

Paul BOUFFARTIGUE
Jean-René PENDARIÈS
Jacques BOUTEILLER (collab.)

La perception des liens travail/santé

Le rôle des normes de genre et de profession*

RÉSUMÉ

La perception des relations entre travail et santé est approchée à partir de deux types de sources, quantitative – l'enquête *Sumer* – et qualitative – une enquête localisée auprès de soignantes hospitalières et de salariés masculins de la sous-traitance dans l'industrie lourde. Trois grands modèles d'analyse des relations travail/santé sont identifiés : le travail comme facteur délétère mais méconnu, naturalisé ou dénié ; le travail comme opérateur de santé ; le travail comme facteur de sélection par la santé. Ils sont mis à l'épreuve des données produites par ces deux types de sources. Il apparaît indispensable non seulement de combiner ces trois modèles d'analyse, mais de les compléter par une meilleure prise en compte de la diversité des significations sociales et subjectives des notions de « travail » et de « santé », et d'élargir les modèles d'analyse de leurs connexions, objectives comme subjectives. Le genre, notamment, définit de manière distincte le sens et la place du travail professionnel dans la vie. Les résultats invitent également à mieux prendre en compte le travail non seulement comme activité concrète, mais aussi comme statut social et économique, et comme activité dont le sens et l'évaluation ne sont dissociables ni des contraintes et arbitrages de la vie quotidienne, ni des parcours sociaux, qui sont associés au rapport subjectif à l'existence et donc à la santé elle-même : pouvoir d'agir, sentiment de réussite sociale.

Comment se construit socialement la perception des liens entre travail et santé ? Telle est la question que nous nous proposons d'explorer. En combinant une approche quantitative, à partir d'une enquête nationale sur échantillon représentatif de la population salariée – l'enquête *Sumer 2002-2003* –, et une approche qualitative conduite dans deux milieux socioprofessionnels, on met en évidence à la fois le rôle central des normes sociales liées au genre et au milieu socioprofessionnel, et la manière dont ces normes s'interpénètrent et sont travaillées par des tensions qui éclairent leur relative plasticité.

* Cet article s'appuie sur une recherche réalisée pour la Dares (ministère de l'Emploi) : P. Bouffartigue, J. Bouteiller, J.-R. Pendariès et A. Rabassa, *Représentations des relations travail/santé dans deux groupes socioprofessionnels sexués : soignantes hospitalières et salariés de la sous-traitance industrielle. De l'enquête Sumer à une enquête originale en PACA, LEST*, septembre 2008, 280 pages. Nous remercions pour leurs lectures et remarques : Anne-Marie Arborio, Alain Chenu, Yves Clot, Thomas Coutrot, Anne-Marie Daune-Richard, Serge Volkoff.

On commencera par identifier les principaux modèles d'analyse de la perception des relations entre vie professionnelle et santé, modèles dont la combinaison s'impose pour appréhender un phénomène particulièrement complexe, échappant en partie aux explications causales, en termes de « facteurs de risques » notamment. L'enquête *Sumer* permet de repérer des liens statistiques entre le phénomène étudié et des dimensions classiques du social, en particulier le sexe et la catégorie socioprofessionnelle. On avancera les interprétations possibles de ces liens en montrant qu'elles passent par une recherche compréhensive des processus qui en sont au fondement. Cette dernière est focalisée sur deux configurations socioprofessionnelles localisées – femmes soignantes hospitalières et travailleurs masculins de la sous-traitance industrielle – dans lesquelles le genre et l'appartenance professionnelle se combinent de manière singulière.

Trois modèles d'analyse

Les enquêtes sur lesquelles nous nous appuyons portent sur des *perceptions* ou *des représentations* – de la santé, de la relation travail/santé – et non sur l'*état de santé* tel qu'il peut s'objectiver médicalement : pathologies, facteurs de risques, longévité, mortalité. Dans le domaine de la santé objective, les inégalités sociales sont « importantes, diversifiées et en augmentation constante » (Goldberg *et al.*, 2002). Il n'est pas surprenant que les perceptions par les individus de leur état de santé et de ses liens avec le travail soient également très différenciées : selon quelles modalités, renvoyant à quels processus de construction sociale ? On se démarque ici, à la suite de Canguilhem ([1966] 1985, 2002), de la réduction biomédicale de la définition de la santé comme « normalité », opposée au « pathologique ». La santé s'ancre dans une capacité normative, ou normativité, cette capacité du vivant à créer du milieu pour vivre. Chaque sujet appréhende sa santé à partir d'attentes existentielles personnelles, et on peut penser qu'il en est de même pour sa perception du lien entre sa santé et sa vie de travail. Reconnaître la dimension subjective irréductible de la notion de santé n'interdit pas pour autant l'effort d'objectivation sociologique : les représentations que chacun se fait de sa propre santé ne traduisent pas seulement des normes personnelles, elles sont fortement imprégnées de normes sociales, qu'il s'agisse des normes biomédicales ou d'autres normes sociales. Les travaux scientifiques appréhendent les liens entre travail et santé selon trois grands modèles d'analyse et d'interprétation. On verra que ces modèles savants font, en partie, écho aux modèles sociaux de représentation de ces liens. Et que tous ont une pertinence pour rendre compte de ces représentations.

Le modèle le plus fréquemment utilisé dans la recherche est aussi celui qui apparaît immédiatement le plus utile pour cerner les représentations sociales de la santé au travail. Il s'agit de processus, diversifiés, qui aboutissent à sous-estimer les incidences négatives de la vie professionnelle sur l'état de santé : méconnaissance, naturalisation-banalisation, déni. C'est donc un

modèle qui intègre deux types de causalité : 1) « le travail porte atteinte à la santé » ; il est sur ce point en résonance avec une composante du savoir populaire ; 2) « des processus sociaux ou psychologiques divers tendent à masquer ces atteintes et/ou leur source professionnelle » ; là, il prend à rebours le savoir populaire pour en faire une composante active des processus pathogènes. Les historiens ont montré la puissance des « mécanismes de refoulement » des connaissances sur « l'usure au travail » qui « se sont mis en place dès les débuts de la révolution industrielle », pour des raisons proprement épistémologiques comme pour des raisons liées aux intérêts économiques et à leur orientation productiviste (Cottureau, 1983). Les exemples de la silicose (Devinck et Rosental, 2009) ou, plus récemment, de l'amiante attestent bien de ces mécanismes. Le développement de l'hygiénisme industriel au XIX^e siècle s'est heurté à la double résistance des patrons et des ouvriers (Moriceau, 2009). Aujourd'hui encore, la perception des liens entre santé et travail n'est immédiate ni pour les travailleurs, ni pour ceux qui les dirigent, ni pour les scientifiques. Chez les salariés, des « idéologies défensives de métier » ou « stratégies collectives de défense » (Dejours, [1980] 1993), souvent marquées par le genre, continuent d'alimenter méconnaissance, banalisation ou déni, alors que le contexte socioéconomique – précarité de l'emploi, intensification du travail – favorise de nouvelles formes de déni ou de censure (Gollac et Volkoff, 2006). Les transformations productives, comme les dispositifs institutionnels de la santé au travail participent activement d'une sous-estimation sociale des accidents du travail et des pathologies professionnelles (Thébaud-Mony, 2007 ; Daubas-Letourneux, 2009). La reconnaissance des atteintes à la santé d'origine professionnelle, et plus largement des notions de « pénibilité » ou même de « conditions de travail », fait ainsi l'objet d'un processus historique dans lequel les luttes sociales jouent un rôle de premier plan, aux côtés de la dynamique des connaissances scientifiques ou expertes. Au travers de ce processus, certains aspects du travail ou du métier perçus initialement comme en faisant partie *naturellement* deviennent discutables, contestables, modifiables. Par exemple, la forte augmentation de la proportion d'infirmières déclarant « porter des charges lourdes » observée d'une enquête sur les conditions de travail à une autre renvoie à une grande mobilisation sociale de cette profession intervenue entretemps (Gollac, 1998 ; Kergoat *et al.*, 1992). Parmi les nombreux obstacles à la connaissance et à la reconnaissance des effets pathogènes du travail, mentionnons enfin la difficulté, voire l'impossibilité, d'isoler un facteur parmi de multiples facteurs de risques professionnels, et au-delà parmi un ensemble de facteurs dont certains ne sont pas d'origine professionnelle ; ainsi que la nature indirecte et différée dans le temps de nombreux effets pathogènes.

Selon le deuxième modèle, le travail et les conditions d'emploi peuvent contribuer à construire, préserver ou développer la santé. Si ce modèle est largement dominé par le premier, c'est que la « bonne » santé est invisible et silencieuse, qu'elle constitue un angle mort de la construction socio-institutionnelle de la santé au travail. Pourtant, de nombreux travaux conduits en ergonomie, psychologie et psychosociologie permettent de le soutenir, et ce

selon des perspectives diverses. Celle de l'école française d'ergonomie, ou ergonomie de l'activité, selon laquelle plus la situation de travail permet à l'opérateur de déployer son activité en tenant compte de son expérience et de sa singularité, plus elle lui permettra de préserver sa santé (Duraffourg, 1985 ; Daniellou, 2005). Celle de la dialectique entre « souffrance et plaisir » au travail (Dejours, 1987). Celle de la « fonction psychologique du travail » et du « pouvoir d'agir » au travail (Clot, 1999, 2008 ; Davezies, 2001, 2008). Celle du modèle de Karasek (1979), largement utilisé dans les études épidémiologiques des « facteurs psychosociaux » de risques (Encadré I), aux côtés du modèle de Siegrist (1996). Toutes ces approches ont en commun de ne pas isoler les composantes psychiques et somatiques, et de mettre l'accent sur l'importance des dimensions de reconnaissance, d'autonomie, de coopération et de débat au sein des collectifs, de la possibilité de faire un travail de qualité. Les enquêtes sociologiques sur la satisfaction au travail retrouvent ces dimensions comme éléments du « bonheur au travail », en repérant, à l'instar de l'ergonomie et de la psychologie du travail, le rôle de la qualité de l'activité de travail – contenu, organisation, conditions. Le regard sociologique y ajoute le rôle de la dimension « emploi » de la situation de travail – statut juridique et social de l'emploi, rémunération, perspectives de carrière –, et porte au jour les différenciations sociales des significations du travail, liées notamment au niveau de qualification et au sexe. Il existe ainsi un lien étroit entre, d'une part, la position dans la hiérarchie des qualifications et des salaires et, d'autre part, l'importance relative accordée aux dimensions extrinsèques ou intrinsèques du travail (Baudelot et Gollac, 2003). « Du haut vers le bas de la pyramide sociale, se creuse l'écart entre ce qu'on attend du travail et ce que l'on en reçoit. » (Lalivie d'Épinay, 1994, p. 81). Autant que celle de santé la signification attribuée à la notion de travail varie, socialement et subjectivement. Si l'on suit ce deuxième modèle d'analyse, on doit se garder d'attribuer systématiquement à des effets de méconnaissance, de banalisation ou de déni les représentations positives du lien travail/santé. On notera enfin qu'il est souvent combiné, par les mêmes auteurs, avec le premier – selon les conditions dans lesquelles il s'exerce, le travail peut être destructeur ou constructeur de santé –, et qu'il est présent dans les représentations communes (« le travail, c'est la santé »).

Le troisième modèle d'analyse appréhende la santé comme composante relativement indépendante mais participant du rapport au travail et des parcours professionnels. En quelque sorte, il inverse le sens de la causalité, mettant l'accent sur la manière dont la santé joue sur la vie professionnelle. Il permet, notamment, d'étudier les effets de sélection ou d'orientation professionnelle par la santé : effets positifs, ou « effet du travailleur sain », au travers duquel les individus en bonne santé sont surreprésentés dans des postes de travail pénibles ; effets négatifs, autre face du même processus, au travers duquel les travailleurs dont la santé est fragile se trouvent écartés des mêmes postes, orientés vers des postes moins pénibles, voire franchement exclus de la sphère de l'emploi. C'est l'une des explications de l'état de santé médiocre des chômeurs, relativement à la population active occupée. Des

recherches sociologiques récentes mobilisent ce troisième modèle d'analyse. « La situation de santé des individus ne dépend pas uniquement de l'exposition aux risques professionnels. La maladie ou l'accident peuvent survenir pour d'autres causes, sans interdire la poursuite ou la reprise des activités professionnelles. » (Célérier, 2008, p. 1). Or, « dans le contexte d'un marché de l'emploi hyperconcurrentiel, et face à des exigences toujours plus fortes dans l'accomplissement du travail, les salariés dont la santé est défaillante sont les premiers à voir leur intégration professionnelle fragilisée » (Hélarlot, 2009, p. 23). La prise en compte de ce modèle d'analyse est susceptible d'anticiper des phénomènes *a priori* surprenants car paradoxaux, puisqu'ils peuvent aussi bien se traduire par l'inversion du lien attendu entre pénibilité de la situation de travail et état de santé que par une perception de ce lien, quand on mesure les exigences du travail en matière de santé et que l'on craint leurs incidences.

Ces trois modèles ne donnent donc pas la même place aux perceptions des relations travail/santé par les salariés. Le premier oriente directement la recherche vers l'analyse des formes de connaissance et surtout de méconnaissance des atteintes professionnelles. Les suggestions des deux autres sont plus indirectes. Le deuxième incite à être attentif à la manière dont les salariés peuvent, y compris malgré les atteintes professionnelles éventuelles à leur santé, trouver (ou rechercher) dans le travail des ressources de développement de leur santé, notamment psychique. Le troisième invite à rechercher, dans la perception que le salarié a de son état de santé et des différents facteurs qui l'influencent, les sources des représentations qu'il a des rapports entre son travail et sa santé.

Nous voudrions ici soutenir l'idée qu'il convient de combiner ces trois modèles pour appréhender la perception par les salariés des liens travail/santé, que cette dernière converge ou diverge avec les relations plus objectives mises au jour par la recherche sur les liens travail/santé. En effet, les auteurs ont le plus souvent tendance à en privilégier un seul. Ils ont également tendance à privilégier certains groupes sociaux. Le premier modèle a beaucoup été utilisé, notamment par l'ergonomie, pour étudier les atteintes à la santé, sous-estimées par les travailleurs les plus exposés aux formes traditionnelles de pénibilités, physiques ou chimiques, et au travail le plus prescrit (ouvriers, employés d'exécution). Quand on s'intéresse à des groupes professionnels nettement plus qualifiés, il est plus difficile de ne pas prendre en compte le travail comme facteur de santé. L'étude de ce qui est désigné aujourd'hui comme « nouveaux risques professionnels », ou « facteurs psychosociaux de risques », si elle reste un domaine privilégié de l'épidémiologie (Encadré I), sollicite davantage la contribution de la sociologie. Ces réalités n'épargnent pas les travailleurs qualifiés, souvent les plus prompts par ailleurs à utiliser la catégorie de « stress » pour désigner leurs difficultés professionnelles ; au travers de quels processus sociaux se construisent les déclinaisons et les usages sociaux très divers d'une telle catégorie (Buscatto, Lorient et Weller, 2008) ? Selon quelles logiques et quelles finalités des acteurs sociaux, opposés par ailleurs sur bien des points, en viennent-ils à

mobiliser la notion de « stress des cadres » ? (Guyonvarch, 2008). Enfin, le troisième modèle, s'il met au jour des processus objectifs de sélection par la santé, s'il permet d'anticiper des phénomènes de sous-estimation subjective de ces processus – sélectionnés par une bonne santé, les salariés concernés peuvent avoir tendance à minorer les risques professionnels –, n'est pas conçu pour élucider ces derniers.

ENCADRÉ I. – *Facteurs psychosociaux de risques et modèle de Karasek*

Le modèle de Karasek (1979) se traduit par un questionnaire qui est le principal outil utilisé en épidémiologie des risques psychosociaux. Ce modèle comportait d'abord deux dimensions : la *demande psychologique* et la *latitude décisionnelle*. La première désigne les aspects quantitatifs et qualitatifs de la charge psychologique de travail. La seconde renvoie à l'utilisation des compétences et à l'autonomie décisionnelle. La conjonction d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle forme une situation à risques pour la santé (*job strain*). Ce modèle a été complété ultérieurement par une troisième dimension, le *soutien social* au travail de la part de la hiérarchie comme des collègues (Johnson et Hall, 1988). La puissance prédictive de ce modèle sur divers aspects de la santé mentale – anxiété, dépression – et physique – maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques – est attestée par de nombreux travaux. S'il est pertinent en épidémiologie, il a des limites en matière d'analyse des situations de travail (difficulté à démêler contraintes perçues et contraintes intériorisées) et d'aide à leur transformation (Davezies, 2001).

Une grande prudence est donc de mise dans la recherche d'attribution d'un effet à une cause, voire à plusieurs causes. On s'inscrit ainsi dans la démarche préconisée par Volkoff et Molinié (2008), selon laquelle le repérage de régularités statistiques ne pouvant rendre compte pleinement de ces causalités complexes, il est également indispensable de « décrire des configurations » sociales concrètes. Ajoutons, jusque dans les dynamiques biographiques des salarié-e-s qui s'y inscrivent, étant entendu que c'est jusqu'à l'échelon d'un individu « pluriel » (Lahire, [1998] 2006) qu'il convient de combiner les trois modèles d'interprétation des représentations des liens travail/santé.

Les grandes différenciations sociales

Des multiples exploitations secondaires de la dernière enquête *Sumer 2002-2003* (Encadré II), on retiendra quelques résultats portant sur la perception du lien entre santé et travail et ses différenciations sociales (1), en avançant les interprétations et interrogations qu'ils suggèrent.

(1) On utilise les réponses à la question : « Pensez-vous que votre travail influence votre santé ? » – « Non, mon travail n'influence pas ma santé. – Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé. – Oui, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé ».

ENCADRÉ II. – *L'enquête nationale Sumer 2002-2003 sur les risques professionnels*

Initiée par la Direction des relations du travail et la Dares, afin de dresser une cartographie des risques professionnels des salariés, elle bénéficie du concours de médecins du travail. 49 984 salariés, formant un échantillon représentatif des actifs salariés occupés, ont répondu au questionnaire qu'ils administrent, dont 24 486 à un « autoquestionnaire » complémentaire. Le premier renseigne précisément l'organisation du travail, les risques physiques, chimiques et bactériologiques. Le second, principalement la perception du lien travail/santé, ainsi que les risques « psychosociaux », au travers du questionnaire de Karasek. Pour une vue d'ensemble sur les évolutions des risques et pénibilités depuis la première enquête (1994), voir Arnaudo *et al.* (2004). Les principaux résultats concernant les « facteurs psychosociaux de risque » à partir du questionnaire de Karasek ont été publiés dans Guignon, Niedhammer et Sandret (2008).

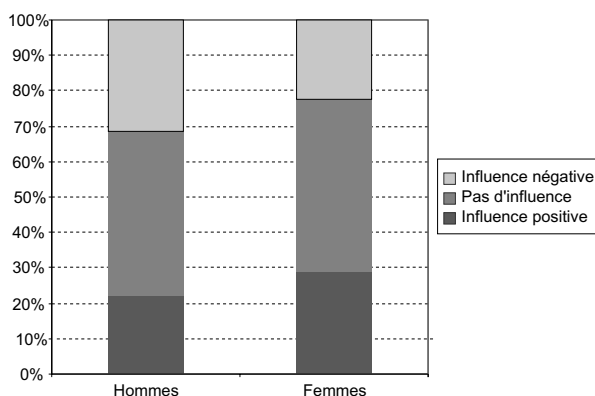
Les facteurs de variation de la perception du lien travail/santé

La moitié des salariés juge que son travail n'influence pas sa santé. Dans l'autre moitié, seulement une petite majorité pense que cette influence est « plutôt mauvaise ». Ce premier résultat peut être interprété très diversement. On peut mettre l'accent, en suivant le premier modèle rappelé plus haut, sur la fréquence du déni ou de la méconnaissance d'atteintes à la santé, que ce dernier prenne la forme « faible » de la non-reconnaissance de liens entre travail et santé, ou « forte » de la revendication d'une influence positive. On peut, à l'inverse, prendre appui sur le deuxième modèle pour interpréter la fréquence des réponses « Non » par la difficulté qu'auraient les salariés à trancher entre des influences qui, bien que perçues, jouent en sens inverse et tendent à se neutraliser ; et même pour souligner qu'une minorité significative du salariat perçoit le travail d'abord comme facteur de santé, malgré les difficultés dont ce dernier peut être en même temps le lieu. On peut enfin référer au troisième modèle en prenant en compte l'état de santé des actifs occupés, relativement meilleur que celui des chômeurs ou même que d'une partie de la population en âge de travailler, mais inactive professionnellement.

Les grandes différenciations sociales se manifestent beaucoup moins sur la fréquence de la perception d'un lien entre la santé et le travail que sur le sens, positif ou négatif, de ce lien : la dispersion des réponses à la question « Pensez-vous que votre travail influence votre santé ? » est nettement plus faible que celle des réponses aux deux modalités offertes : « Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé. – Oui, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé ». Le sexe et l'appartenance ou non au groupe ouvrier sont les deux premières caractéristiques sociodémographiques et de condition sociale qui jouent sur le sens de la perception des liens entre santé et travail (Graphiques I, II, III). Parmi la moitié des salariés qui considèrent que leur travail influence leur santé, deux hommes sur trois la jugent négative, deux femmes sur trois la trouvent positive ; deux ouvriers sur trois la jugent négative, ce qui

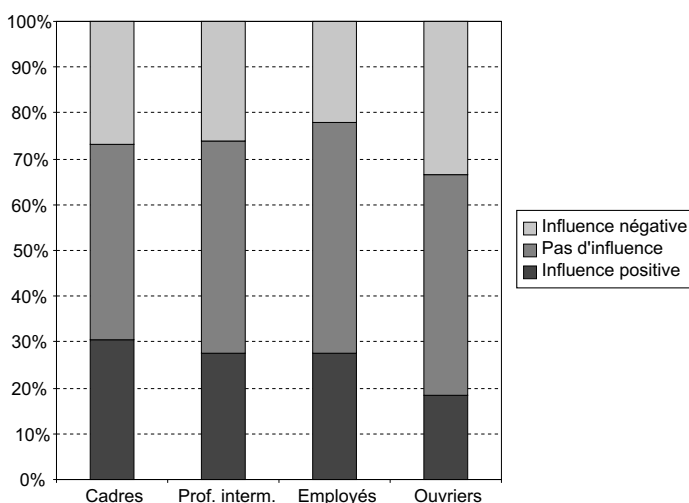
est aussi le cas de plus d'une ouvrière sur deux ; deux cadres de sexe féminin sur trois la jugent positive. Faible parmi les ouvriers, la différence entre les sexes est très marquée dans les trois autres grandes catégories sociales : employés, professions intermédiaires et cadres. Pour les hommes, la perception d'une influence négative l'emporte dans toutes les catégories, sauf chez les cadres, où les opinions sont partagées. Pour les femmes, seules les ouvrières perçoivent majoritairement un lien négatif, la perception d'une influence positive l'emportant nettement dans les trois autres catégories.

GRAPHIQUE I. – Perception de l'influence du travail sur la santé selon le sexe



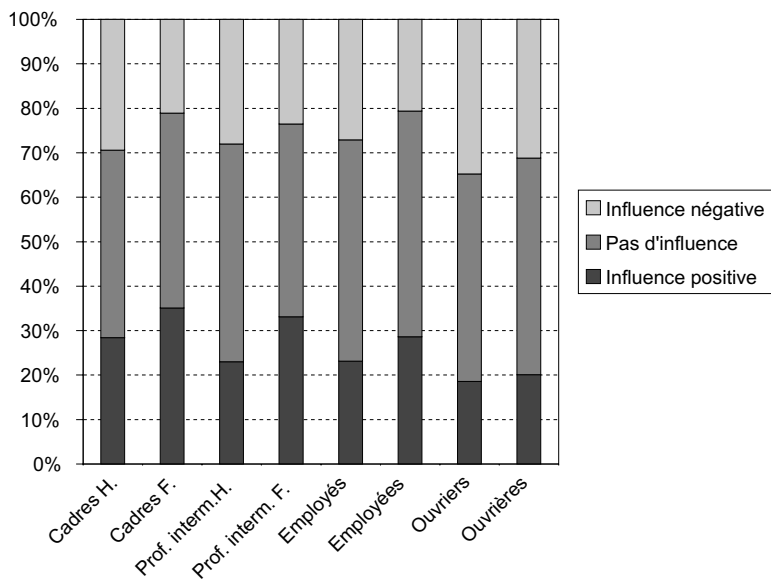
Source : Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation originale.

GRAPHIQUE II. – Perception de l'influence du travail sur la santé selon la PCS



Source : Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation originale.

GRAPHIQUE III. – Perception de l'influence du travail sur la santé selon la PCS et le sexe



Source : Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation originale.

Ces liens statistiques sont attestés à la fois en considérant chacune de ces variables isolées, et en mesurant son effet propre « toutes choses égales par ailleurs ». Le modèle de régression présenté ci-dessous (Tableau I) montre que l'effet combiné du sexe et de la PCS est encore net, y compris lorsque l'on introduit des variables liées à la santé perçue ou à la satisfaction au travail, dont l'effet propre est encore plus puissant. Il précise que les ouvrières se distinguent peu des ouvriers de sexe masculin, surtout du point de vue de la perception, peu fréquente, d'un lien positif ; et que les femmes cadres se particularisent par la fréquence de la perception d'un lien positif ; par ailleurs, être plus jeune, avoir un statut d'emploi stable, être salarié d'un grand établissement, autant d'attributs également associés à une perception plus négative du lien santé/travail (2).

(2) D'autres variables ont été testées dans d'autres modèles non présentés ici : la présence d'un CHSCT joue positivement sur la perception d'un lien négatif entre santé et travail ; travailler en horaires atypiques joue, mais faiblement, sur cette même perception.

TABLEAU I. – *Perception de l'influence du travail sur la santé : analyse « toutes choses égales par ailleurs »*

LOGIT : hypothèse nulle	Estimer une relation négative travail/santé		Estimer une relation positive travail/santé	
	odds R	P	odds R	P
Ouvriers	réf.	réf.	réf.	réf.
Ouvrières	0,60	p <.0001	1,04	p >.10 (n.s.)
Employés	0,72	p <.0001	1,36	p <.0001
Employées	0,46	p <.0001	1,78	p <.0001
Pro. interm. hommes	0,70	p <.0001	1,39	p <.0001
Pro. interm. femmes	0,51	p <.0001	2,18	p <.0001
Cadres hommes	0,96	p >.10 (n.s.)	1,77	p <.0001
Cadres femmes	0,50	p <.0001	2,50	p <.0001
30-39 ans	réf.	réf.	réf.	réf.
- 30 ans	1,35	p <.0001	0,93	p >.10 (n.s.)
40-49 ans	0,83	p <.0001	1,10	p <.05
50 ans et +	0,72	p <.0001	1,20	p <.01
CDI	réf.	réf.	réf.	réf.
Fonctionnaire	0,90	p >.10 (n.s.)	1,32	p <.0001
Précaire	0,75	p <.0001	1,23	p <.001
Ancienneté 3 à 10 ans	réf.	réf.	réf.	réf.
Ancienneté < 3 ans	0,84	p <.0001	1,18	p <.01
Ancienneté > 10 ans	1,13	p <.01	0,89	p <.01
50 à 499 salariés	réf.	réf.	réf.	réf.
1 à 49 salariés	0,84	p <.0001	1,18	p <.0001
500 salariés et +	1,36	p <.0001	0,86	p <.01
Plutôt satisfait de son travail	réf.	réf.	réf.	réf.
Plutôt insatisfait de son travail	5,09	p <.0001	0,32	p <.0001
État de santé noté plutôt haut	réf.	réf.	réf.	réf.
État de santé noté plutôt bas	3,32	p <.0001	0,71	p <.0001

Note : Ce tableau présente les résultats de deux régressions logistiques binaires : dans la colonne de gauche, la variable dépendante est « penser que son travail influence négativement sa santé », opposée aux deux autres modalités possibles ; dans la colonne de droite la variable est « penser que son travail influence positivement sa santé », opposée aux deux autres réponses.

Lecture : Population de référence : homme, 30-39 ans, ouvrier, 3 à 10 ans d'ancienneté, établissement de 50 à 499 salariés, plutôt satisfait de son travail, se jugeant plutôt en bonne santé (note supérieure à 6/10). Être une femme ouvrière, « toutes choses égales par ailleurs », se traduit par une probabilité plus faible d'estimer un lien négatif entre travail et santé (« odds ratio » de 0,60 contre 1). Significativité statistique : au seuil 1 % (p < .0001), 1 % (p < .01), non significatif (p > .10).

Quatre pistes pour expliquer les perceptions plus positives des femmes

La différence globale selon le sexe suggère quatre pistes d'interprétation.

1) Les emplois féminins seraient associés à une construction sociale plus systématique de l'invisibilité des atteintes à la santé dont ils sont le lieu

(Gollac et Volkoff, 2002 ; Guignon, 2008 ; Vogel, 2003). Ce phénomène s'observerait particulièrement dans les milieux professionnels construits au féminin et où les femmes restent très majoritaires, moins nettement quand elles y sont minoritaires (3). Mais même dans ce cas, les tâches confiées aux femmes sont souvent jugées socialement moins pénibles, alors que l'ergonomie montre qu'il n'en est rien. La méconnaissance de l'origine – ou de la composante – professionnelle des problèmes de santé des femmes n'est pas que le fait des intéressées, mais aussi du monde de la recherche (Messing, 2000) et des institutions (Caroly, 2009).

2) Les femmes apprécieraient d'autant plus le travail professionnel comme facteur de santé que l'accès durable à l'emploi est pour elles une conquête historique récente. Cette interprétation va dans le sens des travaux montrant que les critères d'évaluation du travail et du salaire varient selon le sexe, ceci se traduisant chez elles par le paradoxe d'un niveau de satisfaction à l'égard du travail assez proche des hommes, à condition salariale objective inférieure. Elles sont ainsi plus nombreuses que les hommes à juger leur situation professionnelle meilleure que celle du parent du même sexe. Situés dans leur trajectoire historique on comprend mieux que les rapports au travail professionnel des femmes et des hommes ne soient pas identiques. Pour les premières, « les critères [...] débordent largement la sphère strictement monétaire et économique et mettent en jeu le rapport à l'emploi dans sa dimension historique : indifférence relative au montant du salaire et intériorisation du caractère secondaire du salaire féminin [...] mais aussi attachement fort au statut de salariée comme moyen d'accéder à l'indépendance » (Baudelot et Serre, 2006, p. 136). Plus souvent perçue comme facteur d'émancipation, l'activité salariée serait, de ce fait, moins souvent soumise à la critique du point de vue des conditions d'emploi et de travail.

3) Ce travail professionnel est concurrencé par le travail parental et domestique comme facteur potentiel d'atteinte à la santé. Ainsi, le même type de contraintes professionnelles est probablement davantage associé subjectivement aux responsabilités domestiques chez les femmes que chez les hommes. Par exemple, les horaires imprévisibles ou irréguliers les concernent plus souvent (Bué et Coutrot, 2009), leurs implications seraient d'autant plus négatives pour elles qu'elles assument l'essentiel du travail domestique, mais elles seront probablement souvent perçues au travers du thème de la difficulté de « concilier » vie familiale et vie professionnelle, voire plutôt imputées aux responsabilités familiales elles-mêmes qu'au travail en tant que tel.

4) L'accès des femmes à l'emploi serait davantage conditionné par leur santé, sachant qu'une situation d'inactivité professionnelle, voire de chômage, est plus fréquente et moins illégitime socialement pour elles. Des résultats d'autres enquêtes attestent d'une santé meilleure chez les femmes en emploi

(3) C'est ainsi que l'on peut interpréter que chez les ouvriers la différence de sexe joue nettement moins, « toutes choses égales par ailleurs », sur les réponses « estimer une influence positive du travail sur sa santé ».

que chez les femmes sans activité professionnelle, et un peu meilleure chez les chômeuses que chez les chômeurs (4).

On le voit, si certaines de ces pistes peuvent s'inscrire dans les modèles de causalité cités plus haut – modèle de la méconnaissance-naturalisation-déni et modèle de la sélection –, d'autres les débordent. C'est le cas pour le rôle du travail comme « emploi », et donc comme support de socialisation, et pour le sens du travail dans la vie quotidienne et ses arbitrages, même si ces processus peuvent s'articuler à ceux du deuxième modèle, où le rôle de l'activité de travail est valorisé comme opérateur de santé par l'ergonomie ou par la psychologie.

La spécificité ouvrière

On l'a vu, la différence selon la catégorie socioprofessionnelle s'exprime surtout entre les ouvriers et les autres : deux ouvrier-e-s sur trois, parmi ceux/celles qui déclarent percevoir un lien entre leur travail et leur santé, précisent qu'il s'agit d'une influence négative ; chez les employé-e-s les jugements sont déjà nettement moins déséquilibrés ; ils sont très équilibrés chez les professions intermédiaires ; et les cadres expriment majoritairement des perceptions positives (5). On retrouve d'ailleurs un effet propre du niveau de qualification, « toutes choses égales par ailleurs », sur la probabilité d'émettre un jugement positif.

Les deux interprétations de l'effet propre du niveau de qualification sont, *a priori*, les suivantes. 1) Plus la qualification est élevée, plus les dimensions de développement de la santé par le travail peuvent l'emporter sur les effets délétères. 2) Les atteintes à la santé, réelles ou potentielles, sont d'autant plus perçues qu'elles renvoient à des conditions de travail – pénibilités physiques et risques corporels notamment – qui ont été construites historiquement comme telles dans le monde industriel et ouvrier (6). Ce dernier phénomène en contredit donc puissamment d'autres. Certains sur lesquels l'accent a souvent été mis, comme l'existence de cultures de métier valorisant les pénibilités et/ou les dangers qui y sont associés. D'autres, moins souvent relevés, telle une sélection par la santé sans doute plus sévère pour les emplois d'ouvriers que ceux de « cols blancs ». Si l'on prend en compte ces deux derniers phénomènes, on peut juger finalement que le monde ouvrier continue de se singulariser par une critique sociale plus fréquente des dimensions pathogènes du travail.

(4) Exploitations en cours de l'enquête *Santé et itinéraire professionnel* (Dares-Drees).

(5) Cette spécificité ouvrière apparaît dans d'autres enquêtes : ils forment ainsi l'une des catégories qui déclarent le plus de problèmes de santé et les imputent le plus souvent à leur travail (Waltisperger, 2004).

(6) L'adoption de ce point de vue constructiviste ne doit pas conduire à nier les effets mécaniques sur l'organisme de certaines pénibilités plus difficiles à ignorer par les sujets que d'autres sources d'atteintes à d'autres dimensions de la santé.

Inversement, de même que des métiers féminins se distinguent des métiers masculins par une construction sociale tendant à y rendre plus invisibles des composantes délétères, l'activité professionnelle des professions intermédiaires ou des cadres ne serait pas en elle-même moins pathogène que des tâches ouvrières : elle ne serait pas – ou pas encore – construite socialement comme telle. La montée en puissance d'un thème comme celui de la « souffrance » ou du « stress » au travail dans ces catégories sociales pourrait cependant tendre à modifier cette donnée.

Un examen plus précis de certaines familles professionnelles s'avère instructif. Les jugements positifs sont particulièrement fréquents dans des catégories *a priori* très disparates de salariés, telles les « maraîchers-jardiniers-viticulteurs », les « professionnels des arts et des spectacles », mais aussi les « professionnels de l'action sociale, culturelle et sportive ». Soit, d'une part, des métiers manuels, sans doute pénibles physiquement, mais dont l'exercice en plein air et une certaine autonomie professionnelle favoriseraient de tels jugements, et, d'autre part, des métiers moins manuels et à forte composante vocationnelle. On revient plus bas sur le cas des soignantes, qui montre aussi à sa manière que le niveau de qualification, même lorsque l'on contrôle la variable sexe, ne joue pas toujours dans le même sens sur la perception de l'influence du travail sur la santé.

Autres facteurs de différenciation

Le rôle de l'âge dans l'appréciation du lien travail/santé est moins net que ceux du sexe et de la catégorie socioprofessionnelle. Il apparaît toutefois dans certains cas lorsque l'on observe la distribution des réponses selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe, notamment chez les jeunes ouvriers et ouvrières. Il se manifeste surtout dans l'analyse « toutes choses égales par ailleurs », dans laquelle l'âge semble associé à des jugements négatifs moins fréquents. L'élévation du niveau de formation et d'information d'une part, une socialisation plus à distance des idéologies de métier et l'affirmation d'une relation plus instrumentale au travail d'autre part sont les interprétations le plus souvent avancées de cet effet d'âge et/ou de génération (7). Ces phénomènes tendraient à l'emporter sur d'autres, telles les conduites juvéniles de déni ou de valorisation des risques, il est vrai plus marquées chez les jeunes de sexe masculin.

Certains aspects des conditions d'emploi et de travail jouent sur la perception du lien entre travail et santé de manière également plus complexe qu'il n'y paraît. Si certaines contraintes physiques ou organisationnelles jouent puissamment dans le sens de perceptions négatives, il n'en est pas de même

(7) On sait que la variation d'un indice selon l'âge, observée en coupe instantanée, ne permet pas de trancher entre ses deux ressorts possibles, d'une part d'âge proprement dit – ou de position

dans le cycle de vie –, d'autre part de génération sociale. Rien ne permet donc d'affirmer qu'un rapport plus lucide ou critique à la santé au travail chez les jeunes sera durable.

pour le statut d'emploi. On sait que les salariés précaires – intérimaires, CDD – et, plus largement, ceux qui sont peu anciens dans leur emploi sont surexposés aux risques professionnels. Or, ils déclarent, « toutes choses égales par ailleurs », une perception plus positive du lien travail/santé. Ce paradoxe peut résulter d'un double effet : de sélection par la santé, ou « effet du travailleur sain » – parmi les précaires, ceux qui sont en emploi à un moment donné sont sur-sélectionnés par leur santé ; et d'un attachement au travail d'autant plus grand qu'ils savent qu'ils risquent plus que d'autres d'en être privés.

Dernières dimensions des situations de travail dont le rôle semble *a priori* paradoxal dans les perceptions des liens travail/santé de l'ensemble des salariés, la taille de l'établissement et la présence ou non d'un CHSCT. Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, travailler dans un grand établissement d'une part, et bénéficier de la présence d'un CHSCT d'autre part sont deux facteurs associés à des perceptions plus souvent négatives. Ici, tout se passe comme si des dimensions favorisant une meilleure information sur les risques professionnels favorisaient du même coup la présomption de l'existence de nuisances (Coutrot, 2009).

Soignantes : une perception d'un lien travail/santé relativement fréquente

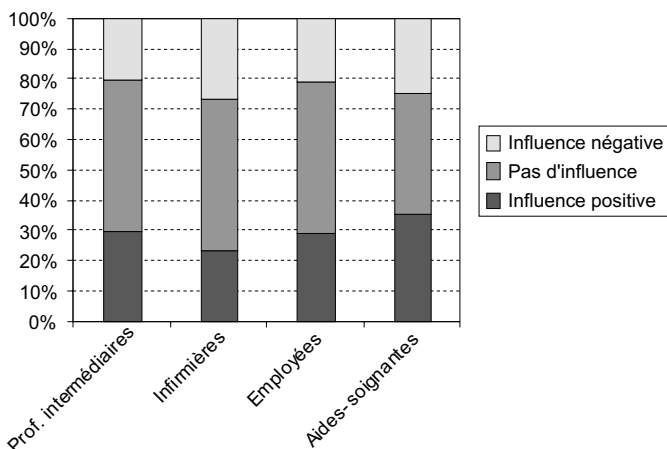
Les soignantes (infirmières et aides-soignantes), suffisamment nombreuses dans l'enquête *Sumer* pour être isolées (8), sont surexposées à un ensemble de contraintes professionnelles, non seulement au plan du temps et des horaires de travail, mais également de nombreuses autres formes de pénibilité (Camus et Waltisperger, 2009) (9). On n'est donc pas entièrement surpris par l'observation suivante, même si l'on pouvait penser que le poids de l'héritage vocationnel dans ces professions continuait de jouer en sens inverse : comparées aux femmes salariées des mêmes catégories socioprofessionnelles, elles se singularisent par des perceptions nettement plus fréquentes de liens entre le travail et la santé, notamment de lien négatif, et ce tout particulièrement chez l'ensemble des infirmières – du public et du privé (Graphique IV). Les aides-soignantes, comparées à l'ensemble du groupe des employées, manifestent certes des perceptions plus souvent négatives, mais également plus souvent positives. Autre spécificité des soignantes prises dans leur ensemble : on ne retrouve pas chez elles la relation attendue entre le niveau de qualification et l'appréciation du lien travail/santé. Au contraire, les infirmières déclarent nettement plus souvent que les aides-soignantes une influence négative.

(8) 1 107 soignantes dans l'enquête : 600 infirmières, 507 aides-soignantes.

(9) Un indicateur synthétisant les trois dimensions du questionnaire de Karasek – charge psychologique, latitude décisionnelle et soutien social – montre que les infirmières

hospitalières, suivies de près par les aides-soignantes hospitalières, ont un score de « charge de travail peu compensée » nettement supérieur à la population des ouvriers, ainsi qu'aux techniciens et agents de maîtrise de l'industrie.

GRAPHIQUE IV. – Perception de l'influence du travail sur la santé
Infirmières et aides-soignantes (public et privé)
et ensemble des femmes des mêmes PCS



Source : Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation originale.

Comment expliquer que la combinaison de « l'effet genre » et de « l'effet niveau de qualification », qui se traduit à un niveau agrégé par la faible fréquence des perceptions négatives du lien travail/santé dans l'ensemble des professions intermédiaires féminines, ne se retrouve pas chez les soignantes ? Il faut alors admettre que ni le genre, ni le niveau de qualification d'un milieu professionnel ne jouent naturellement dans un sens ou dans un autre. Dit autrement, il est possible que, dans certains contextes sociohistoriques, les normes de genre et de profession se combinent, au travers d'une alchimie originale, dans un sens opposé aux tendances agrégées. Pendant longtemps, les soignantes formaient un groupe où le genre féminin se combinait à la culture professionnelle pour tendre à une sous-évaluation des risques du travail (10). Aujourd'hui, les attentes féminines par rapport à certains aspects de leur activité professionnelle, particulièrement fortes dans certains métiers, pourraient contredire le processus de mise en forme sociale de ces conditions comme conditions « naturelles » (Guignon, 2008).

L'approche statistique des perceptions des liens entre le travail et la santé est indispensable pour cadrer de grandes tendances dans lesquelles se manifestent clairement le jeu des rapports sociaux – notamment de sexe et de classe – et de très nombreuses différenciations sociales du salariat au regard

(10) Il convient d'écartier l'idée selon laquelle l'exercice de métiers du soin prédisposerait à une conscience plus affirmée des risques liés à leur exercice. Il semble plutôt, à

l'inverse, que la proximité quotidienne avec la maladie conduise ici traditionnellement à dénier ou à euphémiser ses propres difficultés de santé.

du travail et de l'emploi. Elle soulève en même temps une série d'énigmes, liées à la complexité, à la circularité et à l'ambivalence de ces liens, lesquelles en appellent à des approches plus qualitatives et contextualisées. Parmi ces énigmes, la fréquence relative des déclarations d'un lien négatif entre santé et travail chez les femmes soignantes, particulièrement les plus qualifiées d'entre elles (les infirmières) ; et, inversement, l'existence d'une majorité d'ouvriers qui ne déclarent pas une telle relation négative.

Deux configurations socioprofessionnelles et sexuées

C'est une approche plus compréhensive et localisée que nous avons menée auprès de soignantes d'un centre hospitalier universitaire (CHU) et de salariés masculins (principalement ouvriers) d'entreprises sous-traitantes de l'industrie lourde (pétrochimie et sidérurgie), à partir à la fois de questionnaires et d'entretiens (Encadré III). Ces deux groupes ont été choisis parce qu'ils s'opposent très nettement non seulement du point de vue du genre, mais aussi du type de contexte de travail dans lequel est mise en jeu leur santé (11). Les pénibilités et risques professionnels ne sont pas les mêmes : risques bactériologiques, organisationnels et psychosociaux, horaires décalés à l'hôpital ; risques physiques et chimiques, instabilité d'emploi sur les sites de l'industrie lourde.

ENCADRÉ III. – *L'enquête localisée et son calage sur les données Sumer*

Un questionnaire original, pour une part inspiré du questionnaire *Sumer*, a été administré à 137 femmes soignantes (87 infirmières et 50 aides-soignantes) travaillant dans six services du CHU, et à 102 salariés masculins de la sous-traitance rencontrés dans un service interprofessionnel de médecine du travail. Les exploitations statistiques, en particulier une analyse factorielle de correspondance (AFC), ont permis de dégager trois profils organisés autour de la perception du travail et du rapport travail/santé, très proches de trois des quatre profils types dégagés par le questionnaire de Karasek (Guignon, Niedhammer et Sandret, 2008). Nous les avons appelés : « Le ou la responsable à forte sollicitation faiblement soutenue et reconnue » (principalement composé d'infirmières) ; « Le ou la salarié-e autonome bien soutenu-e et reconnu-e » (principalement composé d'agents de maîtrise et de techniciens de la sous-traitance) ; « L'exécutant-e peu sollicité-e et désimpliqué-e » (principalement composé d'aides-soignantes et d'ouvriers de la sous-traitance). Il a aussi permis de sélectionner les personnes à
.../...

(11) Nous avons également déjà mené des travaux sur ces deux milieux professionnels (Bouffartigue et Bouteiller, 2006 ; Bérout *et al.*, 2009). Si l'enquête *Sumer* permet d'isoler

les soignantes et de mettre en évidence leur singularité, ce n'est pas le cas pour les salariés de la sous-traitance de site industriel.

interviewer parmi les volontaires : 22 soignantes (6 aides-soignantes et 16 infirmières) et 19 salariés de la sous-traitance (10 ouvriers, 7 agents de maîtrise et 2 techniciens). Pour ces entretiens, nous avons privilégié les plus de 40 ans : une certaine durée d'expérience professionnelle pouvait enrichir l'expérience de la santé au travail, comme du vieillissement au travail et par le travail. 17 soignantes et 16 salariés de la sous-traitance ont plus de 40 ans.

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

Eu égard aux tendances indiquées par l'enquête nationale, les soignantes hospitalières témoignent bien d'attitudes critiques sur le lien travail/santé particulièrement fréquentes comparées aux femmes de même niveau socioprofessionnel ; mais les travailleurs de la sous-traitance paraissent moins critiques que d'autres catégories ouvrières, comme les ouvriers de la construction, par exemple.

Des profils sociaux et des contextes contrastés

Les soignantes de l'hôpital public forment un salariat relativement diplômé, à emploi protégé, inscrit sur un marché interne du travail où domine l'employeur public local, ses quatre établissements et plusieurs dizaines de services, par ailleurs diversifiés du point de vue des pathologies traitées, du profil de malades, des horaires pratiqués, etc. Les horaires de travail atypiques sont la norme. Le sentiment de dégradation des conditions de travail et de faire un travail « bousculé » est très dominant, la rémunération est jugée le plus souvent insuffisante. Les salariés de la sous-traitance forment un salariat moins diplômé, circulant principalement sur un marché externe du travail, éclaté en de multiples établissements, et sont soumis au nomadisme des chantiers. L'instabilité d'emploi, sinon la précarité d'emploi, constitue la norme professionnelle. La sélection par la stabilité familiale (12), et très probablement par la santé, y est nettement plus sévère. Les rapports de sous-traitance opacifient les responsabilités des entreprises en matière de sécurité comme d'encadrement du travail ouvrier. Pourtant, l'appréciation par ces travailleurs

(12) Chez les plus de 40 ans, presque tous ces salariés sont mariés et pères de famille. Dans la même catégorie d'âge, une soignante sur cinq n'a pas eu d'enfant.

de l'évolution des conditions de travail et l'évaluation du salaire sont bien plus favorables que celles des soignantes.

Dans chacun de ces deux milieux professionnels, la forte spécificité des conditions de travail et d'emploi apparaît en partie banalisée. On en trouve un premier indice dans le fait que les contraintes temporelles des soignantes n'empêchent pas un grand nombre d'entre elles de juger leurs horaires de travail « assez pratiques » ; et que la plupart des salariés de la sous-traitance disent « ne pas craindre pour son emploi », malgré une forte précarité d'emploi de fait (Tableau II).

TABLEAU II. – *Horaires de travail, statut d'emploi : situations et opinions dans les deux groupes (%)*

	Soignantes	Salariés sous-traitance
Travaillent régulièrement le dimanche	74	9
Jugent leurs horaires « pratiques » ou « assez pratiques »	69	76
Ont un statut d'emploi précaire	4	35
N'ont pas de crainte pour l'emploi	85	71

Les deux groupes s'opposent également nettement au plan du rapport aux risques professionnels (Tableau III). Chez les soignantes, en premier lieu les infirmières, dominent les risques dits « psychosociaux ». Elles déclarent presque toutes « vivre de fortes tensions avec le public », et signalent à la fois davantage de contraintes de rythme de travail et un moindre « soutien social » dans le travail. Elles sont effectivement nettement surreprésentées dans la catégorie des « stressés », au sens du modèle élargi de Karasek, et utilisent d'ailleurs souvent la catégorie de « stress » pour décrire des difficultés professionnelles, souvent renvoyées, on le verra, aux capacités psychologiques à tenir la « bonne distance » aux malades. Les salariés de la sous-traitance ont des tâches souvent marquées par les formes traditionnelles de pénibilité physique (bruit, températures excessives) et chimiques. Ils s'efforcent de se maintenir en emploi sur un marché du travail instable et sélectif, sans ignorer, pour nombre d'entre eux, les politiques de prévention associées au classement des sites industriels en catégorie « Seveso » (13). Ils déclarent davantage de pénibilités et d'expositions, passées et présentes, à des risques professionnels, signalent des problèmes de santé plus diversifiés, tout en imputant au travail, un peu moins souvent que les soignantes, un effet négatif sur leur santé. Il est vrai qu'ils se disent mieux informés des risques, plus soucieux du respect de règles de sécurité et déclarent plus souvent pouvoir s'absenter ou bénéficier de l'aide de leurs collègues en cas de problème de santé.

(13) Directives européennes émises suite au rejet accidentel de dioxine sur la commune de Seveso (Italie, 1976), impliquant des mesures préventives d'accidents industriels majeurs.

TABLEAU III. – *Expositions professionnelles les plus distinctives des deux groupes*

	Salariés sous-traitance (effectif)	Soignantes (effectif)
Tensions avec public	23	122
Examiner des objets, détails très petits	35	22
Signaux visuels, sonores	54	41
Fortes vibrations mécaniques	41	4
Tension nerveuse importante	34	104
Bruit excessif ou assourdissant	85	50
Froid, chaleur, intempéries	88	15
Poussières, substances chimiques	90	35
Risques d'accidents graves	88	34
Nombre moyen d'expositions	8,7	7,5
Plus de sept expositions	67	48
Total répondants	100	137

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

Ces réponses s'inscrivent dans un rapport à la santé qui différencie bien les deux groupes. Les soignantes disent plus souvent se soucier de leur santé « depuis toujours », les salariés de la sous-traitance seulement « depuis un certain temps ». Toutefois, les soignantes consultent moins souvent le médecin mais sont plus promptes à l'automédication. Quant aux salariés de la sous-traitance, ils déclarent davantage consulter « souvent » un médecin, même s'ils ne consomment pas de médicaments plus souvent que les soignantes. À la différence de genre entre le rapport féminin et masculin au corps et à la santé se combine l'effet probable en ce domaine de cultures professionnelles bien typées. Dénier viril des atteintes à la santé aussi longtemps que ces dernières peuvent être masquées, bien connu dans le monde de l'industrie et des chantiers, d'un côté ; distance à l'expertise médicale et tendance à la prise en charge par soi-même de sa santé chez les soignantes, de l'autre.

Des ressemblances entre certains sous-groupes

Une série d'analyses statistiques confirme de forts contrastes entre les deux contextes socioprofessionnels, mais montre aussi des ressemblances entre les

profils « travail et santé » de certaines soignantes et de certains salariés de la sous-traitance. En particulier, une AFC permet de distinguer trois profils, dont l'un est mixte professionnellement (voir Encadré III) (14). Le dernier point sur lequel les ressemblances l'emportent sur les différences renvoie au jugement global que les deux groupes portent sur l'influence de leur travail sur leur santé. Certes, les soignantes se prononcent moins souvent sur cette question. Mais, parmi les salariés des deux groupes qui se prononcent, on en trouve des proportions voisines pour dire percevoir une influence négative (un peu plus de quatre sur dix) sur leur santé, physique ou psychique (15).

Compassion féminine et/ou compassion professionnelle ?

Pour plus de la moitié des soignantes, la perception du lien travail/santé se présente soit comme franchement positive, soit comme suffisamment ambivalente pour que les dimensions négatives ne l'emportent pas dans les déclarations. Inversement, pour une forte minorité, les effets négatifs l'emportent, même si les entretiens traduisent toujours des représentations plus complexes et partagées. Un thème majeur structure alors la mise en forme du rapport au travail : la difficulté à trouver la « bonne distance » aux patients, à « compatir sans compatir », comme le dit une interviewée, c'est-à-dire à mobiliser la dimension compassionnelle du travail de soin dans une perspective professionnelle (Molinier, 2009).

Valorisation de l'activité professionnelle et/ou effets de méconnaissance : les effets négatifs du travail dominés ou contredits

Quand l'emportent les représentations positives ou ambivalentes du lien travail/santé, elles sont associées à cinq grands thèmes. Trois d'entre eux valorisent le travail, dans chacune de ses trois grandes significations : activité *sociale* ; condition d'*indépendance* économique ; activité dotée de *sens*. Le quatrième consiste à la fois à séparer les *conditions de travail* de ces dimensions valorisées de l'activité professionnelle, et à les banaliser comme composante de la profession. Le cinquième renvoie à un *parcours professionnel* promotionnel.

Ainsi, cette infirmière a pu prendre la mesure, au cours d'une période où elle s'est retrouvée femme au foyer, d'un manque ; celui des « échanges » et

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

l'évolution des conditions de travail, etc.

(15) Nous avons fait le choix, dans notre questionnaire, de poser la question sur la perception de l'influence du travail sur la santé en distinguant « santé physique » et « santé psychique » et en laissant ouverte la possibilité de répondre « Ne se prononce pas ».

des « relations » dont le travail est le lieu. Et, ajoute-t-elle, de l'indépendance économique qu'il permet.

« Si on veut bien travailler, il faut avoir une bonne santé... alors attendez... pour travailler, il faut être en bonne santé, ils sont interdépendants, on ne peut pas faire du bon travail si on n'est pas en bonne santé et la santé c'est le travail aussi. Moi, j'ai été dans une période où je n'ai pas travaillé parce que j'étais en disponibilité, je l'ai mal vécu. Je ne pensais pas que je le vivrais aussi mal [...] Parce qu'on se sent un peu exclue, un peu retirée, le travail ça vous apporte des relations avec les gens, vous faites des échanges, on vous apprend des choses, il y a plein d'échanges qui se produisent au travail et donc quand vous êtes coupée de ça... enfin moi je sais que je l'ai mal vécu. Donc je pense que les deux sont liés. Le problème, c'est que ça a été une coupure qui était trop nette, brutale, et en plus je devenais dépendante. Je veux travailler parce que ça m'apporte de travailler, j'aime ce que je fais aussi, mais je veux aussi être indépendante, pas dépendante à 100 % de mon mari. » (Infirmière, service gériatrie, 35 ans).

Et, pour cette autre infirmière, « le travail, c'est la santé et vice-versa » parce que c'est un domaine de réalisation personnelle, dont elle a pris la mesure de l'importance quand elle était en congé maternité :

« [Le lien travail/santé] représente pour moi la recherche de sens, trouver dans le travail un accomplissement personnel qui prenne en charge ma personnalité et qui ne la dévoie pas. [...] J'ai l'impression vraiment que je suis la même personne dans la vie et au travail... Pour moi, le travail c'est la santé et vice-versa. C'est un pilier important de ma vie, car quand j'ai été en maternité j'étais très contente de reprendre le boulot, j'avais besoin de reprendre ce boulot. Je n'aurais pas pu rester femme au foyer. Je ne me verrais pas toute la journée à la maison en train de faire le ménage, pour moi c'est inimaginable. » (Infirmière en réanimation, 47 ans).

Nombre d'interviewées distinguent clairement le travail comme *activité sociale* des *conditions* de ce travail : dans sa première dimension, il est, plus ou moins confusément, perçu comme facteur de santé – plutôt dans la dimension de santé mentale d'ailleurs –, alors que, dans sa seconde dimension, il est souvent vécu comme pathogène. Interrogé-e-s sur l'influence du « travail », les salarié-e-s, et les femmes plus encore que les hommes, auraient ainsi tendance à entendre plutôt le travail comme activité (16) ; et quand les salarié-e-s entendent également les *conditions* du travail, la difficulté à apprécier globalement le sens de cette influence se traduirait par la fréquence des réponses « Ne se prononce pas », ou « Non ». Cette distinction apparaît clairement dans l'extrait d'entretien qui suit.

« Il y a une tension nerveuse oui, mais pas par rapport au travail lui-même, mais plutôt par rapport aux conditions de travail. Le travail à la limite... ça n'a rien d'extraordinaire. Mais c'est par rapport aux conditions de travail. Vous imaginez, vous faites un entrant, il y a le médecin avec vous, l'interne, l'assistante, vous n'avez pas d'aide-soignante disponible. Vos collègues sont occupées parce qu'elles ont des patients lourds, il faut faire plein de choses en même temps dans l'urgence. Vous n'avez que deux mains. Il vous manque du matériel, vous ne pouvez pas dire "tu ne peux pas aller me chercher ci ou ça", il n'y a personne. C'est intolérable. » (Infirmière, 37 ans, bloc opératoire).

On doit donc être prudent avant d'interpréter comme « méconnaissance » ou « dénégation » les représentations qui s'organisent autour d'un tel clivage et qui, mettant l'accent sur le premier sens du mot « travail », tendent à

(16) L'enquête dirigée par Baudelot et Gollac (2003) a montré des différences de genre dans le rapport au travail qui vont dans ce sens.

déclarer un lien positif, ou à déclarer l'absence de lien, entre travail et santé. Reste que la même enquêtée, qui critique les conditions contredisant son sens du travail bien fait, peut en même temps affirmer que les soignantes qui ne parviennent pas à avoir la « bonne distance » – laquelle définit la « bonne professionnelle » et permet de se protéger du travail en le séparant nettement de la vie privée – ne sont « pas faites pour ce métier ». Ici, le risque professionnel est donc à la fois perçu comme construit par les conditions et le collectif de travail... et naturalisé comme faisant partie du métier.

Dernier élément associé aux représentations positives ou ambivalentes du lien travail/santé, les carrières des soignantes sont souvent marquées par une amélioration des conditions de travail au fil de l'ancienneté, laquelle relativise les pénibilités professionnelles vécues « ici et maintenant » (17). Cette amélioration concerne le parcours sur le « marché interne » du travail au sein de l'hôpital, mais doit s'apprécier plus largement eu égard au « marché externe » de l'emploi. Cela semble particulièrement le cas, localement, pour les aides-soignantes. Si elles sont, dans cet hôpital semble-t-il, comme au plan national, plutôt moins critiques que les infirmières sur la relation travail/santé – elles jugent leur travail tout aussi « fatigant », mais moins « stressant » et néfaste pour leur santé psychique – c'est, entre autres, pour deux raisons. Elles sont plus jeunes que les infirmières. Et elles ont nettement plus souvent que ces dernières connu un début de parcours professionnel difficile en dehors de l'hôpital public, marqué par la précarité de l'emploi et des tâches pénibles, notamment dans des activités de soins aux personnes âgées dans le secteur privé.

La difficile « bonne distance » aux patients

Au cœur des pénibilités du travail de soins se situe la difficulté de construire la « bonne distance » aux malades – de savoir « compatir sans compatir » comme le dit l'une d'elles. Mais cette difficulté fait l'objet, de la part des intéressées, de deux interprétations concurrentes, presque toujours entremêlées, selon qu'elles mettent en cause leur propre psychologie ou les conditions de travail. Ainsi, même chez celles qui expriment le plus une souffrance personnelle – parfois avec des expressions très fortes : « ma vie a été détruite », « je me suis niée », « je suis épuisée, en burn-out » –, les conditions de travail sont également mises en cause. Le cas d'Henriette (Encadré IV), qui revit quotidiennement dans son travail un drame personnel ancien, l'illustre remarquablement.

(17) Là encore l'enquête dirigée par Baudelot et Gollac (2003) relève l'importance des effets de trajectoire dans la satisfaction au travail.

ENCADRÉ IV. – *Henriette, infirmière de nuit : « Ma vie a été détruite »*

Henriette, 50 ans, en horaires de nuit, est infirmière-puéricultrice en maternité. C'est sans doute celle qui est le plus en difficulté pour construire la bonne distance au travail : « ma vie a été détruite », confie-t-elle, en expliquant que c'est le désir de réparer une maternité impossible – il lui a fallu de longues années pour connaître une grossesse, mais le bébé est décédé rapidement – qui l'a poussée, quand elle était aide-soignante, à devenir puéricultrice. « Je revis tous les jours des situations qui sont dures... toucher les enfants... c'est le fils que j'ai perdu... J'ai pas pu allaiter, quand je mets des enfants au sein ça me fait énormément plaisir, mais ça fait aussi mal. » Difficile, *a priori*, d'écarter l'interprétation psychologique en termes de « volonté inconsciente de réparation d'un échec » que certains auteurs mettent au principe du choix de la profession d'infirmière, pour la stigmatiser comme l'une des sources principales de la culpabilité et de souffrance des soignantes (18). Mais, si l'on suit Pascale Molinier (2009), c'est le collectif de travail qui est le principal creuset de la construction de cette bonne distance, hypothèse bien étayée par l'ensemble de notre enquête, qui confirme le rôle décisif du « soutien social » dans la genèse d'un rapport positif au travail et à la santé. Henriette déplore d'ailleurs la détérioration de l'ambiance et la démotivation des collègues de son service. On peut donc soutenir que cette infirmière n'aurait pas trouvé, du moins dans la durée, les ressources que peut offrir un collectif de travail dont le « libre jeu » fonctionne comme instance d'élaboration de la souffrance au travail. Dans ses propos, ces deux lectures s'affrontent : tantôt elle met l'accent sur son drame personnel – « c'est la vie qui m'a détruite, pas le travail » –, et sur l'importance du soutien psychothérapeutique dont elle bénéficie pour l'affronter ; tantôt elle met l'accent sur ses conditions de travail : « ambiance du service », et horaires de nuit, jugés responsables de nombre de ses dérèglements de santé – troubles du sommeil et de l'alimentation, surpoids, espérance de vie raccourcie – et d'un sentiment de marginalisation professionnelle. Henriette illustre la manière dont la vie professionnelle révèle une construction de la santé qui la précède et la déborde ; ici, comment, plus que de résoudre ses conflits psychologiques, elle semble plutôt les avoir entretenus.

On note que plusieurs autres infirmières, parmi les plus critiques sur la relation travail/santé, ont en commun avec Henriette l'absence d'une expérience complète de maternité, parfois associée au célibat durable. On peut penser que l'envahissement de la vie personnelle par la vie professionnelle rencontre ici moins de limites. C'est le cas de Mariette, 54 ans, elle aussi puéricultrice, qui se dit « épuisée, en burn-out depuis des années ». On retrouve chez elle cette difficulté à trouver la « bonne distance » avec la souffrance humaine. Si Henriette cherchait à « réparer » sa maternité impossible en travaillant en maternité, Mariette nous dit qu'elle cherche dans le métier d'infirmière, et dans sa composante la plus éprouvante psychologiquement, la

(18) Marc Loriol (2000) cite à ce propos le livre d'une infirmière générale sur le choix de la profession d'infirmière : M. Wenner, *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Paris, Seli Arslan, 1999.

pédiatrie, à « rendre ce qu'on lui a donné » en tant qu'enfant à la santé fragile. Elle aussi a réalisé un long travail psychothérapique qui semble ne pas avoir suffi pour soulager sa souffrance, et évoque en même temps la qualité médiocre de l'ambiance et des relations de travail dans le service : les tensions semblent fortes entre sages-femmes et infirmières, entre les plus anciennes et les plus jeunes de ces dernières, entre les infirmières et les aides-puéricultrices. Mariette juge sévèrement ces jeunes soignantes qui anticipent leur congé maternité ou se plaignent des horaires de travail hospitaliers : « Les gens veulent le beurre et l'argent du beurre... Les horaires, ça fait partie du métier ! Sinon, il fallait faire autre chose. » On voit ici comment l'idéologie vocationnelle tend à naturaliser certaines des pénibilités du travail. Ce qui ne l'empêche pas, par ailleurs, de juger que son travail influence négativement sa santé physique et psychique. On retrouvera peu ou prou cette ambivalence entre lecture psychologique et lecture collective de la santé chez la quasi-totalité des soignantes.

Mais une autre infirmière, également très critique sur le rapport travail/santé et par ailleurs syndicaliste, permet de comprendre, par contraste, comment chez d'autres une lecture psychologique des difficultés de régulation de la compassion peut faire obstacle à une contestation plus complète et plus politique des conditions de travail. Patricia se définit comme l'une des rares « passionnées du bloc », service accueillant nombre de jeunes infirmières qui n'y restent pas : « C'est une autre profession qu'infirmière en fait, c'est la profession d'infirmière, mais le contact avec le patient est limité. » Elle n'hésite pas à dire plus tard : « On n'a aucun contact avec le patient. » Syndiquée depuis quelques années, elle bénéficie d'une décharge de 20 % de son temps de travail. Autant les récits d'Henriette et de Mariette sont envahis par l'émotion, autant le sien est marqué par un certain détachement. Et elle utilise fréquemment le « on » ou le « nous », ce sujet collectif étant tantôt les soignantes du bloc, tantôt le syndicat. « On est arrivées à s'unir pour lutter contre les astreintes toutes ensemble, nous avons fait une grève en décembre. » « Ils voulaient que nous tarifions l'acte, mais là nous avons refusé. » La force du collectif soutient les actes individuels. Refuser de nouvelles tâches de saisie informatique des coûts des actes : « Je sais parfaitement comment se déroule une opération de l'appendicite, mais combien ça coûte j'ai pas envie de le savoir. » Dire non aux remplacements au pied levé : « Moi, ils [les cadres] ne m'appellent pas à la maison [pour remplacer une collègue absente]. » Les tensions vécues avec les chirurgiens ne sont pas individualisées : ce sont les médecins du bloc, en tant que collectif de spécialistes, qui sont mis en cause. Pas plus que ne sont individualisées les tensions avec l'encadrement ou les autres sources du « stress ». Les tensions avec les cadres sont imputées à l'évolution de la division du travail – les commandes de matériel antérieurement effectuées par les surveillantes échoient désormais aux infirmières –, au manque d'effectifs – « Faire un planning sans personnel, déjà ça doit être un casse-tête chinois. » –, au manque de formation des débutantes – « Des infirmières nouvelles on les jette comme ça en salle toutes seules... » –, et au défaut de moyens matériels – « Tous les matins on est obligé de trouver sa tenue, on est toujours en rupture de linge, bientôt on va

travailler en culotte. » Finalement, au principe de ses difficultés personnelles se trouve « la politique générale actuelle » : « On veut démanteler les services publics, alors autant dire qu'ils ne marchent pas. » Patricia tient donc à distance l'emprise pathogène du travail sur sa vie et sa santé à la fois par une orientation et une pratique très « techniciennes » de la profession, par une lecture politique des difficultés professionnelles et par la qualité de sa double insertion dans deux collectifs, l'équipe de travail et le syndicat.

Le déni viril du risque déstabilisé ?

S'il est nécessaire d'interroger le rapport aux risques professionnels des soignantes du point de vue de la fréquence relative des attitudes critiques, celui des salariés de la sous-traitance doit l'être du point de vue de la fréquence relative des relations positives au travail et à la relation travail/santé, eu égard à un contexte professionnel caractérisé par la surexposition aux risques et aux pénibilités de tous ordres. Outre, comme mentionné plus haut, la puissance très probable d'effets de sélection par la santé plus sévères qu'ailleurs, on peut y voir la persistance de stratégies collectives de défense (Dejours, [1980] 1993), mais aussi de l'existence de formes de solidarité plus fortes au sein des collectifs de travail, ainsi que des implications de parcours promotionnels, ici aussi fréquents. On insistera ici à la fois sur la persistance de formes de déni viril du risque, dans une certaine mesure fonctionnelles dans ce milieu professionnel, et sur leur recul dans les nouvelles générations, favorisant une représentation plus critique des liens travail/santé.

La persistance de stratégies collectives viriles de défense

Comment comprendre la fréquence des perceptions positives ou neutres des incidences du travail sur la santé chez des travailleurs qui, par ailleurs, reconnaissent plus souvent que les soignantes, dans leurs réponses au questionnaire, avoir connu par le passé des « situations professionnelles néfastes pour la santé » ?

En dehors de sa signification de vecteur d'émancipation dans les rapports de couple – enjeu spécifiquement féminin, jamais évoqué chez ces hommes –, on retrouve chez ces travailleurs les mêmes thèmes au travers desquels les soignantes valorisent le travail et, par-là même, sont conduits à en minimiser ses risques. Pour eux, pas plus que pour les soignantes, le « travail » ne se réduit à ses « conditions » ou à son « environnement ». Il est toujours une composante plus ou moins centrale de leur identité. Il s'impose dans leur vie et dans leur santé avec une évidence d'autant plus nette qu'ils ont pu en être privés par le passé. Chez les femmes soignantes, c'est souvent l'expérience d'une interruption de la vie professionnelle pour se consacrer au foyer qui fonctionne comme référence ; chez ces salariés masculins, c'est souvent une

période de maladie ou d'accident qui est mentionnée. Dans les deux cas, on souffre d'isolement, de coupure par rapport à une activité dont on réalise alors que la dimension la plus importante n'est pas nécessairement le revenu qu'elle procure, mais les liens sociaux et le sentiment d'utilité et de reconnaissance sociale qu'elle occasionne. On retrouve également chez eux le rôle de relativisation des liens négatifs travail/santé que jouent les trajectoires professionnelles (19). C'est le cas quand ils ont connu une promotion hiérarchique, comme ces agents de maîtrise qui apprécient avoir troqué la fatigue physique des tâches manuelles pour le stress des responsabilités. Et c'est même parfois le cas quand ils ont connu un certain déclassement professionnel. Tel ce soudeur âgé de 53 ans qui ne cesse de relativiser ses conditions présentes de travail eu égard à une expérience antérieure, encore plus éprouvante physiquement : « à la force du poignet », mais, au prix d'une hernie discale, il était devenu contremaître : « J'ai mal, mais je me suis habitué à cette douleur, elle ne me gêne pas dans mon travail. J'arrive à faire les mêmes mouvements, la seule différence, c'est que quand je me baisse j'ai mal. »

En revanche, on rencontre chez eux un ressort spécifiquement masculin et ouvrier de valorisation du travail et de relativisation, de naturalisation ou de déni de ses dimensions pathogènes. On le voit dans les cas où le travail semble « coller » à une identité virile, laquelle vacille dès lors que sa privation menace à l'horizon. Peu nombreux sont les salariés de la sous-traitance qui échappent à l'influence du modèle voulant que l'identité masculine ne peut se construire et se démontrer que dans la dépense physique et/ou la recherche du dépassement de limites, physiques ou mentales. Qu'il s'agisse de la force physique « pure » de certains travaux ouvriers, ou des capacités de résistances qu'imposent les longs horaires de travail et le « stress » chez les agents de maîtrise. Et ce modèle est indissociable du rôle social paternel, celui du pourvoyeur de ressources, tant on peut penser qu'une responsabilité paternelle conditionne largement la capacité à « tenir » dans ce monde social de la sous-traitance, marqué par la pénibilité des tâches et l'instabilité de l'emploi. Toujours est-il que nous avons rencontré plusieurs cas – mais aucun chez les soignantes – où des salariés nous confient qu'ils ont dissimulé ou minoré certaines de leurs atteintes à la santé en situation de consultation médicale. Dans leurs motivations se mêlent des dimensions économiques – préserver coûte-que-coûte sa valeur sur le marché du travail – et identitaires – éviter le stigmatisme de l'ouvrier en invalidité.

Deux exemples (Encadré V) illustrent la persistance de pratiques de déni viril du risque. Jean, 57 ans, et Gérard, plus jeune de quinze ans, tous deux soudeurs en intérim. Le premier a déclaré que son travail n'influait pas sa santé psychique et qu'il était bon pour sa santé physique, le second que le travail n'influait aucun des deux aspects de sa santé. Pourtant, ils ne nous

(19) La mobilité professionnelle ascendante est plus fréquente chez les hommes. Dans la mesure où il est associé à une évaluation positive de la santé et de la santé au travail, ce

facteur en contredit de nombreux autres qui vont, à l'inverse, dans le sens d'une perception du lien travail/santé plus négative chez les hommes.

dissimulent pas leurs problèmes de santé. Mais ils refusent de les relier au travail... alors même qu'ils sont tous deux reconnus victimes de maladies professionnelles : une atteinte à l'amiante pour le premier, une « maladie du carreleur » (20) pour le second.

ENCADRÉ V. – *Jean et Gérard : le déni viril des atteintes professionnelles à la santé*

« Je me sens capable de tout faire, donc pour moi je suis en bonne santé. »
« Tout faire », pour Jean, c'est certes continuer à aller au travail malgré sa fatigue, due selon lui d'abord à l'âge, et la difficulté de devoir accepter, sous la pression amicale de ses collègues plus jeunes, que ce n'est pas être « tire-au-flanc » que de ne plus pouvoir faire tout ce qu'il faisait avant. C'est y arriver de bonne humeur, sans y amener ses soucis privés. Mais c'est aussi avoir des loisirs qui le passionnent, comme le modélisme. Ce rapport positif au travail et à la santé peut surprendre chez un salarié qui n'a connu aucune promotion professionnelle apparente. Ce serait sous-estimer combien les motifs de fierté et le sentiment de réussite de Jean s'appuient sur un récit épique des épreuves desquelles la solidarité de son couple et sa propre détermination ont su triompher. Il a été capable d'écarter le risque d'un déclassement social auquel le ménage a été exposé : une conjointe à la santé très fragile, des conflits avec certains des enfants, et des épisodes de licenciements se sont conjugués pour conduire le couple à vivre en caravane de longues années. Travailler en intérim depuis quinze ans n'a pas été, initialement, un choix : c'est son employeur, en sous-activité, qui l'y a poussé. Mais, depuis, il apprécie de pouvoir négocier régulièrement son salaire horaire et se considère mieux payé qu'en « fixe ». En fait, il est mis à disposition de manière continue d'un seul employeur, et principalement sur un seul site. Il en connaît donc bien les installations et les dangers. Il ne se sent aucunement précaire. Son principal souci est le moment et le niveau de son passage à la retraite. Il pense, comme la plupart de ses collègues, que les conditions de travail – encore difficiles, mais qu'il prend soin de distinguer du « travail en lui-même » – et la sécurité au travail se sont sensiblement améliorées ces dernières années.

« Je suis un bosseur » : ainsi se définit Gérard. Un « bosseur » qui déteste tomber malade, et se sentir alors « encombrant ». Et qui refuse avec véhémence à attribuer une cause professionnelle, même partielle, à la principale maladie dont il souffre et qui l'inquiète beaucoup pour son avenir, une allergie dermatologique. Quand son médecin l'attribue à son « stress », il n'accepte que de reconnaître qu'il est « nerveux » et « ne sait pas tenir en place ». Car chez lui la santé ne devient un problème que lorsqu'elle met en cause sa capacité à travailler. Il cache sa maladie au médecin du travail. La menace d'une invalidité est une hantise : elle signifierait perdre non seulement son statut de travailleur, mais du même coup celui de père de famille. Divorcé, Gérard met un point d'honneur à verser régulièrement une « grosse pension ». La seule atteinte à sa santé reconnue par lui comme d'origine professionnelle – « maladie du carreleur » –, d'une part, est imputée au passé, d'autre part, reste négociable dans son activité. Et tous ses

.../...

(20) Tableau 57 des maladies professionnelles : lésion du ménisque due au travail en position agenouillée.

autres problèmes de santé sont naturalisés, minorés, banalisés ou déniés, dans la mesure où ils n'interdisent pas la valorisation de sa force de travail. Il présente une version maîtrisée de son long parcours dans l'instabilité d'emploi. Un peu comme chez Jean, les épisodes professionnels les plus difficiles sont héroïses. Telles ces quelques années en « grand déplacement », loin de sa famille : il y travaille jusqu'à soixante heures par semaine, moyen de ne pas être tenté par les sorties, le jeu, les dépenses d'argent dont la famille a besoin. Mêmes propos enfin chez Gérard que chez Jean sur l'intérim – librement choisi et plus valorisant qu'en « fixe », d'autant plus qu'il n'accepte que des missions de longue durée permettant de connaître les installations –, et sur la sécurité, dont il pense qu'elle s'est améliorée.

Mais pénibilités et dangers sont rarement unilatéralement et durablement valorisés. L'expérience sociale de ces salariés les informe de la faible distance qui sépare, dans la manière d'affronter le danger et le risque, apprivoisement nécessaire de la peur pour pouvoir travailler et mise en danger de soi et des autres par imprudence. Et il faut d'autres ressorts pour le développement d'une implication positive au travail – intérêt et variété des tâches, développement des savoirs, qualité des relations, reconnaissance –, et, par-dessus tout, peut-être, une progression professionnelle et/ou l'espoir d'une évolution permettant de s'éloigner des postes les plus pénibles et/ou risqués. Ce qui peut alors prendre le relais, c'est leur valorisation rétrospective, quand on les a quittés : l'usure du corps est alors plus facilement admise, elle signifie qu'on a beaucoup donné et que l'on est digne d'une situation de travail moins pénible, ou d'une retraite proche et méritée.

Des éléments favorables à la reconnaissance des risques professionnels

Reconnaître que travailler n'est pas – ou pas que – favorable à la santé physique et mentale est sans doute moins difficile qu'ailleurs dans le contexte professionnel des sites industriels de Fos-Berre. Car la pénibilité physique des postes de travail est redoublée par l'exposition aux risques chimiques, que peu de travailleurs peuvent aujourd'hui ignorer. À cet égard, le classement des sites en « Seveso » et les dispositifs de prévention des risques professionnels qui l'ont accompagné ces dernières années, avec force règles nouvelles et mesures d'information et de formation, n'ont sans doute pas des effets unilatéraux. S'ils se traduisent souvent par la perception d'une amélioration des conditions de travail et de sécurité, ils élèvent en même temps le niveau d'information, de suspicion et d'exigences. C'est ce qu'illustre le cas de l'amiante, souvent cité dans les entretiens à titre d'exemple de « ce qu'on ne sait pas mais que les experts savent peut-être ». Les nouvelles générations ouvrières, davantage formées et informées, sont sans doute spontanément plus suspicieuses vis-à-vis de certains risques du travail. Elles sont sans doute

également, du fait d'une socialisation scolaire plus longue, plus distantes des cultures de métier et dans une relation plus instrumentale au travail, facteur favorisant la vigilance. Si les salariés rencontrés qui vont jusqu'à déclarer une influence à dominante négative du travail sur leur santé restent minoritaires, la plupart expriment des formes de présomption d'atteintes à leur santé, actuelles ou différées, d'origine professionnelle.

C'est ce qu'illustrent deux cas de jeunes salariés ayant suivi des études plus longues. L'un, 34 ans, Daniel, est technicien, l'autre, Cyril, 25 ans, est pour l'heure simple opérateur. Le premier est à la fois dans le déni – « Je suis en très bonne santé, donc le travail n'a pas d'influence. » – et dans le soupçon – « On est dans des situations de travail qui ont des effets néfastes sur notre santé, à long terme. » Mais il relativise sans cesse les risques chimiques du travail en mettant en cause plus largement « l'environnement », qui est celui de tout le territoire. Le second, lui, hésite moins à reconnaître ces effets pathogènes, sans doute parce que sa relation au travail est plus instrumentale encore. Huit années après son bac technique, il n'a toujours pas trouvé l'emploi qui correspondrait à sa qualification. Il connaît une insertion précaire et laborieuse dans des emplois peu qualifiés, et le principal mérite de son emploi actuel est de faire figurer enfin « opérateur » – et non plus « manoeuvre » ou « manutentionnaire » – sur sa fiche de paie : travaillant en horaires postés, et « que pour de l'argent », il améliore ainsi son salaire, tout en étant lucide sur les effets négatifs de ces horaires – fatigue, difficultés de récupération – et des produits chimiques qu'il respire. Réembauché récemment par le même employeur suite à un recours aux Prud'hommes, parce que « je faisais partie de ceux qui acceptent de tout faire », il est conscient que la précarité de son emploi a des incidences sur les risques du travail : il est amené à conduire des engins sans en avoir la compétence officielle. Les quelques éléments d'initiation à la prévention des risques dont il a bénéficié au lycée lui semblent très insuffisants. Il dit « mal connaître les risques professionnels », tout en se doutant qu'ils sont nombreux.

Combiner les trois modèles d'analyse des liens travail/santé

Les résultats de l'enquête *Sumer* sont généralement conformes à ce que laisse attendre la littérature. Les travailleurs manuels, objectivement les plus exposés à des pénibilités multiples, et historiquement les plus outillés pour les percevoir et les contester, sont ceux chez qui les représentations d'un lien négatif travail/santé sont les plus marquées. Et dans chaque catégorie socio-professionnelle les hommes paraissent plus avertis que les femmes de ces risques, historiquement construits au masculin. D'autres facteurs, tels le regroupement des salariés au sein d'unités de grande taille, la stabilité d'emploi ou l'existence d'institutions représentatives du personnel, tendent à élever le niveau d'attentes en matière de santé au travail.

Certains résultats sont moins attendus. C'est le cas de la double particularité des soignantes : globalement plus critiques que les femmes des mêmes niveaux socioprofessionnels ; et ce d'autant plus qu'elles sont plus qualifiées. Les enseignements de l'enquête qualitative illustrent nombre de ces tendances. Les attitudes critiques des soignantes – qui travaillent souvent au sein d'établissements employant un personnel nombreux – ont pu être favorisées par les mobilisations collectives d'infirmières associées aux détériorations objectives de conditions de travail, notamment la diminution des durées de séjour des patients, qui tend à réduire cette composante relationnelle du métier à laquelle la plupart sont très attachées. Les attitudes des travailleurs de la sous-traitance quant à elles s'inscrivent bien dans celles du groupe ouvrier pris dans son ensemble : si le monde de la sous-traitance de site industriel présente un fort cumul de pénibilités et de risques professionnels, il est marqué par l'instabilité d'emploi et implique une sélection sévère par la santé, soit deux facteurs favorisant plutôt le déni des risques professionnels. Enfin, dès lors que l'on cherche à rendre compte des ambivalences des perceptions des liens santé/travail qui traversent fondamentalement ces deux milieux professionnels, il est nécessaire de combiner les trois modèles d'interprétation présentés dans la première partie de cet article.

La sous-estimation des atteintes à la santé dues au travail, associée aux normes sociales de genre et de profession, se retrouve dans les deux groupes : chez les soignantes, la tendance à faire de la construction de la « bonne distance » aux malades une affaire personnelle ; chez les travailleurs de la sous-traitance, la mobilisation des valeurs de virilité et de métier pour minorer les risques professionnels. Dans les deux cas, le travail est en même temps perçu comme un opérateur de santé, notamment à l'occasion des expériences d'inactivité professionnelle. En revanche, les effets de sélection par la santé paraissent souvent méconnus (21).

Mobiliser simultanément les trois modèles d'analyse disponibles pour approcher les causalités fondant les perceptions des liens travail/santé permet d'aller plus loin que de nombreux travaux qui, en privilégiant un seul, rendent mal compte de l'ensemble des paradoxes et des énigmes caractérisant ces représentations, tant à l'échelle de groupes professionnels qu'à celle des individus.

Cette recherche incite également à mieux prendre en compte la diversité des significations sociales et subjectives des notions de « travail » et de « santé » et à élargir les modèles d'analyse de leurs connexions, objectives comme subjectives. Le genre, notamment, spécifie le sens et la place du travail professionnel dans la vie, en tant qu'activité et en tant que statut

(21) C'est probablement moins vrai chez les salariés dont le rapport à l'emploi est fragilisé par un état de santé dégradé. Et c'est à nuancer : parmi ceux qui paraissent sous-estimer, dans l'ensemble, les risques professionnels, on en trouve, comme Gérard (Encadré V), qui s'opposent à la reconnais-

sance médicale d'une incapacité professionnelle... parce que fort conscients des exigences de leur travail en matière de santé. Et les pratiques de solidarité intergénérationnelle dont fait état Jean montrent que les jeunes sont ici lucides sur ces exigences, qui imposent la protection des anciens.

social ; et comme activité dont le sens et l'évaluation ne sont dissociables ni des contraintes et arbitrages de la vie quotidienne, ni des parcours sociaux associés au rapport subjectif à l'existence et donc à la santé elle-même (pouvoir d'agir, sentiment de réussite sociale). Sans prise en compte de l'épaisseur des normes sociales et personnelles qui construisent ces significations, on comprend mal la distance entre la réalité objective des situations professionnelles et les perceptions des risques professionnels.

Chez les soignantes, la norme de genre ne joue plus toujours dans le sens de la naturalisation ou de la psychologisation des difficultés professionnelles. Une implication forte dans l'activité de *care* peut amener non plus à minorer les conditions collectives du travail, mais à retourner le souci de faire un travail de qualité en critique de ces dernières. Dit autrement, un fort intérêt dans le travail peut favoriser l'acceptation des conditions socialement médiocres qui y sont associées, tout autant que la dénonciation desdites conditions. Et parler volontiers de « stress » pour nommer ses difficultés professionnelles ne conduit pas nécessairement à les « psychologiser » (Bouffartigue ; Bouteiller et Pendariès, 2010). C'est une question de lutte sociale et symbolique. Il semble bien que les professions soignantes soient, au sein des professions très féminisées, parmi celles dans lesquelles ce processus de retournement est le plus net. Symétriquement, les déstabilisations de la norme virile et l'élévation du niveau de formation semblent jouer dans le sens d'un recul des idéologies ouvrières de déni du risque, lesquelles sont par ailleurs loin de résumer la perception du lien travail/santé dans le monde masculin de la sous-traitance industrielle : les savoir-faire de prudence, ancrés dans des pratiques de coopération dans le travail, résistent aux logiques délétères de la « santé sous-traitée ».

Les différences entre les deux groupes étudiés concernant la perception des liens santé/travail demeurent finalement minimales. La fréquence des réponses « Ne se prononce pas » ou « Non » à la question de la perception d'une influence du travail sur la santé renvoie à la complexité et à l'ambivalence des liens entre ces deux domaines et à la pluralité des significations associées à chacun d'eux. La tension entre « travail » (comme activité sociale) et « conditions de travail » (conditions du travail et de l'emploi) l'illustre bien. Il faut rappeler que les catégories sociales les plus exposées aux conditions de travail « objectivement » pénibles sont généralement les mêmes que celles les plus exposées à la précarité de l'emploi. Ces dernières vont alors valoriser davantage la dimension « avoir un emploi » sur « se réaliser au travail » (Baudelot et Gollac, 2003). Le chômage de masse et la précarisation de l'emploi tirent incontestablement vers le bas le niveau d'attente à l'endroit des conditions de travail et d'exposition aux risques. Mais ce n'est pas la seule logique à l'œuvre. Ainsi, la persistance du déni viril du risque combinée à des cultures de métier n'empêche pas les ouvriers de sexe masculin d'être la catégorie dans laquelle la perception de l'influence négative du travail sur la santé est la plus élevée. Le recul de certains risques physiques, comme l'allongement des scolarités, aux côtés des déstabilisations de la masculinité pourraient accentuer cette dernière tendance.

Enfin, le parcours professionnel et familial, insuffisamment exploré ici, semble également l'un des éléments majeurs de la régulation biographique de la santé au travail. Il peut tendre à la sous-déclaration des influences négatives passées, d'autant plus que les individus ont pu s'éloigner des tâches les plus pénibles. Mais on sait que les possibilités objectives de régulation de l'usure et du vieillissement au travail tendent à se réduire. Les travaux en cours sur les relations entre les itinéraires professionnel, biographique et de santé permettront de progresser dans la compréhension de la perception des liens travail/santé.

Paul BOUFFARTIGUE

*Lest – Cnrs-Universités d'Aix-Marseille I et II
35, avenue Jules Ferry
13626 Aix-en-Provence cedex 01
paul.bouffartigue@univmed.fr*

Jean-René PENDARIÈS

*Lest – Cnrs-Universités d'Aix-Marseille I et II
35, avenue Jules Ferry
13626 Aix-en-Provence cedex 01
jean-rene.pendaries@univmed.fr*

Jacques BOUTEILLER (collab.)

*Lest – Cnrs-Universités d'Aix-Marseille I et II
35, avenue Jules Ferry
13626 Aix-en-Provence cedex 01
jacques.bouteiller@univmed.fr*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arnaudo B., Magaud-Camus I., Sandret N., Coutrot T., Floury M.-C., Guignon N., Hamon-Cholet S., Waltisperger D.**, 2004. – « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 », *Premières synthèses*, 52-1.
- Baudelot C., Gollac M.** (dirs.), 2003. – *Travailler pour être heureux ? Le bonheur en France*, Paris, Fayard.
- Baudelot C., Serre D.**, 2006. – « Les paradoxes d'une satisfaction. Ou comment les femmes jugent leur salaire », *Travail, genre et sociétés*, 15, pp. 121-138.
- Béroud S., Fribourg B., Pendariès J.-R., Pernot J.-M.**, 2009. – « Précarité sous-traitée et innovations syndicales » dans **S. Béroud, P. Bouffartigue** (dirs.), *Quand le travail se précarise, quelles résistances collectives ?* Paris, La Dispute, pp. 149-165.
- Bouffartigue P. ; Bouteiller J., Pendariès J.-R.** (collabs.), 2010. – « Le stress au travail : un enjeu social ouvert ? L'exemple des soignantes hospitalières », *Les mondes du travail* [à paraître].
- Bouffartigue P., Bouteiller J.**, 2006. – « Jongleuses en blouse blanche. La construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », *Temporalités*, 4, pp. 25-42.
- Bué J., Coutrot T.**, 2009. – « Horaires atypiques et contraintes dans le travail. Une typologie en six catégories », *Premières synthèses*, 22-2.
- Buscatto M., Loriol M., Weller J.-M.**, 2008. – *Au-delà du stress au travail. Une sociologie des agents publics en contact avec les usagers*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.
- Camus I., Waltisperger D.**, 2009. – « Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003 », *Premières synthèses*, 41-4.
- Canguilhem G.**, [1966] 1985. – *Le normal et le pathologique. La connaissance de la vie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- 2002. – « La santé : concept vulgaire et question philosophique » dans **G. Canguilhem**, *Écrits sur la science*, Paris, Le Seuil, pp. 49-68.
- Caroly S.**, 2009. – « Les conditions de travail et la santé selon le genre et le sexe. Une approche ergonomique des troubles musculo-squelettiques » : <http://www.mouvements.info/Les-conditions-de-travail-et-la.html>.
- Célérier S.**, 2008. – « Santé précaire au travail : quelques perspectives sociologiques », *Connaissance de l'emploi*, 56.
- Clot Y.**, 1999. – *La fonction psychologique du travail*, Paris, Presses Universitaires de France.
- 2008. – *Travail et puissance d'agir*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Cottereau A.**, 1983. – « L'usure au travail : interrogations et refoulements », *Le mouvement social*, 124, pp. 3-7.
- Coutrot T.**, 2009. – « Le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en France : une analyse empirique », *Travail et emploi*, 177, pp. 25-38.
- Daniellou F.**, 2005. – « Quand le travail rend malade », *Sciences humaines*, hors-série, 48, pp. 16-19.
- Daubas-Letourneux V.**, 2009. – « Accidents du travail : des blessés et des morts invisibles », *Mouvements*, « La santé à l'épreuve du travail », 58, pp. 29-37.
- Davezies P.**, 2001. – « Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social », *Performances. Stratégies et facteur humain*, 1, pp. 4-7.
- 2008. – « Stress, pouvoir d'agir et santé mentale », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 69, pp. 195-203.
- Dejours C.**, [1980] 1993. – *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard.
- (dir.) 1987. – *Plaisir et souffrance dans le travail*, Paris, AOCIP, 2 tomes.
- Delmas C.**, 2008. – « L'articulation des savoirs experts et profanes dans l'émergence de la thématique du malaise des cadres », *Quatrième congrès de l'ABSP-CF*, Louvain-la-Neuve, 24-25 avril.
- Devinck J.-C., Rosental P.-A.**, 2009. – « Une maladie sociale avec des aspects médicaux. La difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XX^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56, 1, pp. 99-126.

- Duraffourg J.**, 1985. – « La relation travail-santé : une question complexe » dans **B. Cassou et al.** (dirs.), *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, pp. 21-27.
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F.**, 2002. – « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de santé », *Sciences sociales et santé*, 20, 4, pp. 75-128.
- Gollac M.**, 1998. – *Donner un sens aux données. L'exemple des enquêtes statistiques sur les conditions de travail*, Noisy-le-Grand, Centre d'Étude de l'Emploi (Dossier du Centre d'Étude de l'Emploi).
- Gollac M., Volkoff S.**, 2000. – *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte.
- 2002. – « La mise au travail des stéréotypes de genre », *Travail, genre et sociétés*, 8, pp. 25-53.
- 2006. – « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163, pp. 4-17.
- Guignon N.**, 2008. – « Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ? », *Femmes et hommes-Regards sur la parité*, Paris, Insee, pp. 51-63.
- Guignon N., Niedhammer I., Sandret N.**, 2008. – « Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », *Premières synthèses*, 22-1.
- Hélaridot V.**, 2005. – *Santé ou travail ? Les expériences sociales de la santé et de la précarisation du travail*, thèse de doctorat, Toulouse, Université de Toulouse-le-Mirail.
- 2009. – « Les salariés face à la dialectique santé-travail précarisé », *Mouvements*, « La santé à l'épreuve du travail », 58, pp. 21-28.
- Johnson J.-V., Hall E.-M.**, 1988. – « Job strain, work place social support, and cardiovascular disease : a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population », *American journal of public health*, 78, 10, pp. 1336-1342.
- Karasek R.**, 1979. – « Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign », *Administrative science quarterly*, 24, 2, pp. 285-308.
- Kergoat D., Imbert F., Le Doaré H., Senotier D.**, 1992. – *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*, Paris, Lamarre.
- Lahire B.**, [1998] 2006. – *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Hachette.
- Lalive d'Épinay C.**, 1994. – « Significations et valeurs du travail, de la société industrielle à nos jours » dans **M. de Coster, F. Pichault** (éds.), *Traité de sociologie du travail*, Bruxelles, De Boeck Université, pp. 55-82.
- Loriol M.**, 2000. – *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos.
- Messing K.**, 2000. – *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?* Montréal/Toulouse, Les Éditions du Remue-Ménage/Octarès.
- Molinier P.**, 2009. – « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la "bonne distance" », *Temporalités*, 9, pp. 2-15.
- Moriceau C.**, 2009. – « Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIX^e siècle ; entre connaissance, déni et prévention », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56, 1, pp. 11-27.
- Siegrist J.**, 1996. – « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions », *Journal of occupational and health psychology*, 1, 1, pp. 27-41.
- Thébaud-Mony A.**, 2007. – *Travailler peut nuire gravement à la santé*, Paris, La Découverte.
- Vogel L.**, 2003. – *La santé des femmes en Europe. Des inégalités non reconnues*, Bruxelles, Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité.
- Volkoff S., Molinié A.-F.**, 2008. – « Les études statistiques en santé au travail : ressources et pièges » dans **E. Henry** (dir.), *Santé au travail. Quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales ?* Grenoble, Crns-Publications de la MSH-Alpes, pp. 95-114.
- Waltisperger D.**, 2004. – « Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq », *Premières synthèses*, 19-1.