déclare par un malaise très fort ("vraiment j'ai cru que je passais de l'autre côté"). Mme Jost suit un traitement depuis lors. Elle signale également un "problème de thyroïde".

Elle dit ne pas être très attentive à sa santé, et relativise les petits problèmes du quotidien (rhumatismes) par rapport aux cas qu'elle a connus lorsqu'elle travaillait en service hospitalier. Elle et son mari font cependant "très attention" à l'alimentation ("très légumes", "pas trop de graisses", "cuisine méditerranéenne").

Mme Jost cite deux amies très proches : l'une vit à Paris, l'autre est assistante sociale à C. Elle voit son père très régulièrement.

Depuis qu'elle travaille moins, Mme Jost peut se consacrer davantage à ses loisirs, en particulier la généalogie. Elle et son mari sont pleins de projets pour leur retraite (voyages...). Mme Jost cite la mort de sa mère comme un "déclic" qui lui a fait prendre conscience du peu de temps qu'il lui restait (Mme Jost se réfère à l'âge de sa mère à son décès, 69 ans). Elle entend désormais en "profiter" : "les années de travail je les ai pas vues passer (...) donc maintenant à la retraite on va essayer de faire tout ce qu'on n'a pas pu faire".

*Mme Jost dit être "plutôt quelqu'un de calme". C'est ainsi qu'elle m'est apparue lors de l'entretien, s'exprimant de façon posée et douce, s'animant davantage lorsqu'elle parle de sa passion pour la généalogie ou lorsqu'elle évoque certains conflits auxquels elle a été confrontée dans son travail.*

## Mme Kléber

54 ans - Divorcée, célibataire - Ouvrière en biscotterie (CDI) (en arrêt maladie)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Originaire de Toulouse, Mme Kléber a été élevée par sa mère, veuve, qui ne travaillait pas. Elle a 2 frères beaucoup plus âgés qu'elle.

Après un CAP de comptabilité, elle entre à 16 ans dans une biscotterie, où elle travaillera toute sa vie en 2/8 (elle sera successivement ouvrière, chef de ligne, agent de maîtrise, puis affectée aux pauses, puis à nouveau simple ouvrière à la suite de l'une des nombreuses restructurations qu'a connues l'entreprise).

En décembre 1998, alors qu'elle est en train de travailler, Mme Kléber fait un infarctus. Elle est alors hospitalisée pendant 10 jours et subit un pontage coronarien, puis elle passe 5 semaines dans un centre de remise en forme. Après 5 mois d'arrêt de travail, elle reprend, mais "ça n'allait pas, parce que bon le travail, la fatigue et tout ça". Toujours sujette à des malaises, elle subit un deuxième pontage en août 1999, puis est à nouveau arrêtée en février 2000. En août 2000 un accord à l'amiable est conclu avec son employeur pour décider de son licenciement. Elle espère pouvoir passer du chômage à la retraite (qu'elle doit prendre à 58 ans) et ne pas avoir à retravailler. Mais elle "ne sait pas du tout comment ça va se passer", notamment sur le plan financier.

Elle se dit "pas mécontente" d'avoir arrêté de travailler : "le travail me manque pas du tout", "si il y avait eu une possibilité de reclassement, j'y serais allée, peut-être pas avec enthousiasme, mais j'y serais allée. Mais, bon, on prend goût à ne plus travailler !". Elle ne s'ennuie pas du tout, elle s'occupe (lecture, mots croisés, promenades quotidiennes avec une amie), elle profite de sa liberté pour se coucher plus tard et se lever plus tard ("ce qu'il y a de bien quand on est arrêtée c'est qu'on n'a plus à se préoccuper des horaires"). Elle pense même que "ça serait bien d'avoir tout le monde la retraite à 55 ans ! Parce que bon, on n'est pas vieux, on peut en profiter".

Elle décrit son travail comme "stressant", "à être toujours debout", avec des machines qui tombent souvent en panne, avec "tout le monde qui crie"... "Au début ça me plaisait, et puis après bon, vous êtes pris dans l'engrenage". Elle attribue en partie son infarctus à "la fatigue", au stress et au fait d'être "tous les jours plus ou moins énervée", tout en précisant qu'elle avait des facteurs de risque (cholestérol). Elle ne met pas en avant de compétence ou de savoir-faire particuliers ("nous, dans les usines, vous savez, c'est des métiers... C'est un travail quoi"), sauf peut-être la "motivation", "la fierté d'avoir fait du bon travail". Elle pense avoir "essayé de faire le mieux possible". Mme Kléber a vu se succéder plusieurs plans sociaux, accompagnés de mouvements de grève auxquels elle n'a pas vraiment participé, même si "on peut ne pas être militant et penser quand même qu'il y a des choses qui ne sont pas justes".

Sur le plan de la santé, Mme Kléber estime aujourd'hui être "stabilisée". L'année qui a suivi son infarctus, elle était en permanence inquiète à l'idée que "ça pouvait recommencer". Elle y pense moins maintenant. Diabétique, elle se pique à l'insuline une fois par jour. Elle mentionne également des "crises de titanie" quand elle était enceinte, et après son infarctus ("mais les crises

de titanie c'est beaucoup dans la tête"). Elle est suivie très régulièrement par un cardiologue, et par son généraliste.

Mme Kléber habite depuis plus de 20 ans dans un appartement qui appartenait à ses parents. A la mort de son père, sa mère a dû le vendre pour donner sa part d'héritage à l'un des deux fils (cet événement est à l'origine d'une brouille familiale qui perdure aujourd'hui). Elle y a ensuite habité en tant que locataire avec sa mère, décédée depuis, puis avec sa fille.

De sa vie personnelle, Mme Kléber me dira seulement : "j'ai été mariée, mais très peu". Elle a une fille (née en 1972) qui est aujourd'hui à Paris et travaille comme secrétaire de direction après un BTS. Elle va la voir de temps en temps, seule ou avec son amie.

Mme Kléber se dit "plutôt renfermée" et "un peu sauvage". Elle n'a qu'une amie proche, une ancienne collègue, qu'elle voit tous les jours.

*Mme Kléber, comme on le voit, n'a pas du tout souhaité me parler de sa vie personnelle. Son récit semble indiquer qu'elle a élevé sa fille seule pendant la majeure partie de sa vie.*

*Mme Kléber ne se fait pas prier pour dire combien elle vit mieux depuis qu'elle ne travaille plus. Elle me décrit combien sa vie est plus calme et moins stressante. Elle me parle aussi de collègues qui, à cause du stress, ont fait des dépressions, des infarctus... A propos de la dépression, elle dit être d'un tempérament "pas bilieux", et pense que "si j'avais dû la faire, je l'aurais faite".*

## Mme Lavour

35 ans - Mariée - Infirmière psychiatrique (CDD)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Mme Lavour, de nationalité hollandaise, vit en France depuis 1990, Elle est mariée à un Français, ils ont deux enfants (7 ans et 4 ans).

En Hollande, le père de Mme Lavour a été commerçant (propriétaire d'une supérette), puis il a fait faillite et a connu ensuite plusieurs années de petits boulots et de chômage, pour retourner finalement à son "premier métier" de menuisier, qu'il exerce en intérim. La mère de Mme Lavour est infirmière.

Mme Lavour part de chez ses parents après son Bac, à 17 ans, pour aller en France "faire les vendanges". Elle y rencontre son conjoint (ouvrier mécanicien hautement qualifié, qui travaille en intérim), puis retourne en Hollande faire des études d'infirmière psychiatrique. Il la rejoint et trouve du travail là-bas.

Ensuite le couple se sépare. Mme Lavour part en Suisse travailler comme infirmière psychiatrique pendant un an, puis le couple se réconcilie et se marie. Avec leurs économies, ils achètent une caravane et voyagent en Europe, puis décident de s'installer dans le Tarn où M. Lavour trouve du travail. Ils emménagent dans une maison en location. Mme Lavour a son premier enfant, puis décide de retravailler. Elle découvre alors que son diplôme d'infirmière psychiatrique n'est pas reconnu en France. Elle trouve d'abord un emploi de nuit dans la clinique A., à 50 km de chez elle, où elle a le statut d'aide-soignante, mais effectue un travail d'infirmière. Au bout de 6 mois, on lui propose une embauche en CDI, mais Mme Lavour refuse (travail de nuit, distance, statut et salaire d'aide-soignante). Elle trouve ensuite un CDD d'infirmière psychiatrique à la clinique B., où elle travaille depuis 1992, toujours en CDD renouvelés (remplacements de congés maladie, congés maternité...). Mme Lavour travaille d'abord à plein temps, puis s'interrompt 6 mois lors de la naissance de son deuxième enfant, et choisit de reprendre ensuite à mi-temps.

Il se trouve que la clinique B. a fait l'objet d'une évaluation de la CRAM, et qu'à cette occasion la question du diplôme de Mme Lavour a refait surface. Ne pouvant pas l'employer officiellement comme infirmière, la direction de la clinique l'a donc "rétrogradée" comme aide-soignante, depuis 5 mois, tout en continuant à la rémunérer comme une infirmière. Mais alors que cette attribution que valait, en théorie, que "sur le papier", Mme Lavour a vu ses prérogatives d'infirmière remises en question (changement de planning, interdiction de faire certains gestes de soin...). De plus, son CDD est désormais renouvelé pour des périodes beaucoup plus courtes que par le passé. Au moment de l'entretien, Mme Lavour va entamer un nouveau CDD de 20 jours, et ne sait pas du tout ce qui adviendra à la fin de ce contrat.

Mme Lavour pense et espère que son diplôme sera bientôt reconnu en France (elle évoque un projet de loi qui "va passer" à l'Assemblée nationale). Si ce n'était pas le cas, elle n'aurait pas d'autre choix que de recommencer des études en France, ce à quoi elle se refuse, estimant qu'elle est déjà qualifiée. Mais elle souhaiterait reprendre des études pour devenir psychologue.

Son mari quant à lui a toujours trouvé des missions d'intérim, et suit actuellement une formation AFPA pour une reconversion dans l'industrie aéronautique.

Pendant son temps libre, Mme Lavour travaille comme animatrice dans une association de promotion de l'allaitement maternel.

Sur le plan de la santé, Mme Lavour se dit très perturbée par la précarité grandissante de sa situation professionnelle et par la remise en cause de ses compétences d'infirmière psychiatrique - métier qu'elle aime mais qu'elle estime ne pas pouvoir exercer correctement dans cette clinique où l'organisation du travail est mauvaise et où l'on pratique "la psychiatrie du Moyen-Âge". Outre cette angoisse très forte liée à son devenir dans la clinique (et qui a donné lieu à un traitement anxiolytique), Mme Lavour signale "des mastoses" au sein, qu'elle estime liées à ses déboires professionnels.

En dehors de cela, Mme Lavour aimerait s'occuper davantage de sa santé (être végétarienne, manger "bio", faire du sport...), et regrette d'être trop débordée pour appliquer cet idéal. Sur le plan des recours thérapeutiques, elle se dit très vigilante et exigeante. Elle estime que sa culture hollandaise l'amène à se tourner vers les médecines douces, mais elle n'exclut pas pour autant l'allopathie classique.

Toute la famille de Mme Lavour est restée en Hollande. Elle les voit environ une fois par an (son frère aîné est chercheur en sociologie de la santé, le deuxième est manager dans une agence de voyages, et sa sœur est professeure de géographie et d'anglais).

*Mme Lavour a tout de suite installé une relation amicale et chaleureuse. Très volubile et très encline à l'humour, même lorsqu'elle aborde des sujets douloureux, elle semble prendre plaisir à l'entretien à la fois comme simple conversation et comme occasion de poursuivre une démarche introspective qui semble lui être déjà familière.*

**Mlle Loci**  
**25 ans - Célibataire - Secrétaire (CDI)**

- Précarité selon le médecin du travail : *"S'est retrouvée seule avec un bébé à élever, et travail à rechercher (embauchée dans l'entreprise familiale). Est toujours seule et quotidien difficile. Personne agréable de contact et volontaire"*

- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"Favorable dans la mesure où la situation financière actuelle ne se dégrade pas. Quand l'enfant sera scolarisée (actuellement coût de la garde) probable amélioration et augmentation du temps de travail de la mère qui actuellement accepte le mi-temps car elle s'épanouit auprès de sa fille"*

Née à Montpellier, Mlle Loci est arrivée à Toulouse en 1988 avec ses parents et sa petite sœur, après avoir habité dans plusieurs villes au gré des promotions de son père (qui travaillait au service comptabilité d'une grande entreprise et qui a depuis fondé son cabinet d'expert-comptable, où travaille également la mère de Mlle Loci).

Après le Bac Mlle Loci fait d'abord une année de préparation littéraire vécue comme éprouvante ("faut être vachement costaud"), puis s'inscrit à l'université en Lettres modernes. Après l'obtention de sa maîtrise, elle commence une licence d'Anglais et parallèlement passe (sans les obtenir) le CAPES et l'agrégation de Lettres modernes. L'année suivante, alors qu'elle se prépare à repasser le CAPES tout en travaillant comme pionne dans un lycée, elle tombe enceinte ("ça faisait 2 mois qu'on se connaissait avec le papa, c'est l'accident bête et méchant quoi"). "Par principe" opposée à l'avortement, Mlle Loci décide de garder cet enfant. Sa relation avec le père se termine peu après (présent brièvement à l'accouchement, il n'a ensuite vu sa fille qu'une fois), ce qui représente pour Mlle Loci une grande déception : très attachée à la "cellule familiale" qu'elle a connue pour elle-même, elle souhaitait pouvoir en offrir une à sa fille ("je voulais y croire, parce c'est important pour moi, la famille"). Le couple avait même prévu de se marier.

Pendant sa grossesse, Mlle Loci quitte le domicile familial pour habiter seule, mais en étant toujours très entourée par ses parents et sa sœur ("ma meilleure amie, mon double"), qui habitent tout près de chez elle.

Mlle Loci décrit sa grossesse comme "très difficile", à la fois moralement (séparation avec le père) et physiquement : hémorragies importantes au cours des premiers mois dues sans doute à une grossesse gémellaire et à la perte d'un des 2 enfants, contractions à partir du 5<sup>e</sup> mois... L'accouchement (par césarienne) est difficile également ("on a failli y rester toutes les deux"). Après la naissance de sa fille Mlle Loci travaille pendant 2 mois dans une librairie à la rentrée scolaire 1999, puis reste ensuite au chômage jusqu'en septembre 2000. Au cours de cette période elle a postulé pour "plein d'emplois", elle a même été embauchée comme secrétaire trilingue dans une entreprise, mais n'a travaillé qu'un seul jour ("le directeur qui m'avait embauchée a sauté et moi j'ai sauté avec").

A la rentrée 2000, la crèche où elle place sa fille la somme de trouver un emploi très rapidement. Son père lui propose alors de l'embaucher à mi-temps dans son cabinet d'expert-comptable. Ce travail (secrétariat) ne l'attirait pas au début, mais elle a appris à s'y intéresser et elle s'y plaît aujourd'hui.

Après avoir constaté, lors de stages, qu'elle n'était "pas faite pour l'enseignement" ("j'ai pas la patience"), Mlle Loci est maintenant très claire sur son projet professionnel : elle veut être bibliothécaire, à la fois par amour des livres, et pour la sécurité de l'emploi : "quand je serai fonctionnaire, je serai à l'abri du chômage parce que comme je suis avec ma fille, je peux pas...". Elle prépare 3 concours différents ("niveau bac, mais je m'en fiche, je rentre et après je monte en interne"). Elle dit "tout miser" sur ces concours. Elle aimerait par la suite se spécialiser dans la conservation des fonds anciens.

Sur le plan de la santé, en dehors des problèmes lors de sa grossesse, Mlle Loci déclare avoir eu des "gros problèmes rénaux" à l'adolescence, pour lesquels elle a été opérée, et qui l'obligent depuis à faire "très attention parce que sinon c'est l'ablation". Elle a par ailleurs failli être opérée du canal carpien peu après la naissance de sa fille, mais ce problème a été résolu par un ostéopathe "qui a fait des miracles". Elle mentionne également des problèmes d'hypertension, et surtout une grande nervosité ("je suis tout le temps speed", "même enfant j'étais hyperactive"). Elle estime avoir des problèmes de santé "qui viennent de ma nervosité". "Il faudrait que j'essaie de contrôler cette nervosité mais j'ai pas envie parce que quelque part, elle fait partie de moi". En même temps, Mlle Loci se dit "tout le temps fatiguée" ("depuis que j'ai accouché, j'ai plus le sommeil"). Elle dit faire "très attention" à sa santé, tout en étant "plutôt contre les médicaments". Elle est suivie, ainsi que sa fille, par le médecin de famille qu'elle connaît depuis son arrivée à Toulouse et en qui elle a "entièrement confiance". Elle consulte très facilement et sans attendre : "dès qu'il y a un truc, je vais voir le médecin pour stopper les trucs tout de suite, pour pas que ça dégénère". Elle justifie ce comportement par la peur d'avoir à se dire ensuite "si j'avais su...", peur liée au décès par cancer de son grand-père il y a 3 ans, qui n'a consulté que "trop tard". "Le seul truc pour lequel je suis pas cohérente, c'est que je fume beaucoup", précise Mlle Loci, mais elle ne sent pas capable d'arrêter pour l'instant. Un autre problème important pour Mlle Loci est son poids. Elle avait pris 25 kilos pendant sa grossesse, et estime qu'elle en a encore 5 à perdre. Mais après avoir été une adolescente obèse, elle a été anorexique à 20 ans, et depuis, lorsqu'elle fait un régime, "ça revient (...). Je retombe dans le cycle infernal de plus rien manger et de mentir". Mlle Loci fait très attention à son apparence physique et vestimentaire ("j'accorde beaucoup d'importance au regard des autres"). Elle revendique plusieurs fois son refus de se "laisser aller" : "je veux pas me laisser aller, dans quoi que ce soit, intellectuellement ou physiquement, je veux pas... Parce qu'une fois qu'on a rompu le processus, ça y est, pour redresser la barre après c'est trop dur".

Mlle Loci n'est pas du tout attachée à Toulouse, et aimerait au contraire quitter cette ville, pour "couper le cordon" avec ses parents : "je crois que j'en ai besoin, pour finir de m'accomplir vraiment", "pour faire quelque chose par moi-même et pouvoir entièrement subvenir à mes besoins par moi-même, m'assumer pleinement". Elle souhaite donner "le meilleur" à sa fille, et cela passe notamment par le choix du quartier d'habitation ("c'est pas parce que ma fille est bronzée qu'elle doit vivre au milieu des bronzés"). Elle place la vie familiale et de couple comme critère premier d'épanouissement personnel ("je suis très famille"). Pour l'avenir, elle souhaite trouver un emploi de bibliothécaire ("mon rêve ce serait à la bibliothèque François Mitterrand") et avoir "une petite vie tranquille où j'ai un boulot qui me plaît... Puis un homme aussi, parce que c'est important...". Mlle Loci se dit optimiste et confiante quant à la réalisation de ces souhaits.

*Comme l'a souligné le médecin du travail, Mlle Loci est "agréable de contact" et donne effectivement l'impression d'être très volontaire, et très décidée à arriver à ses fins professionnellement, portée par son désir de "tout donner" à sa fille.*



**Mme Mara**  
**51 ans - Divorcée, célibataire - Cadre dans la grande distribution (CDI)**  
**(en arrêt maladie)**

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Mme Mara est née en Ariège où sa mère a toujours sa maison. Le père de Mme Mara gérait une filature, puis après 1968 il est redevenu simple ouvrier dans le textile. Sa mère a travaillé quelques années comme repasseuse avant d'avoir ses enfants. Mme Mara a un frère plus jeune, ouvrier dans le textile en Ariège, avec qui elle a peu de contacts.

A 18 ans elle travaille comme ouvrière en usine textile, puis très vite se marie "pour en sortir". Elle divorce 3 ans après. En 1972, à 22 ans, elle entre à C., enseignante de grande distribution, comme simple caissière d'abord pendant 4 mois, puis caissière centrale jusqu'en 1987, puis plus spécialement chargée d'établir les horaires du personnel. Elle devient en 1991 responsable du service financier, qui propose aux clients de C. des produits d'épargne ou des prêts. Elle se forme à l'informatique en autodidacte et suit également des formations professionnelles.

Parallèlement, Mme Mara se marie une seconde fois en 1978, et donne naissance à deux filles (1979 et 1981), dont l'une vit encore avec elle. Elle divorce pour la deuxième fois en 1985. En 1995, elle fait construire la maison qu'elle habite aujourd'hui.

Jusqu'en 1996, son poste de responsable du service financier lui plaît beaucoup, tant par les compétences qu'elle y développe que par le contact avec la clientèle. Elle prend son travail très à cœur, sans rechigner devant les durées hebdomadaires de travail qui peuvent atteindre 70 ou 80 heures.

C'est en octobre 1996 qu'intervient un événement qui va faire bifurquer radicalement la trajectoire professionnelle de Mme Mara, jusque-là linéairement ascensionnelle : elle se tort la cheville sur son lieu de travail. Le médecin qu'elle consulte à ce moment-là diagnostique une simple entorse et lui prescrit deux jours d'arrêt de travail. Lorsqu'elle retourne à C., sa cheville est toujours enflée et douloureuse, mais malgré l'avis du médecin du travail qui lui conseille de prolonger l'arrêt, elle reprend le travail avec des simples bandages, estimant qu'on avait besoin d'elle dans son service qui était en pleine restructuration. Mais l'état de sa cheville continue de se dégrader, et en juillet 1997 elle subit une première opération (ligamentoplastie) suivie de plusieurs mois d'arrêt de travail et d'immobilisation presque complète.

A partir de là, et pendant les deux années suivantes, Mme Mara se fait opérer à trois autres reprises, sans résultat satisfaisant. Pendant cette période elle travaille irrégulièrement, en mi-temps thérapeutique essentiellement, et au poste d'adjointe (et non plus responsable) du service financier.

Lors de sa dernière reprise en 2000, Mme Mara prend la mesure des changements opérés dans l'entreprise pendant la période récente où elle n'a pas été présente continuellement : l'organigramme a complètement changé, les différents directeurs ont été remplacés, les conditions de travail et l'ambiance générale se sont durcies, "tout était en train de changer". C'est désormais une personne qui était auparavant sous sa responsabilité qui établit les plannings, et malgré la fiche d'aptitude établie par le médecin du travail qui indique qu'elle doit travailler

assise, Mme Mara est affectée à des tâches qui exigent d'être debout et d'effectuer de nombreux déplacements à pieds à l'intérieur du supermarché. Mme Mara prend alors 15 jours de congés, puis reprend le travail pendant seulement 10 jours avant de "passer en dépression" en constatant que son employeur n'a pas l'intention de respecter son aptitude restreinte.

A la suite d'une nouvelle consultation avec le chirurgien qui l'avait opérée, et qui confirme la gravité du problème et l'absence de traitement possible (sauf des séances de kinésithérapie qu'elle va commencer), Mme Mara entame une démarche auprès de la COTOREP pour être reconnue comme travailleuse handicapée.

Elle est actuellement en négociation avec la direction de C. pour obtenir un licenciement. Il n'y a en effet aucun poste de niveau équivalent à celui qu'elle occupait et où le travail se fasse sans être debout. L'autre possibilité, refusée par Mme Mara, serait d'être reclassée sur un poste de niveau inférieur, ce qui serait inacceptable pour elle au vu de ses nombreuses années de carrière à C. Elle craint également, si elle acceptait un autre poste dans l'entreprise, d'être par la suite poussée à la faute ou à la démission par l'encadrement. Elle préfère partir maintenant "la tête haute".

Par le biais de son statut de travailleuse handicapée, elle projette de suivre des formations (en informatique notamment), et exprime peu d'inquiétude quant à son avenir : après avoir "beaucoup pleuré", elle estime avoir "tourné la page de C." et avoir "assez de tchatche" pour réussir une reconversion professionnelle.

Le problème de cheville de Mme Mara occupe le devant de la scène en matière de santé. Elle se sent diminuée par l'impossibilité à pratiquer des activités qui lui plaisaient (randonnée, aquagym...). A la suite de sa dépression, et "pour prendre moins de cachets", elle pratique la sophrologie et estime que cela l'aide beaucoup. Cette dépression avait de plus coïncidé non seulement avec la mort de son père, mais aussi avec sa quatrième opération de la cheville et avec une intervention préventive au niveau du col de l'utérus à la suite d'un frottis faisant apparaître des cellules anormales.

A la question de son souhait pour l'avenir, Mme Mara répond qu'après avoir beaucoup donné, notamment dans son travail, elle désire désormais prendre davantage soin d'elle.

*Mme Mara, avant que nous nous quittions, m'a remerciée pour cet entretien avec ces mots : "ça fait du bien de parler !".*

*Au cours de cet entretien particulièrement long (et pourtant non dénué de lacunes) et amical, Mme Mara a beaucoup parlé de son travail et des changements organisationnels opérés par C. dans la période récente. Il est frappant de constater que les évolutions décrites par Mme Mara illustrent presque parfaitement les mutations du travail telles que je les ai retracées dans la première partie : intensification du travail, flexibilisation des temps de travail, dilution des responsabilités hiérarchiques, mise en concurrence des salariés au sein des différentes catégories de personnel...*

## Mme Mermoz

42 ans - Divorcée, célibataire - Chef de projet (intérim)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Mme Mermoz est originaire de Marseille. Son père travaillait au CEA comme responsable de la sécurité, et sa mère était au foyer. Tous deux vivent toujours à Marseille. Mme Mermoz a 2 sœurs, avec qui elle a peu de contacts (l'une est orthoptiste en Corrèze, l'autre est enseignante à Bordeaux).

A 18 ans Mme Mermoz part faire des études de philosophie à Grenoble. Pendant cette période elle est pionne et fait des "petits boulots". En 1983, elle doit subir une opération liée à une affection gynécologique, à la suite de laquelle on lui annonce qu'elle risque d'être stérile si elle n'est pas enceinte dans les 6 mois. Cet épisode a été "très très dur à vivre", et l'amène à commencer une psychothérapie. Puis elle part à Paris rejoindre des amis, et par eux trouve un emploi d'assistante de production dans l'audiovisuel, qu'elle exerce pendant 1 an.

Elle rencontre ensuite son mari, chef d'entreprise, et se marie en 1984. Pendant 6 ans elle arrête de travailler. Un enfant naît en 1987, un autre presque du même âge est adopté en 1988. En 1990 Mme Mermoz quitte son mari et part à Bordeaux avec les enfants. Le divorce ayant été "très très difficile", elle reprend un travail psychothérapeutique. A partir de cette date Mme Mermoz reprend une activité professionnelle entrecoupée de périodes de formation. Elle obtient successivement un DUT de documentation d'entreprise et un Bac + 5 en droit et systèmes d'information à la suite de 3 années de formation continue. Elle occupe divers emplois (certains correspondant à son niveau de formations, d'autres "purement alimentaires"). Cette période est très difficile financièrement et psychologiquement pour Mme Mermoz ("quand on se sent... pris à la gorge, et qu'on est obligé d'accepter un peu n'importe quoi parce qu'on peut pas se permettre avec 2 enfants de faire la difficile..."). Pendant 2 ans elle gère sa propre entreprise de télématique (informations jurisprudentielles) qui finira par péricliter.

Mme Mermoz part ensuite en 1998 à Toulouse pour occuper un poste de responsable d'un centre multimédia (CDI), mais elle est licenciée économique ("pour la première fois de ma vie") au bout d'un an. Elle "profite" de cette période de chômage pour obtenir un DESS de chef de projet multimédia. Elle travaille ensuite pendant 1 an pour la CRAM (comme responsable des bases de données), puis crée le site internet d'une petite entreprise, puis suit à nouveau une formation de 4 mois en réseaux informatiques et bases de données. Au moment de l'entretien, elle travaille depuis 1 mois en intérim comme chef de projet à France Télécom. Son contrat doit s'achever dans 6 mois.

En 1994 Mme Mermoz est devenue très fortement asthmatique (son père et son grand-père l'étaient également). Plutôt que de se faire désensibiliser, elle choisit de "comprendre ce que c'était, pourquoi j'étais asthmatique", à travers la psychothérapie, et se soigne par homéopathie et acupuncture comme elle en a l'habitude. Elle estime aujourd'hui avoir éradiqué cet asthme et dit en être "fière".

Depuis très longtemps Mme Mermoz, pour elle comme pour ses fils, s'est tournée vers la médecine homéopathique et l'acupuncture, qui lui conviennent mieux "intellectuellement" et

même physiquement car "l'allopathie, ça vous soigne d'un côté, ça vous détraque de l'autre". Elle a commencé à se former à l'acupuncture (stages d'un week-end par mois pendant 3 ans). Récemment elle a arrêté définitivement de prendre une contraception orale à la suite de troubles hormonaux qui selon elle y étaient associés ("je fais partie de ces femmes qui ne supportent pas la pilule"). Elle a "régulé", "remis tout ça en place" avec un traitement homéopathique et de l'acupuncture. Par ailleurs, elle fait 3 à 6 heures de sport par semaine, et veille scrupuleusement à avoir une alimentation "très saine" (produits bio, principes de diététique chinoise).

Sur le plan professionnel, Mme Mermoz est partagée : d'un côté elle dit avoir envie de "se poser un peu", mais d'un autre côté elle affirme à plusieurs reprises qu'elle aurait "terriblement peur de s'emmerder" dans un CDI, sauf dans un poste qui lui permettrait d'apprendre, de continuer à se former, d'évoluer, d'être très mobile (il faudrait "une boîte qui justement me permette d'assumer mon instabilité !"). Elle est extrêmement réticente face à toute forme d'"inertie" dans son environnement professionnel. Elle estime aujourd'hui avoir "mangé son pain noir" (années "difficiles" après son divorce où elle a à la fois travaillé, suivi des formations, et élevé ses enfants seule, avec par périodes des problèmes financiers importants), et se dit désormais assez "sûre de ses compétences" pour se permettre de choisir des emplois qui lui plaisent : "je dis pas que je me fais pas de souci, mais je m'en fais de moins en moins. Je me dis qu'il y aura toujours quelque chose qui tombera". Elle dit avoir "apprivoisé la précarité" ("quand je suis au chômage pour moi c'est des vacances, j'en profite pour me former moi-même"), et considère le fait d'avoir "beaucoup bougé" comme "un enrichissement" ("toutes les expériences sont bonnes à vivre"). Elle a un réseau d'amis anciens et plus récents très étendu géographiquement.

Elle souhaiterait tout de même rester à Toulouse, elle se dit lassée des déménagements très fréquents. Son souhait est maintenant avant tout de donner la priorité à ses enfants et à une "qualité de vie" qu'elle pense avoir trouvée depuis quelque temps.

*Dans le domaine professionnel comme vis-à-vis de la santé, l'attitude générale revendiquée par Mme Mermoz peut être résumée par l'une de ses phrases : "j'ai décidé de ne pas subir". Elle met en avant des choix, des décisions qu'elle a prises en connaissance de cause (quitter son mari et revenir à un niveau de vie beaucoup plus modeste, refuser des CDI pour préserver sa mobilité, refuser la facilité des traitements allopathiques pour s'engager dans un processus plus profond de compréhension, de "décodage" des symptômes). Sa volonté d'être (et de paraître) "positive" l'amène à être très laconique au sujet de certains épisodes de sa vie sur lesquels, semble-t-il, elle n'a pas eu le contrôle (notamment sa première opération à l'âge de 24 ans, sur laquelle elle "passe" très rapidement, ou sur des périodes où elle a exercé des emplois "alimentaires" qui ne correspondaient pas du tout à sa formation ni à ses souhaits).*

## Mme Pinson

49 ans - Mariée - Animatrice en centre de loisirs (CDI)

- Précarité selon le médecin du travail : *"Temps partiel + salaire juste dans le ménage"*
- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"Fragile du point de vue pulmonaire, travail pouvant être difficile par temps froid et intempéries"*

Mme Pinson est née au Congo français et y a vécu jusqu'à l'âge de 18 ans, avec des séjours en France environ une fois par an. Son père, Portugais immigré en Afrique, est d'abord devenu garagiste à son compte puis, après une faillite, cadre dans une grande entreprise française exploitant des palmeraies. La mère de Mme Pinson, de 20 ans plus jeune que son mari, a exercé comme secrétaire dans une entreprise de produits pharmaceutiques. Lorsque l'industrie de l'huile de palme a périclité, les parents de Mme Pinson, elle-même et sa sœur cadette partent s'installer en France. Leur choix se porte sur Toulouse en raison du climat et de la présence de l'université.

Après un Bac Philo, Mme Pinson fait 2 ans de DEUG d'Histoire-Géographie, avec l'intention initiale d'obtenir un CAPES et d'aller enseigner en Afrique. Mais elle retrouve M. Pinson, qu'elle avait rencontré enfant lors de ses séjours en France, l'épouse, et quitte la fac pour travailler avec lui. Il est à ce moment-là artisan-peintre à son compte. Mme Pinson travaille aux finitions et à la comptabilité. Parallèlement, ils achètent un terrain à T., et construisent la maison dans laquelle ils habitent toujours actuellement. Au bout de 3 ans, M. Pinson développe une allergie aux produits qu'il utilise. Il se reconvertit alors comme commercial (représentant en vins). De son côté, Mme Pinson obtient par correspondance un BTS de publicité, puis cherche un emploi dans cette branche mais ne trouve rien. Elle devient alors hôtesse d'accueil-standardiste chez un grossiste en alimentation, où elle reste pendant 20 ans, jusqu'à ce que l'entreprise ferme ses portes. Mme Pinson se lance alors pendant 3 ans, mais sans succès, dans la préparation de concours de la fonction publique. Simultanément, elle effectue plusieurs missions d'intérim comme standardiste. Elle met également à profit son temps libre pour écrire des contes pour enfants, qui n'ont pour l'instant pas été édités.

En 1997, par le biais de l'antenne emploi de T., elle devient animatrice municipale pour le centre de loisirs de T. Après avoir obtenu le BAFA, elle devient rapidement directrice adjointe. Elle travaille actuellement à trois-quarts temps, et accompagne plusieurs fois dans l'année les enfants en séjours. Elle a de très bonnes relations avec ses collègues de travail, et compte obtenir d'autres diplômes pour continuer à progresser dans ce métier qui lui plaît énormément.

M. et Mme Pinson ont deux fils : l'aîné est mécanicien auto et ne vit plus chez eux depuis peu, le cadet est au collège. Le père de Mme Pinson est décédé, mais sa mère habite à quelques rues de chez eux. Sa sœur, qui est titulaire d'un BTS de secrétariat de direction, a exercé pendant une douzaine d'années, puis a arrêté de travailler.

Mme Pinson a commencé à développer un asthme après son arrivée en France. Elle dit avoir été "négligente" quant au traitement, jusqu'en 1999 où, lors d'un accompagnement de séjour à la montagne, elle a contracté une pneumopathie aiguë, qui a entraîné une hospitalisation en soins intensifs. Depuis cet épisode, elle suit un traitement de fond mais précise qu'il lui arrive, lorsqu'elle se sent bien, de négliger le traitement.

*Mme Pinson est d'apparence dynamique et enjouée. Elle s'est montrée très bavarde pendant l'entretien, semblant prendre plaisir à "se raconter".*

## Mlle Portet

21 ans - Célibataire - Employée en fast-food (CDI)

- Précarité selon le médecin du travail : *"Temps partiel"*

- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"Idem que les autres opérateurs [Fasty] déjà enquêtés. Niveau scolaire bas + environnement [Fasty]"*

Mlle Portet habite depuis 8 ans à proximité de Toulouse chez son père et sa belle-mère, avec les deux enfants de celle-ci (un garçon et une fille collégiens). Son père est responsable d'une exploitation agricole, sa belle-mère est en train d'obtenir l'agrément pour devenir assistante maternelle. Mlle Portet habitait auparavant chez sa mère et son nouveau mari (qui lui-même a deux enfants), mais, acceptant mal ce remariage, elle a préféré aller habiter chez son père.

Après avoir redoublé sa classe de 6<sup>e</sup>, Mlle Portet s'oriente vers un CAP et BEP de vente, en 3 ans. Dans ce cadre, elle commence à 15 ans à travailler comme vendeuse dans des magasins (épicerie, grande distribution).

A 17 ans, à la suite d'un choc à la main gauche, on lui découvre une malformation osseuse de l'auriculaire (c'est le seul problème de santé qu'elle mentionne). Au cours des 18 mois suivants elle subit 3 opérations, ainsi qu'une greffe, doit porter une attelle et faire des séances de kinésithérapie plusieurs fois par semaine. Cela l'amène à résilier son contrat avec le supermarché dans lequel elle travaillait. Lorsqu'elle peut recommencer à travailler, elle est vendeuse pendant 1 an dans un dépôt-vente, puis passe ses examens. Elle passe l'année suivante à "ne rien faire" : elle estime avoir "perdu un an", bien qu'elle aie travaillé une semaine de temps en temps dans un magasin de vêtements, gardé un bébé quotidiennement pendant 5 mois, et passé des tests pour entrer dans une formation pour un Bac professionnel à la SNCF (mais elle n'a pas été admise). Elle a également entamé des démarches pour être pompier professionnel, qui ont échoué car son auriculaire n'a pas récupéré toute sa mobilité.

Mlle Portet travaille à Fasty (chaîne de fast-food) depuis 2 mois, en CDI à 70 heures par mois. La flexibilité des horaires lui convient et lui permet en parallèle de chercher une formation avec l'aide de la Mission locale. Elle souhaite changer de branche : les aspects théoriques de la vente (marketing etc.) l'intéressent toujours, mais pas le métier concret où elle trouve qu'on "passe trop de temps à attendre les clients". Elle ne sait pas vraiment de quoi elle aurait envie. A la période de l'entretien elle projette de trouver une formation dans le bâtiment et va probablement effectuer un "banc d'essai" pour se déterminer sur un métier précis (elle hésite pour l'instant entre "menuisier et solier-moquettiste").

Mlle Portet exprime tout au long de l'entretien une très grande impatience à être autonome et à "trouver sa voie". Elle revient à plusieurs reprises sur le temps qu'elle a "perdu", sur ce qu'elle "aurait dû" faire pour ne pas "en être là" aujourd'hui. Elle tente de rattraper ce temps perdu en multipliant les opportunités, en ne fermant aucune porte, en cherchant tous azimuts et presque avec fébrilité le moyen de "vraiment rentrer dans le bain, de vraiment construire quelque chose de bien... une profession où je puisse vraiment m'épanouir comme il faut et évoluer".

En dehors de cette quête professionnelle, Mlle Portet voit régulièrement un cercle d'amis et pratique des activités sportives.

## Mlle Roque

23 ans - En couple non cohabitant - Ouvrière en électronique (intérim)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Mlle Roque est née en 1978, d'un père employé à La Poste et d'une mère ouvrière à T., grande entreprise d'électronique. Elle a un frère collégien et une sœur en Bac professionnel de commerce spécialisé dans la cosmétique.

Mlle Roque commence d'abord un BEP de comptabilité, qui ne lui plaît pas du tout. Sur le conseil d'amies, elle se dirige alors vers un BEP-CAP de vente, sans avoir de projet professionnel particulier ("on sait pas trop encore ce qu'on veut faire, à 16 ans..."). Elle obtient ensuite un Bac professionnel de vente. Elle précise que son souhait était surtout d'avoir un Bac, pour passer le concours d'entrée à l'école de police. Mais elle échoue à ce concours et abandonne cette idée qu'elle avait "depuis toute petite" (elle envisage peut-être de repasser le concours ultérieurement, en suivant d'abord une préparation, ce qu'a fait son cousin qui a été admis à l'école de police).

Au cours de cette période scolaire elle effectue différents stages comme vendeuse, ce qui lui permet de constater que "vendeuse, ça me branchait pas trop" ("travailler 39 heures par semaine, pour un salaire de misère..."). Après son Bac, elle fait une formation d'un an de secrétaire commerciale bilingue (français-espagnol). Après avoir cherché en vain du travail dans cette branche pendant 4 mois, Mlle Roque entre en intérim à T., (où travaille sa mère, mais Mlle Roque précise que son recrutement n'a pas été lié à cet élément : "quand je l'entendais parler, ça me donnait pas trop envie d'y rentrer. (...) Je me voyais mal un jour rentrer là-dedans").

Elle a d'abord été missionnée pour 3 mois, puis renouvelée pour 9 mois, et à nouveau pour 10 mois, soit jusqu'en juillet prochain (l'entretien a lieu en mars). Le fait de n'être pas embauchée en fixe est une grande déception pour elle : "j'ai fait mes preuves et tout, ils sont contents de moi, donc je pensais que... ça allait passer quoi". Elle travaille à la chaîne, 20 heures hebdomadaires qu'elle effectue en nuits les week-ends (ce qui fait que "je suis payée autant qu'une personne qui travaille toute la semaine"). Mlle Roque s'est assez vite habituée à ce rythme, bien qu'au début elle "n'arrivait plus à dormir la nuit". Cet emploi lui convient, elle trouve l'ambiance "sympa" et aimerait beaucoup y rester ("maintenant que j'y suis, c'est sûr qu'ils m'auraient embauchée, j'aurais dit oui de suite" ; "T., c'est une bonne boîte, y'a plein d'avantages et tout, c'est vraiment bien"). Mais le laboratoire où elle travaille doit fermer dans l'été qui arrive, et elle ne sait pas s'il y aura des possibilités d'embauche par la suite ("maintenant faut attendre que ça remonte et bon si ça remonte, je pense qu'ils referont appel à nous... Mais là pour l'instant, y'a rien de positif pour la suite"). Si ce n'est pas le cas, elle a l'intention de postuler dans "des boîtes similaires" ("quand on sort de T., ça fait un bon bagage").

Prochainement, Mlle Roque va travailler à mi-temps comme secrétaire médicale, pendant 3 mois, dans un cabinet où travaille sa tante et où elle avait effectué un stage pendant sa formation de secrétariat : "là c'est vraiment au début, pour démarrer quoi, pour pas rester sans rien faire, pas toucher le chômage". Elle envisage de chercher un autre mi-temps pour compléter celui-là, en attendant de trouver un plein temps qui l'intéresse davantage ("je suis très dynamique donc rester assise dans un bureau ça me branche pas trop !").



Une autre perspective évoquée par Mlle Roque serait de suivre une formation (AFPA) de technicienne en électronique (des collègues de travail qui ont fait cette formation lui en ont parlé) : "pour me spécialiser en fait dans... dans ce que je fais en ce moment quoi. Toujours pareil, dans l'industrie, je... Ça a l'air pas mal quoi. (...) Le salaire c'est pas le même non plus, donc... Donc pourquoi pas hein. Autant me spécialiser dans quelque chose, et puis bon... je perds rien hein, ça peut toujours m'apporter quelque chose".

Elle évoque aussi la possibilité de postuler à la SNCF, où travaille son oncle. "Donc j'ai beaucoup de choses et... je sais pas par quoi commencer !". D'autant qu'il y a encore une autre perspective : celle d'aller à Ibiza avec son ami (cuisinier en intérim) pour y trouver du travail ("animateur sportif, un truc comme ça") et y habiter. Un des oncles de Mlle Roque est animateur là-bas, et sa femme travaille à la réception d'un hôtel. Elle y est allée plusieurs fois et a participé à ces activités. Elle et son ami vont y passer un mois l'été prochain pour "pister", et "si y'a du boulot eh bé on s'en va".

Elle se dit inquiète pour son avenir professionnel, surtout lorsqu'elle voit autour d'elle des exemples de ce qu'elle redouterait pour elle : une de ses amies fait des ménages depuis le Bac (qu'elles ont passé ensemble), une autre est caissière alors qu'elle a un BTS... "Quand je vois ça ça m'inquiète hein". Elle exprime une très vive amertume à l'égard de l'institution scolaire : "quand on est à l'école ils vont font des promesses, vous allez faire ça, vous allez devenir ça... Quand on les entend parler, les professeurs, ils promettent la lune hein, pratiquement... Et puis après on sort de l'école on voit que voilà, on n'arrive pas à trouver du travail".

Sur le plan de la santé, le seul événement cité par Mlle Roque est une péritonite, à l'âge de 16 ans, où elle a "failli y passer" à la suite d'une erreur de diagnostic du médecin de famille : "je suis restée une semaine avec 40 de fièvre, et il a pas fait les bons... les bonnes analyses, pour moi, il disait que je faisais la comédie". Elle a été opérée en urgence. La famille a depuis cet événement cessé de faire appel à ce médecin, pour en choisir un autre qui lui ne "cherche pas à comprendre, dès qu'il y a un truc, on fait une radio, une échographie, tout ce que tu veux...". En dehors de cet événement, Mlle Roque déclare n'être "pas souvent malade. (...) Ça va faire... je sais pas, depuis... un an, un an que j'ai pas mis les pieds chez le docteur".

Mlle Roque dit avoir manqué son travail pour des raisons de santé une seule fois, pour une bronchite : "j'ai pas pu aller travailler, j'ai perdu 700 francs sur le salaire, et j'ai dit c'est fini, je reste plus à la maison !".

Mlle Roque déclare que chez elle "c'est la pharmacie complète", et que sa mère est très encline à consulter des médecins. Elle se traite en général d'abord seule : " je commence à me soigner, et si je vois que ça passe pas, je vais voir le médecin". Elle fait également attention à son alimentation ("on mange plus du tout de bœuf depuis cette histoire de vache folle").

Mlle Roque estime qu'elle est en "bonne santé", et que pour être en "très bonne santé" il ne lui manque que l'appétit : elle se dit "très nerveuse, à l'origine", et lorsqu'elle est "angoissée" elle ne "mange pas" (elle a d'ailleurs eu recours plusieurs fois à des "cachets qui donnent de l'appétit").

Interrogée sur son souhait d'avenir le plus important, elle répond : "la bonne santé, ça c'est sûr ! Ça c'est le truc primordial. (...) C'est essentiel. Sans la santé on peut rien faire".

Mlle Roque, lorsqu'elle ne travaille pas, fréquente régulièrement un cercle d'amis et de collègues de travail.

*Les propos de Mlle Roque ne sont pas sans rappeler ceux de Mlle Portet. Elle manifeste, dans une moindre mesure mais, me semble-t-il, selon une même logique, la volonté d'ouvrir le plus grand*

*nombre possible d'alternatives professionnelles afin d'atteindre son but : "trouver un emploi stable, c'est sûr. Je veux pas aller vadrouiller à droite à gauche. (...) Moi je préfère avoir mon boulot, et puis avoir mes revenus, et puis rien demander à personne, je veux être indépendante hein, ça... Je veux rien devoir à personne, ça c'est sûr".*

## M. Sernin

26 ans - Célibataire - Animateur péri-scolaire (CDI et CDD)

- Précarité selon le médecin du travail : *"Travail à temps partiel. Ressources inférieures à 5000 F. Pb de santé de type lombalgies aiguës"*

- Avenir de santé selon le médecin du travail : *"A intérêt à progresser dans sa carrière pour moins exposer son dos (un directeur de centre expose moins son dos qu'un animateur)"*

M. Sernin est arrivé à Toulouse 7 mois avant l'entretien, pour y habiter avec son amie. Il était auparavant à Nîmes, chez son père. Ses parents ont divorcé alors qu'il avait 12 ans. Son père est au chômage, et sa mère est institutrice. Il a une sœur de 32 ans, institutrice en région parisienne, et un frère de 20 ans, à Nîmes.

Après un BEP-CAP d'horticulture (choisi dans l'idée de travailler dans "l'environnement"), il souhaite avant tout partir de chez lui pour fuir une ambiance familiale "tendue" : "parents divorcés, mon père remarié plusieurs fois, ma mère malade des nerfs, donc pas mal de problèmes...".

Il va habiter à Perpignan et obtient un BEATEP (formation rémunérée), puis retourne à Nîmes, où pendant plusieurs années il alterne des "petits boulots" (restauration, maçonnerie, horticulture...), et des emplois d'animateur sur place (dont 1 an en CES) ou en accompagnement de séjours en clubs de vacances un peu partout dans le monde.

En mai 1999 il rencontre son amie à Poitiers lors d'un examen (BAFA). Ils décident par la suite d'aller habiter ensemble à Toulouse, ville qu'ils ne connaissent ni l'un ni l'autre (elle est originaire d'Angoulême).

En arrivant à Toulouse, M. Sernin travaille d'abord dans la restauration rapide, mais arrête assez vite car il est embauché (CDI) dans une école à la périphérie de Toulouse, comme animateur péri-scolaire (2 heures par jour scolaire). Il trouve ensuite un CDD (4 heures par semaine) pour faire du soutien scolaire. A partir de la rentrée prochaine, il devrait avoir davantage d'heures de travail : 4 heures par jour scolaire pour le premier emploi, 16 heures par semaine et passage en CDI pour le deuxième. Il est employé conjointement par une mairie et par une grande association de loisirs éducatifs. Pour l'instant, ses faibles revenus sont complétés par le RMI.

Parallèlement, M. Sernin continue à travailler comme animateur ou directeur de séjours en France et à l'étranger, pendant toutes les vacances scolaires.

Son amie est également animatrice, et étudiante en psychologie. Mais, au moment de l'entretien, il est prévu qu'ils se séparent. M. Sernin va déménager pour être plus près de son lieu de travail, et pour quitter le centre-ville qu'il "déteste".

M. Sernin souffre du dos depuis plusieurs années, particulièrement depuis un accident de voiture qu'il a eu en 1997. Il a 2 hernies discales qui provoquent des crises de sciatique et qui le font souffrir "continuellement, tous les jours, depuis un an". Ses activités d'animateur le sollicitent beaucoup physiquement (sports), mais il continue jusqu'ici de faire passer l'emploi avant la santé. Il éloigne ponctuellement la douleur avec des infiltrations de cortisone qu'il se fait faire quand il peut les payer.

M. Sernin souhaiterait dorénavant travailler à temps plein comme animateur auprès d'adolescents, pouvoir suivre un groupe pendant un temps long et effectuer un réel travail

éducatif. Il envisage, si cela est nécessaire, de passer d'autres diplômes pour accéder à des postes à responsabilité dans l'association qui l'emploie.

Plus largement, M. Sernin aspire à "trouver une stabilité", à "être tranquille" (notamment financièrement).

*M. Sernin m'a reçue très amicalement. Il m'a donné l'impression d'avoir envie de parler, de retracer son parcours et de profiter de ce moment pour effectuer un travail réflexif d'introspection "devant témoin".*

## M. Terray

30 ans - En couple non cohabitant - Ouvrier qualifié en électrotechnique  
(intérim)

- Précarité selon le médecin du travail : NR
- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

M. Terray est né à Toulouse et a vécu de 2 à 20 ans dans une petite ville à 100 km au sud de Toulouse, dans une famille nourricière de la DdASS, en compagnie de son frère jumeau et de 5 autres enfants (un orphelin adopté et 4 neveux et nièces de la mère nourricière).

Après un BEP-CAP d'électrotechnique, il passe un Bac professionnel d'électrotechnique à Bagnères-de-Bigorre (65), où il loge en internat. Il entre ensuite en BTS, toujours dans la même branche, et effectue les deux premières années dans un établissement de la région. Puis il redouble la deuxième année et obtient ce BTS en 1993 dans un établissement à Toulouse.

A partir de l'âge de 16 ans, M. Terray travaille pendant les saisons dans la restauration et la vente. Il est par ailleurs boursier. Sur le plan financier, il a été indépendant de ses parents dès qu'il a quitté le foyer familial. Il est "parti fâché" et n'a plus de contacts avec ses parents depuis son départ.

De mars 1994 à octobre 1995, il effectue un service militaire long en outremer (Djibouti). A son retour à Toulouse, il dispose encore de 5 mois de solde militaire, pendant lesquels il travaille un peu au noir mais surtout "fait la fête". Puis il commence à chercher du travail dans l'électrotechnique, mais se rend compte que malgré son diplôme, on lui reproche son absence d'expérience et les 2 ans d'interruption. Il se tourne alors vers l'intérim et effectue un grand nombre de missions hors de sa spécialité : manutention, vente, bâtiment...

Il est embauché en CDI en 1997, dans un emploi de manutentionnaire très physique, en travail posté, de nuit. Il estime que lors de cet emploi il s'est "abîmé le dos", qui depuis est douloureux s'il fait des efforts importants. Il finit par démissionner de cet emploi en décembre 1998, à la suite d'un conflit avec son chef d'équipe qui pratique sur lui ce qu'il nomme du "harcèlement moral".

Il reprend sa recherche d'emploi en intérim, et trouve enfin, début 1999, une mission correspondant à sa formation, électromécanicien, à Montauban. Fort de cette expérience, sa situation vis-à-vis des employeurs s'inverse : il a désormais plusieurs propositions, et peut se permettre de choisir. Il enchaîne alors les missions, jusqu'au moment de l'entretien, qui a lieu quelques jours avant la fin d'un contrat de 2 mois. M. Terray ne s'inquiète désormais plus sur ses embauches futures : il a l'expérience correspondant à sa formation, il est assuré de trouver facilement des emplois d'intérim qualifié dans l'électrotechnique et l'électronique.

Mais parallèlement, depuis 1 an et demi, M. Terray a passé un grand nombre de concours de la fonction publique : Poste, douanes, surveillant pénitentiaire, gardien de police municipal... Et, au troisième essai, il a obtenu le concours d'entrée à l'école de police. Il se prépare donc à devenir gardien de la paix, ce qui supposera peut-être qu'il passe une dizaine d'années en région parisienne avant de pouvoir revenir dans le Sud.

Par ailleurs, M. Terray a une amie depuis un an. Elle habite à Montauban où elle est employée comme secrétaire administrative en CES. Ils se retrouvent les week-ends et envisagent d'avoir un enfant très prochainement.

Depuis 1993, M. Terray a repris contact avec sa famille d'origine et entretient activement des liens avec ses nombreux demi-frères et demi-sœurs (ceux de sa famille nourricière, mais aussi les enfants issus des multiples remariages de son père, qui vit actuellement en maison de retraite) : "je suis le seul qui garde contact un peu avec tout le monde. (...) Souvent la famille ils ont des nouvelles parce que c'est moi qui ai eu des nouvelles d'autres frères et sœurs".

Ses souhaits pour l'avenir proche sont de réussir l'école de police, de pouvoir ensuite exercer une police de proximité et de prévention, et d'avoir prochainement un enfant avec son amie.

L'entretien se termine sur ces propos : "le plus dur est fait".

*M. Terray parle facilement et montre beaucoup de bonne volonté à répondre aussi précisément que possible à mes questions, allant presque jusqu'à s'excuser lorsqu'il se rend compte qu'il a oublié de mentionner un événement. Il joue aussi beaucoup de la séduction et de la complicité avec moi. C'est intentionnellement qu'il ne me révèle que tard dans l'entretien son entrée prochaine à l'école de police : il avait ménagé le suspense et a manifestement apprécié l'effet de surprise qu'il a produit. Plus généralement, M. Terray donne l'impression de quelqu'un qui, après avoir connu l'instabilité et l'indécision, sait désormais ce qu'il veut - et va - devenir.*

## M. Thimas

46 ans - Marié - Chauffeur-livreur (CDD)

- Précarité selon le médecin du travail : NR

- Avenir de santé selon le médecin du travail : NR

Né en 1956 d'un père militaire et d'une mère qui a "fait des petits boulots, des petits vols, ceci cela...", M. Thimas a été élevé par ses grands-parents paternels à Montpellier, avec l'une de ses deux sœurs. L'histoire familiale est très complexe et conflictuelle (divorce des parents, "haine" mutuelle entre les deux familles, contestation de la paternité du troisième enfant...). M. Thimas ne sait pas exactement où il a vécu son enfance : "j'arrive pas à reconstituer, parce qu'ils mentent des deux côtés". Cette histoire constitue pour lui "le drame de ma vie. (...) Ça a été l'enfer, ça a été très dur psychologiquement". Ayant des "problèmes relationnels énormes" avec ses grands-parents, il part de chez eux juste avant de passer son Bac, et reste à Montpellier jusqu'en 1986. Il fait alors de nombreux "petits boulots" saisonniers, de la vente, il monte également une association avec un ami pour organiser des concerts (cette activité durera 2 ans). C'est une période où il vit "d'expédients" et de vente de cannabis. Il vit pendant 5 ans avec une femme qu'il "n'aurait jamais dû quitter".

En 1980 il rencontre sa première femme, "héroïnomanie à mort" : il le devient lui aussi et le restera jusqu'en 1989. Le mariage, en 1983, est pour lui une "prise de conscience" : il cherche alors à "devenir sérieux" et comme il a "toujours été intéressé par tout ce qui est animation", il trouve un emploi aux Éclaireurs de France, passe des diplômes d'animation, et est admis pour une formation au DEFA. Mais elle ne commence qu'un an plus tard, et entre temps il est embauché dans l'entreprise de sa belle-mère, comme vendeur-représentant en produits d'esthétique sur le territoire national. Un enfant naît en 1982. Mais à la suite d'une mésentente avec sa belle-mère il divorce en 1983 ("j'ai fait la connerie d'épouser une fille juive pieds-noirs (...) Il fallait que je devienne le quatrième enfant, tout géré par la mamma, et moi indépendant comme j'étais, ça commençait à être accrochage sur accrochage"). Il se retrouve donc sans emploi ni logement, et malgré des démarches ultérieures ne reverra jamais sa fille.

Il habite alors "chez des copains", et "par copinage" trouve en 1986 un emploi de représentant chez Playtex. On lui propose de prendre en charge le secteur du Périgord : il part donc s'installer là-bas, mais au bout de 3 mois il est licencié économique. Il reste encore 1 an dans la région, à faire des "petits boulots", et il emménage avec une femme qui a une petite fille. Mais cette relation s'achève et il revient à Montpellier en 1988, pour repartir presque immédiatement passer 3 mois en Corse, chez sa sœur, dont le mari lui trouve des emplois de manœuvre sur des chantiers. Il part ensuite aux Saintes-Maries-de-la-Mer, où pendant quelques mois il tient successivement deux bars-restaurants. Il rencontre alors sa deuxième femme, qui était en vacances avec ses deux filles. "Coup de foudre", il la rejoint un mois après à Toulouse et ils se marient rapidement. Sur sa demande il arrête définitivement l'héroïne. Il trouve d'abord des emplois temporaires dans la restauration, puis devient coursier à moto. Après 15 jours de cette activité il a un grave accident avec de multiples fractures et opérations. Contrairement à ce que

pensaient les médecins, il s'en remet rapidement, et reprend son emploi, mais désormais en voiture et non déclaré.

Au bout de 2 ans il décide de créer sa propre entreprise de livraison. Il devient alors sous-traitant pour une grande enseigne, son entreprise se développe, il emploie 3 coursiers et habite avec sa femme dans une grande villa. Ils auront ensemble 2 garçons (1992 et 1996).

En 1995, M. Thimas ingère par erreur du liquide à karscher. Hospitalisé en urgence, il se remet encore une fois avec une rapidité qui étonne les médecins. Mais à cette occasion on découvre qu'il a une hépatite C, qu'il pense avoir contractée par une transfusion lors de son hospitalisation pour l'accident de moto. Il mettait jusque-là la fatigue ressentie sur le compte de son travail (12 heures par jour au volant), mais il continue néanmoins de travailler, refusant même les traitements qu'on lui annonce comme fatigants. Mais en 1998, à la suite d'une forte baisse de la demande de son donneur d'ordre, il est amené à déposer le bilan de son entreprise. Son état de santé s'aggrave, il fait plusieurs ascites avec hospitalisations ("à la limite je rentre, je sais pas si je vais sortir"). Il arrête complètement l'alcool, et essaie deux traitements qui échouent. Il est aujourd'hui "au stade de la cirrhose". Les seules possibilités sont soit un rétablissement spontané du foie, soit une transplantation. Depuis 1998, M. Thimas a tout de même continué à travailler comme livreur pour de courtes périodes, mais "plus ça allait, plus c'était dur". Le couple déménage pour un HLM. Il devient entraîneur du club de football du quartier, ce qui lui permet à la fois de "se maintenir en forme" et d'assouvir son goût pour l'animation et l'éducation.

Au moment de l'entretien M. Thimas travaille depuis 4 mois comme chauffeur-livreur de produits d'entretien, à un rythme bien moindre que ce qu'il a connu auparavant ("pour moi c'est de la rigolade"), avec un statut de travailleur handicapé. Il a un CDD de 6 mois qui sera probablement renouvelé.

En toute fin d'entretien, et sur un ton grave qui tranche avec la volubilité précédente, M. Thimas m'annonce qu'il a rompu avec sa femme, et qu'il "déménage dans 15 jours". Cette rupture est due à des différends concernant l'éducation des deux filles de sa femme : "je me sens tellement méprisé dans ma valeur humaine", "on nie ma capacité à élever des enfants, à me faire comprendre des enfants", "là j'en chie grave, j'ai pensé à me flinguer et tout".

Face à sa maladie, il exprime l'envie de "tenir le coup encore 10 ans", pour être présent dans l'éducation de ses deux fils (sans pour autant changer complètement d'attitude : "je vois vraiment pas l'intérêt de se priver de tout pour espérer vivre peut-être un peu plus longtemps que si on s'était privé de rien"). Son souhait serait de "se mettre au vert", de "monter un petit truc à la campagne", un petit hôtel-restaurant. Il est en train de faire des démarches pour obtenir une "validation des acquis professionnels" qui lui permettrait d'avoir une équivalence pour diriger un hôtel.

*M. Thimas s'exprime avec truculence, très à l'aise et manifestement ravi de raconter sa vie tumultueuse à une jeune sociologue. Il se met en scène ("voilà, vous avez une idée du personnage", me dit-il pendant l'entretien) autour de plusieurs auto-identifications récurrentes : comme un "gars solide" ("je suis un mystère médical", "j'emmerde un peu la mort"), comme un "individualiste acharné" (militant libertaire dans sa jeunesse), comme un "éducateur dans l'âme". Sur le plan professionnel, il dit ne pas aimer la routine ("j'aime bien démarrer les trucs, et puis quand ça tourne, ça me fait chier, ça m'intéresse plus, donc je passe à autre chose") et avoir "le profil type du travailleur indépendant".*



*Très contestataire, M. Thimas critique tour à tour l'État, les services sociaux, la police, les patrons, les fonctionnaires, les racistes, les médecins - sauf celui qui le suit pour son hépatite et qui est "un type extraordinaire". Plus généralement, il dit "ne pas être fait pour ce monde-là" (celui du travail fixe, de la soumission à l'autorité, de la consommation "qui rend con").*