



HAL
open science

A quelles conditions la mobilité est-elle source de santé ?

Sandrine Caroly, Céline Cholez

► **To cite this version:**

Sandrine Caroly, Céline Cholez. A quelles conditions la mobilité est-elle source de santé ?. XIVèmes journées d'étude sur les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail, May 2007, Orléans, France. pp.165-179. halshs-00287076

HAL Id: halshs-00287076

<https://shs.hal.science/halshs-00287076v1>

Submitted on 26 Mar 2009

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

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

XIV^{èmes} journées d'étude sur
Les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail

LEO – Orléans 30 et 31 mai 2007

**A quelles conditions la mobilité est-elle source de santé ?
Cas des personnels de La Poste**

Sandrine CAROLY - Céline CHOLEZ**

*Laboratoire CRISTO - UMR 5061 - B.P. 47 - 38040 Grenoble Cedex 9. Tel :04.76.82.55.35
Sandrine.Caroly@upmf-grenoble.fr, Celine.Cholez@upmf-grenoble.fr

La mobilité professionnelle s'est profondément transformée depuis les années 1960 (Marchand, 2006). Le modèle de l'ascension professionnelle continue par promotion interne s'effrite au bénéfice d'une augmentation des mobilités horizontales souvent d'avantage subies que choisies et entrecoupées de ruptures (changement d'entreprise, perte d'emploi). La question se pose alors des effets de ces mutations en termes d'emploi mais aussi en termes de préservation de la santé tout au long de la vie professionnelle (Volkoff, Thébaud-Mony, 2000 ; Grosjean, Sarnin, 2002). C'est dans cette perspective que nous avons conduit la recherche dont nous présentons les résultats ici. Financée par la Mission de la Recherche La Poste, suite à une réponse à un appel d'offre Mire-Darès-Mission Recherche La Poste sur les relations santé et travail, cette recherche avait pour objectif de comprendre les interactions entre mobilité professionnelle (comprenant des mobilités géographiques et/ou fonctionnelles) et santé (Caroly, Cholez, Kouassi, 2006).

L'objectif de cette présentation est montrer en quoi la mobilité peut être source de construction de la santé : la mobilité est-elle un moyen de se préserver ? à quelles conditions ? pour quelle population ? observe-t-on des situations problématiques en terme de santé ? Comment sont-elles gérées ?

Après une description du contexte de l'entreprise dans laquelle nous avons mené cette recherche, nous présenterons dans un premier temps les diverses formes de mobilité. La problématique des changements, des rôles professionnels et de la santé a orienté dans un deuxième temps la construction d'une méthodologie spécifique à nos questionnements scientifiques. Les résultats présentés en troisième partie seront essentiellement quantitatifs avec l'apport d'analyse qualitative venant en support et en illustration.

1. Les mutations à La Poste, un enjeu concurrentiel et des changements de métiers

La Poste est une entreprise qui connaît depuis plusieurs années de grandes transformations. La genèse de ces mutations à La Poste vient de l'ouverture de l'entreprise à la concurrence. Depuis 1986, le passage de l'administration publique à l'entreprise à but lucratif pour La Poste comme pour des grandes "sociétés de service" en France (la SNCF, EDF) marque une réorientation des objectifs. L'ouverture du marché postal s'est traduite par la perte du monopole et l'entrée dans la concurrence avec des entreprises privées¹.

¹ La concurrence se situe principalement autour de la messagerie rapide, de la vente par correspondance (VPC) et de tout ce qui a trait au publipostage. Des concurrents, tels Jet Service ou les américains UPS et DHL s'implantent fortement dans le secteur. La Poste conserve néanmoins son monopole sur les lettres, 85% du courrier étant envoyé par les entreprises. Par ailleurs, elle garde des spécificités comme le livret A, le compte épargne, la lettre recommandée, etc. Elle cherche aujourd'hui à développer de nouvelles prestations de service en se situant comme une plate-forme de mise en relation avec d'autres prestataires de service.

Plusieurs réformes se sont succédées. Elles ont mis en œuvre de profondes mutations organisationnelles et sociales : de nouvelles fonctions apparaissent, les métiers changent, les statuts évoluent², les structures organisationnelles sont modifiées, de nouvelles règles et de nouveaux outils sont mis en place. La séparation au sein de l'entreprise des métiers liés au traitement du courrier (dont les centres de tri) d'avec ceux liés à l'accueil du public (notamment les guichets), le développement de l'informatique et du travail en réseau, la mécanisation du tri postal, la redéfinition de l'offre commerciale, de nouvelles règles d'affectation des personnels ou encore le regroupement de services supports en sont quelques exemples.

L'étude que nous avons menée ne concerne que le secteur du grand public et non le secteur courrier³. Pendant la période au cours de laquelle nous avons réalisé notre étude, une fonction de gestion de la mobilité entre le secteur du courrier et celui du grand public se mettait en place. Les affectations des personnels de bureau ne sont plus décidées localement mais au sein d'unités plus larges. Les fonctions de conseiller financier et de responsable d'établissement se voyaient redéfinies.

Chaque réforme s'accompagne d'une réorganisation des services avec des mobilités imposées pour les salariés. Ces mobilités peuvent être non seulement géographiques, mais aussi fonctionnelles : l'agent change d'emploi et se retrouve dans une activité plus ou moins proche de ses anciennes compétences.

Suite à une première enquête exploratoire auprès d'acteurs de l'entreprise spécialisés dans la gestion de la santé ou de la mobilité, nous avons émis deux hypothèses selon lesquelles la mobilité à La Poste était davantage horizontale que verticale et qu'elle pouvait générer des difficultés de santé au sens large : dans l'apprentissage du métier, dans l'intégration de nouveaux collectifs, dans la construction de valeurs au travail et in fine dans les processus identitaires.

2. Problématique et méthodologie

Avant d'aller plus loin, il convient de préciser ce que nous mettons derrière les mots « mobilité » et « santé ». Notre définition de la mobilité relève davantage des changements dans le parcours-travail que des modifications de carrière professionnelle (évolutions statutaires au niveau du grade par exemple). L'approche du parcours-travail implique de renseigner l'évolution des activités et l'enchaînement des situations de travail- au sens de risques d'atteinte pour la santé mais aussi de construction des compétences (Laville, Volkoff, 1993 ; Caroly, Weill-Fassin, 2004). Ceci nous a amené à saisir la mobilité comme une succession de situations de travail où se jouent des questions d'apprentissage et de socialisation. Nous nous sommes donc intéressées chaque fois que c'était possible aux changements de fonctions mais aussi de lieu d'exercice, ainsi qu'aux changements organisationnels affectant le poste occupé.

S'intéresser à la mobilité implique l'observation de ses deux manifestations : la mobilité en acte matérialisée par l'enchaînement de différentes situations de travail et la mobilité perçue, c'est-à-dire la manière dont les individus évaluent les évolutions de leur parcours professionnel. Ces deux faces de la mobilité ne sont pas toujours semblables. La perception de la mobilité relève du processus identitaire par lequel un individu va donner du sens à sa biographie : sens qu'il va puiser dans la singularité de son parcours mais aussi à partir des représentations communément admises dans les différents collectifs de travail au sein desquels il s'est intégré. Ces groupes définissent des "rôles professionnels" : ensemble de repères collectivement élaborés qui renseignent autant sur les attitudes et les valeurs dans le travail que sur les trajectoires possibles (Cholez, 2001, 2002). Il ne s'agit donc pas de considérer les facteurs de mobilité comme relevant uniquement de la perception de son poste de travail (par exemple "je change de poste car je ne me plais pas là où je suis"), mais de comprendre la mobilité à travers le vécu de la trajectoire professionnelle (par exemple "vers quel poste est-il courant d'évoluer quand on est conseiller financier ?").

² Recrutement dominant de salariés de droits privés depuis une dizaine d'années.

³ Pour des raisons principalement de financement de cette recherche dans le cadre d'une réponse à un appel d'offre.

La santé peut être définie au sens large –physique, mentale, psychologique, sociale- en incluant le sens du travail, la valeur du travail. Les recherches faites sur la santé portent sur le diagnostic des troubles infra-pathologiques, des incapacités, des symptômes d'un mal-être, qui sont statistiquement prédictifs d'une fragilisation dans l'emploi (Saurel-Cubizolles & coll., 2001). Ce sont des indications utiles pour une recherche sur les relations entre mobilité et santé, mais elles omettent une autre approche de la santé, fondée sur la construction des compétences (Weill-Fassina, Pastré, 2004). La santé comporte un double aspect « *conséquence du travail, mais aussi la santé comme facteur de difficulté ou de facilitation...* » (Laville, Volkoff, 1993). « *Etre sain, c'est non seulement être normal dans une situation donnée, mais aussi être normatif, dans cette situation et dans d'autres situations éventuelles* » (Canguilhem, 1984). La santé est la possibilité de réguler les événements du milieu. La déficience apparaît quand les perturbations provoquées par les contraintes et les exigences de la tâche ne peuvent plus être compensées par l'opérateur. Ce point de vue implique une analyse de la manière dont l'organisation du travail, les règles, les outils disponibles, les relations hiérarchiques et avec les collègues sont source de « situations critiques » (Flageul-Caroly, 2001).

Les hypothèses des relations entre mobilité et santé recouvrent deux orientations possibles :

- Effet de la santé sur la mobilité : La santé influence la perception de la mobilité. D'une part, les effets de la santé de l'agent peuvent être compensés par un recours à la mobilité. D'autre part, la santé peut avoir un effet par rapport à la trajectoire souhaitée. L'émergence de difficultés dans la gestion de l'inaptitude selon la perception de la mobilité interrogerait les conditions de protection de l'agent de certaines pénibilités.
- Effet de la mobilité sur la santé : L'analyse des pratiques devrait être corrélée à la perception du parcours de mobilité antérieure par rapport à la situation actuelle d'apprentissage. *L'élaboration de l'expérience et la construction de la santé seraient possibles dans cette corrélation positive entre perception de la trajectoire passée et l'intégration d'un rôle professionnel.* La perception des trajectoires passées et actuelles devrait jouer un rôle sur la façon d'investir un nouveau métier, de s'inscrire dans un « genre professionnel » (Clot, 1999), source de santé. L'équilibre entre maintien de l'ancienne identité et distanciation résulterait des perspectives de réintégration d'une position plus reconnue et valorisée dans un collectif de travail dans lequel le travailleur pourrait puiser des ressources.

Pour explorer ces hypothèses, notre méthodologie a consisté en une approche pluridisciplinaire associant l'ergonomie et la sociologie. Nos données sont issues d'une triple démarche de terrain :

- le traitement d'une base administrative du personnel, concernant les postes et les arrêts maladie de 2578 salariés d'un département spécifique entre 1994 à 2004 ;
- un questionnaire auprès d'une centaine d'agents volontaire du département étudié, complété par un entretien sur les étapes du parcours professionnels, de vie hors travail et de l'itinéraire de santé sur l'ensemble de la carrière ;
- une étude des modalités de construction des compétences, d'apprentissage du métier et de préservation de la santé selon les parcours dans le cadre de la création d'un nouveau service.⁴

Nous n'avons pas réalisés d'observation du travail ce qui aurait pu être intéressant.

⁴ L'analyse statistique a été réalisée sur SAS pour le traitement d'une base statistique. La base composé d'une moitié de personnes présentes sur l'ensemble de la période observée et d'une autre moitié mobile, nous avons été amené à pondérer l'effectif total de notre population par un nombre d'année personnes passées dans la base. Les analyses multivariées avec régression logistique nous ont permis de déterminer le poids des facteurs sur les variables expliquées de la mobilité et de la santé et de leur interaction. L'analyse du questionnaire a été effectuée sur le logiciel SPSS avec une analyse de variance. Les entretiens (20) ont fait l'objet d'une retranscription intégrale des enregistrements avec une analyse thématique rigoureuse.

Précisions méthodologiques concernant la base de données administratives

La base de données nous a permis de reconstituer les changements de poste des personnels. Nous en avons identifié trois types : mobilité géographique (changement uniquement de lieu de travail), mobilité fonctionnelle (changement uniquement de fonction), mobilité mixte (couplage d'une mobilité géographique et d'une mobilité fonctionnelle). De plus, nous avons créé une catégorie « différent type de mobilité » pour les personnes qui ont vécu différents types de mobilité au cours de la période étudiée.

La santé est analysée par le biais du nombre total d'arrêts rapporté à la période de 11 ans. Il est évident que caractériser la santé par l'arrêt maladie comporte une limite importante, d'après les définitions que nous avons formulées dans la partie 2. La santé n'est pas seulement relative à un état de santé que mesure l'arrêt maladie, mais elle est bien plus large et comprend les processus dynamiques de construction de celle-ci. La mesure de la santé par l'arrêt maladie est fortement discutable, car plusieurs mécanismes de sous-déclaration sont à l'œuvre : les arrangements entre le salarié et l'employeur pour récupérer les heures manquantes, l'arrêt doit dépasser 3 jours pour être remboursé par la sécurité sociale, certains personnels sont réputés ne jamais en prendre. Cependant nous avons utilisé cet indicateur en fréquence et en durée d'absence pour les arrêts longs, avec ses réserves, car c'était les seules informations disponibles que nous avons pu obtenir des services de gestion du personnel de La Poste. Nous ne connaissons pas, par ailleurs, les motifs des arrêts maladies. Ce qui nous empêche une catégorisation de la nature des arrêts et des pathologies rencontrées. Une autre limite est celle de la période observée, qui ne permet pas de tirer des interprétations sur l'ensemble du « parcours » de santé du salarié. Nous avons eu accès à quatre types d'information : le nombre total d'arrêts, le nombre d'arrêts courts (inférieurs à 7 jours) et le nombre et la durée des arrêts longs (supérieurs à 7 jours).

Notre échantillon pondéré au nombre d'années personnes présent dans la période de 1994 à 2004 est composée autant d'hommes que de femmes, de 80% de fonctionnaire. Les cadres ainsi que les guichetiers sont surreprésentés dans la tranche des plus 10 ans passés dans la base. Ceci s'explique aisément par des métiers anciens pour les guichetiers et des fonctions n'ayant pas d'autres possibilités de promotion pour les cadres. Tandis que les conseillers financiers représentent une fonction plus récente à La Poste.

Nos résultats sont contrastés et l'on ne peut pas établir de relation simple entre la mobilité et la santé. Cependant il apparaît que la mobilité est un facteur protecteur de la santé. L'identification de parcours-types nécessite d'associer différentes dimensions telles que la fonction, le genre, l'âge et l'ancienneté mais aussi l'articulation vie travail/vie hors travail. Enfin, ils confirment l'impact du choix (mobilité choisie/subie) dans les parcours.

3. Quelques données sur la mobilité et la santé

Avant de rechercher des liens entre mobilité et santé, comment caractériser l'une et l'autre à La Poste ? Nous sommes parties de l'hypothèse selon laquelle se développait une mobilité horizontale, qu'en est-il ? Nous avons rencontré plusieurs fois dans l'entreprise l'idée selon laquelle le personnel d'encadrement s'arrêterait rarement et était donc sous représenté en termes d'arrêts maladie. Peut-on le confirmer ?

3.1. Une mobilité relativement faible

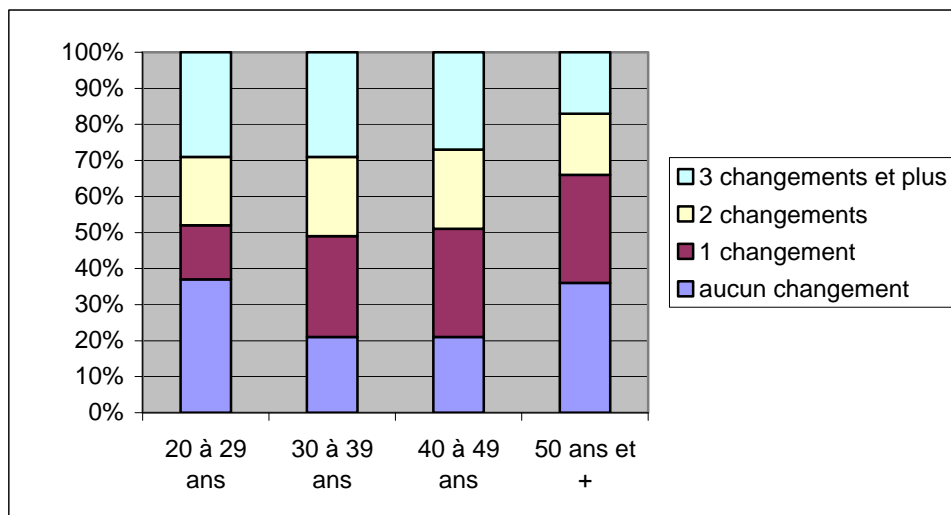
La mobilité est moyenne sur la période observée sur le département étudié : 29% des personnels de la base n'a connu aucun changement, 29% un seul changement et 42% deux changements et plus. La mobilité est surtout de différents types (géographiques, fonctionnelles ou les deux) tout au long des 10 ans. Le changement est mixte dans 18% des cas (mobilité géographique et fonctionnelle en même

temps). Mais surtout, l'enchaînement de changements strictement fonctionnels est très largement la situation la moins courante⁵.

La mobilité varie selon le genre, la fonction, l'âge et l'ancienneté. 33% des femmes n'ont connu aucun changement sur la période contre 22% des hommes. Si l'on regarde les fonctions, on s'aperçoit que c'est parmi les guichetiers (47%) et les agents (37%) que l'on rencontre le plus grand nombre de non mobiles. Les agents administratifs (35%) sont les plus représentés dans la catégorie « 2 changements ». Les cadres (53%) et les fonctions de supports intermédiaires (47%) ont plus 3 changements et plus. On pourrait penser à une augmentation de la mobilité avec l'élévation dans la hiérarchie mais les fonctions de supports intermédiaires ne sont pas des agents avec des responsabilités équivalentes à celles des cadres, ce sont généralement des techniciens. Cette catégorie est à l'époque de notre recherche celle qui vient de subir de fortes réorganisations et mutations technologiques (cf. partie suivante sur l'exemple du CIGAP).

Concernant l'âge (figure 1), nous observons une faible mobilité pour les agents âgés de plus de 50 ans (36% n'ont connu aucun changement sur la période contre 21% pour les autres personnels). Le « décrochage » de la mobilité à partir de 50 ans peut s'expliquer par plusieurs raisons : la proximité avec le départ à la retraite, le refus de mobilité face à une santé qui se dégrade ou au contraire pour préserver sa santé, mais surtout pouvoir maintenir ses compétences dans l'emploi, ses stratégies et ses savoirs-faire acquis avec l'expérience. Les recherches dans ce domaine sont nombreuses sur changement, âge et compétences (Gaudart, 2003, Gonon, Delgoulet, Marquié, 2004). Les jeunes de 20 à 29 ans se répartissent aux extrémités de la mobilité⁶. Les autres tranches d'âge se répartissent de manière assez équilibrée. C'est dans la catégorie 3 changements et plus qu'ils sont les plus nombreux (30-40 ans : 29% et 40-49 ans : 27%). La mobilité plus élevée pour les moins de 50 ans confirme notre résultat sur la mobilité absente chez les plus âgés. Une ancienneté élevée est également corrélée à une absence de mobilité.

Figure 1 : Répartition des changements selon les tranches d'âge



Source : Caroly S., Cholez C., Kouassi J.B. (2006)

L'analyse multivariée par régression logistique permet d'approfondir ce premier niveau d'analyse. Nous confirmons que les âgés sont dans une mobilité absente ou faible (figure 2). Par ailleurs, les cadres et les fonctions supports intermédiaires apparaissent bien comme les plus mobiles et les guichetiers comme les moins mobiles.

⁵ 9,6% des cas contre 15,2% de mobilité strictement géographique sur les 10 ans.

⁶ 37% ont connu aucun changement, probablement parce qu'ils n'ont pas encore eu le temps d'être mobile du fait de leur faible ancienneté à La Poste. 29% de ces jeunes se retrouvent dans la catégorie « 3 changements et plus », sans doute par des effets de pondération du temps passé dans la base.

Figure 2 : Relations des facteurs étudiés avec « avoir au moins deux mobilités »-
Modèle de régression logistique

Avoir au moins 2 mobilités (vs jamais ou 1 seul changement)			
Facteurs de référence	Odds Ratio	Intervalle de confiance	
GENRE Femme (homme)	0.97	0.75	1.22
AGE (20 à 29 ans)			
30 à 39 ans	1.15	0.50	2.64
40 à 49 ans	0.91	0.39	2.08
50 ans et plus	0.41	0.18	0.94
STATUT CDI (fonctionnaire)	1.07	0.76	1.53
FONCTION (guichetier)			
Agent	1.34	0.95	1.89
Agent administratif	5.84	3.60	9.48
Cadre	13.37	8.81	20.27
Chef de bureau	4.84	3.29	7.13
Chef d'équipe	5.95	3.85	9.20
Conseiller financier	3.76	2.41	5.88
Fonction de support intermédiaire	8.23	5.11	13.25

Source : Caroly S., Cholez C., Kouassi J.B. (2006)

L'absence de mobilité ou la faible mobilité ne varie pas selon le genre. Cependant, lorsque nous isolons le groupe des hommes de celui des femmes, des différences de genre apparaissent et sont combinées avec les variables de fonction. Les femmes chefs de bureau, les hommes cadres, conseillers financiers et fonctions supports intermédiaires sont plus mobiles.

3.2. Un absentéisme fort surtout pour les jeunes

Nos résultats indiquent que sur la période observée et dans le département étudié, 37% des agents ne se sont jamais arrêtés, 30% ont eu 1 à 6 arrêts et 33% ont eu plus de 7 arrêts. Pour ce qui concerne la durée d'absence longue, 28% ont eu moins de 90 jours. En comparant ces résultats aux données globales d'absentéisme pour maladie de la CPAM (nombre moyen d'arrêt estimé à 2,8 sur 5 ans), nous avons un absentéisme un peu plus important à La Poste par rapport à l'ensemble de la population active.

Les fréquences des arrêts maladie varient principalement selon l'âge et la fonction. On n'observe pas de différence selon le genre, le statut. Contrairement à ce que nous disent les recherches épidémiologiques classiques, les arrêts à La Poste sont plus nombreux parmi les moins de 40 ans : 53% des moins de 30 ans et 39% de 30-39 ans ont eu 7 arrêts et plus sur la période. Ce résultat peut s'interpréter par un effet propre au département étudié. Des effets de sélections peuvent être à l'œuvre dans des âges relativement jeunes. Les plus de 50 ans ont une fréquence d'arrêt faible mais leur durée d'absence n'est pas supérieure aux autres tranches d'âge, ce qui là aussi diffère des résultats nationaux. L'absence d'information sur les motifs d'arrêts nous manque pour aller plus loin dans l'analyse de ce décalage. Dans le questionnaire, nous avons eu quelques résultats plus précis sur les troubles de santé. 53% des agents déclarent des maux de dos et 36% souffrent de troubles du sommeil. 26% pensent qu'à cause de leur travail leur santé est menacée. Des difficultés accrues pour les plus jeunes à gérer des tensions dans leur travail pourraient expliquer en partie cet absentéisme. Les tensions liées au changement seraient mieux appréhendées avec l'âge par des mécanismes de compensation avec l'expérience antérieure des situations de travail.

Concernant la fonction, les cadres et les fonctions de support intermédiaire ont une fréquence d'arrêts plus élevée que les autres. Les agents administratifs et les conseillers financiers semblent moins absents.

Dans la figure 3, la variable de genre qui n'avait pas d'effet sur la santé à partir de l'analyse des tris croisés apparaît dans le cas de l'analyse multivariée par régression logistique comme ayant un effet sur

la santé. Les femmes sont davantage arrêtées que les hommes. Nous confirmons que les cadres sont plus arrêtés que les autres fonctions et notamment les guichetiers. L'analyse multivariée sur 7 arrêts et plus renforce encore le constat d'un fort absentéisme pour maladie chez les moins de 30 ans.

Figure 3 : Relations des facteurs étudiés avec « avoir au moins un arrêt maladie »
- Modèle de régression logistique

Avoir au moins un arrêt maladie (vs aucun)			
Facteurs de référence	Odds Ratio	Intervalle de confiance	
GENRE Femme (homme)	1.249	0.996	1.567
AGE (20 à 29 ans)			
30 à 39 ans	0.830	0.359	1.917
40 à 49 ans	0.656	0.286	1.506
50 ans et plus	0.725	0.315	1.668
STATUT CDI (fonctionnaire)	0.887	0.648	1.215
FONCTION (guichetier)			
Agent	0.876	0.653	1.175
Agent administratif	0.804	0.509	1.273
Cadre	1.418	0.977	2.058
Chef de bureau	1.280	0.882	1.857
Chef d'équipe	0.981	0.649	1.482
Conseiller financier	0.895	0.581	1.378
Fonction de support intermédiaire	1.099	0.705	1.713

Source : Caroly S., Cholez C., Kouassi J.B. (2006)

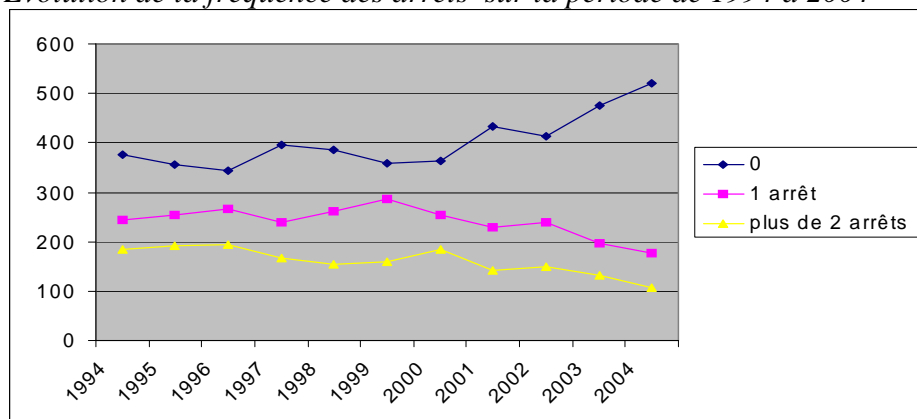
4. Des relations complexes entre mobilité et santé en faveur de la mobilité

Pour saisir les liens entre mobilité et santé, nous avons suivi plusieurs pistes. Nous avons d'abord tenté de saisir la manière dont les transformations de l'entreprise avaient été vécues. Puis nous avons recherché des corrélations statistiques entre les changements de poste et les arrêts maladie. Ceci nous a conduit à identifier des profils plus explicatifs.

4.1. Perception du changement et santé mentale

Du traitement de la base de données administratives, il ressort que les périodes d'importantes transformations organisationnelles dans l'entreprise correspondent à des baisses significatives du nombre d'arrêts maladie (figure 5).

Figure 5 : Evolution de la fréquence des arrêts sur la période de 1994 à 2004



Source : Caroly S., Cholez C., Kouassi J.B. (2006)

Plusieurs explications sont possibles concernant cette baisse des arrêts à partir de 2001 :

- l'effet des 35h00 ; la réduction du temps de travail aurait des effets bénéfiques sur la santé
- une forme de gestion de l'incertitude liée aux changements organisationnels qui entraînerait des efforts pour « tenir le poste ». Néanmoins il serait nécessaire de vérifier cette hypothèse après 2004, suite aux nouvelles réformes en cours. En effet, le bilan social montre une baisse de l'absentéisme en 2004 puis une augmentation à partir de 2005.

Les résultats du questionnaire sont en effet plus contrastés sur les relations entre perception du changement et santé mentale. La perception des changements varie selon la perception des contraintes psychosociales : le changement est davantage perçu comme imposé quand la demande psychologique est élevée et que la latitude décisionnelle est faible selon les items de Karaseck. Autrement dit, lorsque l'agent ne perçoit pas de marges de manœuvre pour s'organiser dans son travail et que la pression temporelle est forte pour réaliser une activité, il aura tendance à davantage percevoir le changement comme imposé, plutôt que négocié, choisi, consulté.

4.2. La mobilité est source de construction de la santé dans certaines conditions

Nos résultats d'analyse multivariée montrent qu'il n'y a pas de relation significative entre le nombre de changements et la fréquence d'arrêt. Ce qui indique que la relation entre mobilité et santé ne peut s'interpréter simplement et qu'elle dépend de l'effet d'autres variables. En effet, d'autres analyses multivariées par régression logistique en isolant des facteurs permettent de montrer que la mobilité a un effet protecteur sur la santé. Autrement dit, les personnes qui ne sont pas mobiles ont plus de risques que les autres de s'arrêter (figure 6)r. Ce phénomène se renforce lorsque l'on regarde les risques de s'arrêter 7 fois ou plus. Deux interprétations sont possibles par rapport à l'irréversibilité du parcours : l'absence de mobilité est source de dégradation de la santé ou les agents en difficultés de santé ne peuvent plus être dans une dynamique de changement.

Figure 6 : Relations des facteurs étudiés, notamment fréquence des changements avec « avoir au moins un d'arrêt maladie »- Modèle de régression logistique

Avoir au moins un arrêt maladie (vs aucun)			
Facteurs de référence	Odds Ratio	Intervalle de confiance	
GENRE Femme (homme)	1.242	0.990	1.559
AGE (20 à 29 ans)			
30 à 39 ans	0.855	0.370	1.977
40 à 49 ans	0.672	0.292	1.544
50 ans et plus	0.719	0.312	1.656
STATUT CDI (fonctionnaire)	0.886	0.647	1.213
FONCTION (guichetier)			
Agent	0.893	0.665	1.199
Agent administratif	0.869	0.544	1.388
Cadre	1.549	1.037	2.313
Chef de bureau	1.354	0.925	1.983
Chef d'équipe	1.058	0.693	1.615
Conseiller financier	0.953	0.615	1.476
Fonction de support intermédiaire	1.190	0.750	1.889
CHANGEMENT (aucun)			
1 changement	0.849	0.649	1.111
2 changements	0.748	0.549	1.018
3 changements et plus	0.830	0.602	1.144

Source : Caroly S., Cholez C., Kouassi J.B. (2006)

Le type de mobilité ne semble pas jouer sur la fréquence d'arrêts maladie, si ce n'est la stricte mobilité fonctionnelle qui semble moins protectrice que les autres face au risque d'arrêts fréquents (7 ou plus).

Nous constatons par ailleurs des profils singuliers de relation entre mobilité et santé selon le genre, l'âge, les postes occupés. Par exemple, la mobilité semble protectrice de la santé pour les hommes et pour les femmes. Cependant les femmes cadres mobiles ont plus d'arrêts maladies que les autres.

La complexité des liens entre mobilité professionnelle et santé s'enrichit par la prise en compte des aspects qualitatifs, et notamment de régulation travail/hors travail. L'approche qualitative des parcours permet de déceler les modalités par lesquelles les salariés établissent ou non des situations d'équilibre entre santé et mobilité. C'est particulièrement révélateur pour les femmes, notamment cadres dont le parcours s'éclaire par la prise en compte de la dimension familiale.

Portrait d'une femme cadre

GM est une femme cadre de 57 ans. C'est à La Poste qu'elle fait ses premiers pas professionnels. Elle commence dans les chèques postaux à Paris en 1969. Le travail est pénible physiquement et sans intérêt mais il lui permet d'avoir des horaires convenables pour élever ses enfants. Elle est ensuite guichetière dans un gros bureau parisien, avant d'obtenir un poste dans une petite structure en province. Elle entame alors une mobilité « de bureau en bureau », « en montant en grade » (bureaux de poste de plus en plus prestigieux et reconnus pour être calme). Elle obtiendra finalement un poste de chef d'établissement. Mais cette fonction d'encadrement n'est pas compatible avec la gestion de sa vie hors travail, ce qui la conduit à quitter son poste de responsable.

GM : « A T. c'est là où j'ai galéré, il faut avoir une certaine indépendance et il y a beaucoup de choses à gérer. J'ai dû arrêter pour des problèmes familiaux parce que je m'occupe de ma mère (...) et lorsque qu'on est chef d'établissement, on est chef d'établissement 24 h/24, alors donc je ne pouvais plus là, il fallait que je choisisse, c'était plus possible, donc j'ai quitté le chef d'établissement pour venir ici ».

A ce moment, GM a des troubles du sommeil qu'elle associe aujourd'hui à la quantité de problèmes que doit gérer un chef d'établissement pour assurer le bon fonctionnement du bureau de Poste et à sa difficulté à prendre du recul.

GM est aujourd'hui responsable d'un centre de support administratif. Son travail consiste à résoudre des problèmes de réglementation sur la gestion du personnel, à appuyer les chefs d'établissement. Elle apprécie son travail. Elle dort mieux et arrive à « prendre de vraies vacances ». Lorsqu'elle est en situation de stress, elle ressent des maux de dos (vertèbres et cervicales, torticolis) et « a tendance à se renfermer sur elle-même ».

Mais ces articulations travail/hors-travail sont également présentes chez les hommes. Par exemple, à la suite de son divorce, un homme de 44 ans quitte volontairement une fonction de technicien pour un poste d'agent administratif afin d'assurer les gardes de son enfant. Peu de temps après ce « déclassement », il développe une dépression nerveuse qu'il attribue non pas à ce choix d'itinéraire, mais à une charge de travail trop intense dans son nouveau poste. L'entretien révèle ses difficultés à se projeter dans ce nouveau rôle professionnel et donc à s'approprier les compétences associées à celui-ci.

4.3. Une mobilité choisie plus favorable à l'apprentissage ?

L'observation de la création d'un nouveau service administratif avec de multiples formes de parcours nous a permis d'approfondir qualitativement quelques relations spécifiques qu'entretiennent la mobilité et la santé. La moitié des agents qui ont eu une mobilité fonctionnelle et géographique vers le nouveau service administratif est une population experte dans le domaine concerné (RH) et l'autre moitié a été composée de salariés novices, qui avaient des expériences diverses : relation avec la clientèle au guichet, tri et distribution de courrier, activité commerciale ou financière. L'analyse de leur parcours et de leur perception de leur santé met en avant l'importance du choix dans la mobilité, mais aussi les difficultés d'apprentissages pour ceux dont l'expérience antérieure préparait théoriquement plus proche aux nouvelles fonctions.

Ainsi, pour les anciens agents RH, ce nouveau poste « imposé » représente une mutation profonde de leur métier et tout se passe comme si les nouveaux repères à établir entraient en conflit avec ceux acquis dans l'expérience passée : le passage à la polyvalence et au back office, l'introduction de l'informatique questionnent le sens du métier et peuvent être à l'origine de difficultés de santé. Leur

rapport au travail est devenu différent car il met en jeu de nouvelles compétences. Cet apprentissage du métier d'agent du nouveau centre administratif passe par le développement de nouvelles compétences de relations de service, de compétences techniques et de compétences de réseau. La relation avec le personnel de La Poste était déjà au cœur du métier d'agent administratif. En effet, cette relation fonde la motivation de chacun à contribuer à l'avancement d'un dossier, à son suivi et à sa résolution. La reconnaissance de l'efficacité de son action vient principalement de pouvoir satisfaire le personnel avec une responsabilité forte autour de son salaire et de son contrat de travail. Les contacts téléphoniques entre les agents et le personnel sont appréciés pour comprendre la situation et pour se connaître et se « reconnaître ». Or ces contacts avec le personnel ne sont plus autorisés, les agents doivent passer désormais par le responsable d'établissement pour avoir l'information. La relation de service avec le personnel, si elle permettait de gagner du temps, s'inscrivait surtout dans une continuité de l'expérience, élaborée au fil du parcours. Ces agents sont attachés à cette compétence, qui donne sens à leur travail. Cependant les agents peuvent parfois avoir un discours contradictoire sur cette relation au personnel : ils souhaitent conserver le contact avec le personnel comme source de construction de leur identité professionnelle mais en même temps ils critiquent cette relation : « *ça nous prend du temps et certains clients peuvent être agressifs* », ce qui peut être source de stress. Cette plainte associée au désir de conserver cette relation nous montre à quel point les agents sont dans une ambiguïté sur la prescription autour du contact téléphonique avec le personnel.

Plusieurs raisons ont conduit d'anciens guichetiers, agents de centre de tri ou conseillers financiers à candidater sur ces nouveaux postes administratifs : opportunité saisie souvent par curiosité, une envie de changement pour sortir de la routine, un évitement de l'usure et une ouverture à autre chose ; une reconversion suite à des mutations d'emploi ; un changement de la vie personnelle (ex : divorce, naissance) ayant un impact sur la vie travail (ex : rapprochement géographique, évitement des horaires de nuit). A priori plus éloignés du métier administratif, ils ont pu saisir la mobilité comme une source de construction de leur santé. Ils semblent d'autant mieux y parvenir qu'ils parviennent à inscrire les nouvelles compétences associées à leur nouveau poste aux savoirs en lien avec leur trajectoire qu'elle soit passée ou à venir. Il semble nécessaire d'établir une cohérence dans l'apprentissage par rapport au parcours pour s'approprier le changement. Ainsi telle ancienne guichetière retrouve dans ce nouveau poste l'occasion d'exploiter ses qualités en « relations clientèle ». Tel ancien agent en centre de tri inscrit ce passage par un poste administratif RH dans une perspective d'ascension professionnelle vers des postes d'encadrement.

Cependant l'acquisition de nouvelles compétences nécessite des conditions organisationnelles et de formation pour accompagner ce changement de poste. Des travaux récents sur les mutations technologiques (Bobiller-chaumon, Dubois, Retour, 2003) montrent que les troubles de santé sont liés au vécu du changement organisationnel et à la façon dont le changement accompagne des parcours de progression dans l'apprentissage de nouveaux outils et de savoir-faire. Traiter des dossiers pour des agents administratifs en utilisant des systèmes informatiques en permanence peut être source de fatigue liées aux difficultés de lecture des informations et à la faiblesse des logiciels mis à disposition. L'objectif du « tout informatique » est en réalité loin d'être atteint. Les agents détectent des non-conformités et récupèrent des dysfonctionnements souvent à s'adressant directement aux usagers qui détiennent l'information nécessaire pour résoudre la situation problème. Lors du traitement des dossiers informatiques, un contact avec l'utilisateur, à travers de communications téléphoniques, l'envoi de courrier ou par rendez-vous, peut s'avérer nécessaire dû à l'insuffisance et/ou la qualité des informations disponibles. Le nouveau centre administratif étudié ne diffère pas de ces exemples. L'apprentissage et les changements informatiques apparaissent comme un thème spécifique des relations entre mobilité et santé dans les entretiens. Les agents du nouveau service administratif ont du se former à un nouveau logiciel peu de temps après leur arrivée. Les conditions d'apprentissages sont controversées pour plusieurs raisons : tenir son travail et apprendre en même temps est apparu particulièrement difficile, surtout quand la formation s'est faite de façon solitaire ; des difficultés d'apprentissage liées au défaut du logiciel ; des décalages dans l'usage.

La santé a pu être relativement préservée dans ce nouveau centre, quand les apprentissages ont été soutenus par le collectif de travail. Plusieurs phénomènes d'entraide se sont développés au CIGAP et

sont un élément positif pour la construction de compétences avec l'expérience. Ils se manifestent à travers :

- Echange d'expertise : lorsqu'une collègue est en difficulté, elle peut demander de l'aide à une autre sans que celle-ci se sente gêner pour lui répondre. Les astuces sur l'utilisation du logiciel ou un aspect réglementaire sont échangées sur l'intranet
- Faire face ensemble au stress : le partage sur des situations stressantes est une façon de décharger les tensions
- Organisation par binôme et entre modules : le travail en face à face sur un même bureau facilite les échanges
- Relations avec des personnes ressources à l'extérieur : des anciens collègues de la direction départementale ou des services administratifs sont contactés directement pour résoudre un problème sur un dossier.

Conclusion

Cette recherche ouvre plusieurs perspectives d'études sur les relations entre mobilité et santé :

- Elle invite à voir la mobilité comme un facteur protecteur de la santé, ce qui peut aller à l'encontre d'une première intuition.
- Elle questionne les situations de rupture dans les parcours ou de réversibilité en fonction des possibilités d'anticipation et de projection dans un nouveau rôle professionnel, ceci dans un contexte institutionnel de grandes transformations. A ce propos, l'âge apparaît comme une variable intéressante à instruire en lien avec le genre et la fonction.
- Les relations entre l'individuel et le collectif sont au cœur de ces préoccupations de la construction de la santé, notamment quand une personne est amenée à changer d'équipe et à se confronter à un nouveau collectif de travail. Dans une telle situation, l'entraide se fait nécessaire.
- L'accompagnement au changement a sans doute négligé en partie la variabilité des parcours professionnels, pouvant être source d'exclusion voire de souffrance pour certains agents. Un « environnement capacitant » (Falzon, 2005) pourrait être un facteur favorisant le bien-être et l'adaptation au changement. Cet environnement respecterait les variabilités d'apprentissage et de progression, l'entraide et le soutien du collectif, la qualité des outils de travail. Il donnerait des marges de manœuvre pour pouvoir s'approprier le changement.

Par ailleurs, comme le souligne Volkoff (2005), pour l'ergonomie, les statistiques doivent avoir une visée de compréhension plutôt que d'explication. C'est pourquoi les résultats de nos analyses ont été croisés avec ceux des entretiens et du questionnaire. Mais un certain nombre de questions restent en suspens et le passage du quantitatif au qualitatif n'est pas chose aisée ; l'interprétation peut s'avérer risquée. Cette difficulté d'interprétation statistique est particulièrement vraie quand on aborde les questions de mobilité sociale. Duru-Bellat et Kieffer (2006) soulignent dans un récent article combien la perception de la mobilité est différente de la mobilité objective, que la profession n'est pas le seul critère à l'aune duquel se mesurent les changements (le pouvoir d'achat, l'emploi du conjoint en sont d'autres) et que la valeur de la mobilité peut varier selon les milieux sociaux. De même dans le domaine de la santé, la définition de ce que signifie « être en bonne santé » est différente selon les milieux professionnels (Cholez, 2001). Ceci nous encourage à nous méfier d'interprétations de la mobilité ou de la santé de manière globale et déconnectée des contextes sociaux et professionnels qui les produisent.

Bibliographie :

- Bobillier-Chaumon, M.E., Dubois, M. & Retour, D. (2003). Du rôle des sites bancaires dans le développement des compétences du client. In N. Delobbe, G. Karnas & C. Vandenberghe (Eds). *Actes du 12^e Congrès de Psychologie du Travail et des Organisations*. Vol.1, Presses universitaires de Louvain, 81-92.
- Canguilhem, G. (1984). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

- Caroly S., Weill-Fassina A. (2004). Evolutions des régulations de situations critiques au cours de la vie professionnelle dans des activités de relations de service. *Travail Humain*. tome 67, N°4/200, 304-327
- Caroly, S., Cholez, C., Kouassi, J.B. (2006). Mobilité et Santé au travail à La Poste. Rapport de recherche CRISTO/Mission de la Recherche La Poste, septembre 2006, 147 p.
- Cholez, C. (2001). *Une culture de la mobilité : trajectoires et rôles professionnels des chauffeurs-livreurs de messagerie et fret-express*, Thèse de 3^{ème} cycle, Sociologie, Université de Tours, J., 702p.
- Cholez, C. (2002). « Cheminer dans la ville, cheminer dans sa vie. Pratiques et trajectoires professionnelles des chauffeurs-livreurs en milieu urbain », *Espace et Sociétés*, n°108-109, pp.115-130.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
- Duru-Bellat M., Kieffer A., (2006), « Les deux faces – objective/subjective – de la mobilité sociale », *Sociologie du travail*, Vol. 48, n °4, pp. 455-473.
- Falzon, P. (2005) Ergonomics, knowledge development and the design of enabling environments. *HWWE - Humanizing Work and Work Environments*, Guwahati, India, 10-12 décembre 2005)
- Flageul-Caroly, S., 2001. *Régulations individuelles et collectives de situations critiques dans un secteur de service : le guichet de la Poste*. Thèse de Doctorat d'Ergonomie. École Pratique des Hautes Études, Laboratoire d'Ergonomie Physiologique et Cognitive, décembre 2001, 305p + annexes.
- Gaudart, C., 2003. La baisse de la polyvalence avec l'âge : question de vieillissement, d'expérience, de génération ? *PISTES*, vol.5, n°2, décembre 2003. <http://www.pistes.uqam.ca/>
- Gonon, O, Delgoulet, C., Marquié, J-C., 2004. Âge, contraintes de travail et changements de postes : le cas des infirmières. *Le Travail Humain*, 67, 2/2004, 115-134.
- Grosjean, M. & Sarnin, P. (2002) « Les parcours professionnels », *Education permanente*, n°150 : 9-22
- Laville, A., & Volkoff , S. (1993). Age, santé, travail : le déclin et la construction. In Ramaciotti, D., & Bousquet, A., *Ergonomie et Santé*, Actes du XXVIIIème congrès de la SELF, Genève, septembre 1993, UMTE/ ECOTRA, p. XXIX-XXXV.
- Marchand, O. (2006), « Mobilité professionnelle : de quoi parle-t-on ? », communication dans le colloque « Les mobilités professionnelles : une réponse aux tensions du marché du travail ? », organisé par le Centre d'Analyse Stratégique et le Conseil d'Orientation pour l'Emploi, Paris, Juin 2006
- Saurel-Cubizolles, M.J., Bardot, F., Berneron, B., Fromet, M., Lasfargues, G., Minois, M.C., Monfort, C., Robida, C., Rondeau du Noyer, C., Derriennic, F. (2001). Etat de santé perçu et perte d'emploi. In *Travail, Santé, Vieillesse : relations et évolutions*. Colloques des 18 et 19 novembre 1999. Paris. Toulouse : Octarès, 53-66
- Volkoff, S. & Thébaud-Mony, A. (2000). Santé au travail : l'inégalité des parcours. In Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. (eds). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, Éditions La Découverte, INSERM, 349-361.
- Volkoff, S., (2005). *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*. Toulouse, Éditions Octarès
- Weill-Fassina, A., Pastré, P. (2004). Les compétences professionnelles et leur développement. In Falzon (s/d) *Ergonomie*, Paris : PUF, pp. 213-232