



HAL
open science

Quelle mesure des effets du travail sur la santé ?

Régine Bercot

► **To cite this version:**

| Régine Bercot. Quelle mesure des effets du travail sur la santé?. 2012. halshs-00922452

HAL Id: halshs-00922452

<https://shs.hal.science/halshs-00922452>

Preprint submitted on 26 Dec 2013

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.

Quelle mesure des effets du travail sur la santé ?

Régine Bercot

Professeure de Sociologie Université Paris VIII Vincennes,

CRESPPA-GTM

MOS- EHESP

10/05/2012

Mots-clefs :

santé, autonomie, responsabilité, reconnaissance, travail.

Résumé : Nous envisagerons la maladie comme un processus engagé en vue d'une adaptation à un nouvel équilibre et la santé, non comme une absence de maladie, mais comme un processus de construction du bien être engageant le cadre social et les individus. Nous interrogerons la question de la mesure de la santé au travail en nous centrant sur l'enquête Sumer. Le travail est potentiellement générateur de bien être et de souffrance. Après avoir rappelé les grandes lignes de construction de cette enquête nous nous interrogerons sur la portée de celle-ci en précisant quels peuvent être les différents cadres de référence pour aborder cette question de la santé au travail. On peut s'interroger, en référence notamment à la question du genre, sur le fait que cette enquête n'articule pas les contraintes de travail et celles du hors travail. Enfin dans une troisième partie nous insisterons sur la place de la reconnaissance dans le travail et son impact sur la santé. Nous dirons comment la question de la reconnaissance peut être appréhendée en référence à différents auteurs. Nous plaiderons pour que la reconnaissance prenne en compte la question du sens du travail pour le salarié. Ce qui nous conduira à noter l'absence de possibilité de lecture des dynamiques de travail au travers de l'enquête Sumer.

Nous envisagerons la santé dans son caractère dynamique et biopsychosocial (Canguilhem, 1976, 1995). La santé est la capacité de s'adapter à des conditions de vie d'ordre biologique, psychologique ou social, de créer de nouvelles conditions pour faire face aux agressions. Partant, elle peut être pensée comme une conquête individuelle et sociale permanente supposant une activité de la personne (et non comme une simple absence de maladie). La maladie serait « un effort de la nature en l'homme pour obtenir un nouvel équilibre ». On y souligne l'existence d'une dimension du corps humain qui n'est accessible qu'au seul sujet, ce qui renvoie à la nécessité d'un dialogue constant avec celui qui vit du dedans l'expérience de la douleur et de la maladie, afin de la comprendre.

Dans cet esprit, le décideur n'est plus la société, le médecin mais bien la personne elle-même tant dans son intégrité physique que sociale. De plus, la santé n'est pas un état idéal, ce n'est pas quelque chose de statique ; elle est, avant tout, quelque chose qui se défend à chaque instant, un terrain de négociation quotidien et permanent pour rendre la vie viable. Ce qui permet donc de supposer que les possibilités d'aspirer à la santé ne sont pas les mêmes pour les différents groupes

humains, et qu'il nous faut tenir compte du rôle des rapports sociaux de classe et de genre dans ces négociations quotidiennes qui visent à affirmer la vie.

Depuis les années 50 les recherches sociologiques ont travaillé sur le thème de la *maladie comme conduite sociale* ; dix ans plus tard les recherches mettent l'accent sur le *malade comme produit social* (Renaud, 1985).

Dans le champ du travail, nombre d'investigations sur la santé des travailleurs paraissent dans la littérature spécialisée, mettant l'accent sur le caractère historique et social du binôme santé-maladie. Celui-ci est désormais considéré comme un phénomène directement articulé avec le processus de production. Nous ne sommes donc plus en présence d'une étude exclusive de pathologies, mais du processus santé-maladie ; non plus du simple phénomène biologique individuel, mais du biopsychosocial, expression concrète, dans la corporéité humaine, du processus historique en un moment déterminé. L'accident de travail "n'est alors que" l'aspect le plus visible du dommage causé à la santé des travailleurs, mais non l'unique. Mais surtout il n'est pas une maladie. La question de la santé ne se pose donc pas uniquement en référence à la maladie ou à l'accident de travail. Par ailleurs, le travail n'est pas uniquement facteur de morbidité.

Ainsi, de nombreux travaux mettent en évidence le fait que le travail n'est pas qu'une source de maladie et d'infélicité, mais qu'il suscite aussi bien santé et plaisir (C. Dejours 1988 , Bercot 1999, Linhart 2008, Zarifian 2003). Il ne saurait donc être neutre par rapport à la santé. Il peut tout autant la favoriser que contribuer à nous rendre malades. C. Dejours remarque cependant que s'il est facile de définir la maladie, il n'en est pas de même de la santé ou du bien être, plus malaisé à cerner. "Il s'agit là surtout d'une notion-limite qui constitue une sorte d'horizon, de point de fuite, d'idéal, jamais véritablement atteint, mais que l'on pose théoriquement comme une nécessité logique " (Dejours, 1995). Entre autre, la « construction » de la santé s'appuie également sur des processus intersubjectifs, en particulier les stratégies défensives qui permettent d'entretenir le rapport étroit et structurant pour l'identité entretenue avec le réel par l'intermédiaire du travail (Gernet, 2009). Yves Clot (1999) a contribué au présent débat, en mettant en lumière l'importance de la fonction psychologique du travail, dans la mesure où il sert de moteur au développement des individus adultes, par l'intermédiaire du dialogue et la construction des collectifs de métier.

Si nous partons de ces présupposés, nous ne saurions accepter l'idée que les conditions de santé seraient garanties dans un lieu de travail "idéal". En premier lieu, parce que dans une perspective de conquête permanente, nos idéaux évoluent, en exigeant une mobilisation continue. En second lieu, parce que, comme le souligne Yves Schwartz tout homme (et toute femme) cherche à créer/organiser son milieu de travail, ce qui implique qu'on reconnaisse qu'il existe une multiplicité d'idéaux (plus ou moins marqués par les relations de genre), débouchant sur un débat de normes et de valeurs.

En outre, étant donné le caractère central du travail dans nos sociétés, il est fondamental d'en considérer la complexité et il est nécessaire d'adopter diverses approches pour l'appréhender ou intervenir dans les situations où il s'exerce. Les approches convoquées convergent sur l'idée que les hommes et les femmes au travail ne sont jamais de simples exécutants, mais des acteurs : ils gèrent des exigences et des variabilités, sans s'y soumettre passivement. D'une façon plus générale, il est possible d'affirmer, à partir de l'Ergologie, que même en situation de travail, les hommes et les femmes essaient de rendre la vie supportable (Schwartz, 2000), en faisant en sorte que leur milieu soit le plus proche possible de leurs attentes, de leurs normes de vie. En conséquence, l'idée de lieu

de travail idéal apparaît fallacieuse, car elle semble ignorer que l'activité de travail est une construction qui englobe l'action de celui qui l'exerce.

La Dynamique de la reconnaissance constitue un développement théorique important car elle permet de comprendre ce qui favorise et explique les différents types de mobilisation dans le travail des hommes et des femmes (en tenant compte de leurs spécificités) et partant, les possibilités de transformation de la souffrance en plaisir.

Le travail peut être alternativement une activité morbide ou une activité épanouissante. Toute la question consiste à expliciter les processus qui conduisent à une détérioration de la santé des individus. La manière dont on traitait les risques d'atteinte à la santé a connu quelques évolutions. On a admis depuis longtemps que le travail peut causer une atteinte à la santé. Des accidents du travail, des maladies professionnelles ont été reconnus à mesure que l'on établissait des indicateurs fiables démontrant un lien de causalité direct et indiscutable entre une forme de travail et une morbidité spécifique.

Progressivement la notion de maladies professionnelles validée par le corps médical s'est élargie. Il ne s'agit plus seulement de reconnaître un agent pathogène déclenchant une morbidité spécifique. Dorénavant le travailleur est pris en considération en tant qu'individu agissant entouré d'un collectif de travail et non plus comme une machine que l'usure détruit. Dès lors les grandes enquêtes en France sur la santé comportent une partie renseignée par le corps médical et une partie plus subjective renseignée par le salarié lui-même.

Grâce à cette façon de regarder la santé au travail, on a vu apparaître en négatif ce que l'on pourrait appeler « le travail invisible ». Invisible aux yeux des employeurs et de la société en général il se découvre par les pathologies qu'il induit. En effet lorsqu'il a été admis qu'il pouvait exister une souffrance au travail, on a pu envisager des atteintes à la santé liées au travail non seulement en tant qu'activité physique morbide mais en tant que constituant de la personne elle-même.

Les pathologies associées au manque de reconnaissance et à l'absence de prise des salariés sur l'organisation du travail, nous font apparaître une pathologie du travail. Grâce aux grandes enquêtes comme (notamment) les enquêtes SUMER, EVREST le problème de santé est pris en compte à partir des relevés statistiques fait par les médecins du travail, mais aussi des questions qui s'adressent à l'individu qui seul peut décrire comment il vit ce travail. Il est donc question de mesurer ce travail invisible à l'aune des pathologies déclarées par les salariés employés dans ce secteur.

Nous nous centrerons sur l'enquête Sumer. En trois temps : 1) Après avoir rappelé les grandes lignes de construction de cette enquête nous resituerons 2) la portée de ces enquêtes en précisant quels peuvent être les différents cadres de référence pour aborder cette question de la santé au travail. 3) Enfin dans une troisième partie nous insisterons sur la place de la reconnaissance dans le cadre du travail

I. L'enquête SUMER : Objectifs et portée.

Le développement du secteur tertiaire dans l'économie occidentale a ouvert une autre façon de voir le travail. Traditionnellement celui-ci, était assimilé au travail physique usant ou détruisant l'instrument de ce travail : le corps des travailleurs. Le travail était donc vu sous l'angle de la morbidité physique. L'arrivée du tertiaire et l'évolution économique a fait apparaître de nouvelles formes de morbidité plus difficilement objectivables. Les entreprises sont soumises à une

concurrence farouche, les salariés à une accentuation des exigences. Face à ces difficultés, les salariés présentent des pathologies d'ordre psychologique et les organisations se retrouvent confrontées à de l'absentéisme, du présentisme, un roulement de personnels et des problèmes de qualité¹. Les salariés comme les entreprises ont un intérêt commun à mettre sur pied des conditions de travail plus favorables pour un rendement amélioré. Il s'agit maintenant de considérer le travail dans toutes ses dimensions. Le salarié n'est pas un outil à entretenir comme on le ferait d'une machine, il est nécessaire de le prendre en compte dans sa dimension humaine, sociale, éthique. A partir de cette prise de conscience, les recherches des pathologies d'ordre psychologique qui peuvent toucher le mental comme le physiologique ont permis de dévoiler plus précisément ce qu'est le travail, notamment tout le travail invisible.

Car un certain nombre de pathologies constatées ne peuvent s'expliquer que par un aspect du travail jusque là négligé voire ignoré. Aspect qui dépasse la charge de travail proprement dite prenant compte non plus la réparation mais aussi le bien-être au travail. Les études ont donc relevé la charge prescrite (contrainte), la charge réelle (astreinte) et la charge subjective (ressentie). C'est cette charge subjective et néanmoins réelle qui dévoile le travail invisible. Enfin cette façon d'aborder la morbidité au travail s'oriente vers un concept plus positif qui est : la santé, le bien-être au travail. Elle permet aussi de considérer que ces charges de travail sont tributaires non seulement des contraintes et des objectifs fixés par l'entreprise et du vécu du salarié, mais aussi de l'attitude du collectif, du regard de la société sur le travail effectué.

L'enquête SUMER, démarrée en 1994, est copilotée par la DARES et l'inspection médicale du travail. Elle a pour objectif de décrire les contraintes organisationnelles, les expositions professionnelles de type physique, biologique et chimique auxquelles sont soumis les salariés. Les données sont recueillies par des médecins du travail du régime général, de la Mutualité sociale agricole et depuis 2003 des hôpitaux publics, d'EDF-GDF, la Poste, la SNCF et Air-France. En 2003 une seconde enquête couvrant un champ plus large a été entreprise. Au questionnaire rempli par le médecin a été adjoint un auto questionnaire proposé à un salarié sur deux répondant. Grâce à cet auto questionnaire il est possible de savoir ce que le salarié perçoit de son travail et quelle relation il établit entre sa santé et son travail.

Le contenu du questionnaire rempli par le médecin renseigne sur les caractéristiques de l'employeur, ce qui permet de « faire les ajustements nécessaires à un traitement des données par secteur d'activité, les caractéristiques des salariés, les contraintes organisationnelles et relationnelles, dont les caractéristiques du temps de travail, les contraintes liées au rythme de celui-ci, l'autonomie et les marges d'initiative, le collectif de travail, les contacts avec le public ».

Enquête SUMER	
Institutions concernées	DARES et inspection médicale du travail
Panel	1994 (échantillon de 50.000 salariés surveillés par la médecine du travail et la mutualité sociale agricole), 2003 (échantillon de 50.000

¹ Cf. Etude exploratoire des facteurs de la charge de travail ayant un impact sur la santé et la sécurité. Etude de cas dans le secteur des services. IRSST, Etudes et recherches Rapport R-668, 2010.

	salariés, extension aux hôpitaux publics, EDF-GDF, la poste la SNCF, Air France), soit 80% des salariés, 2009 (échantillon sur 95% des salariés).
Contexte	Salariés lors des visites médico-professionnelles annuelles Médecin du travail et auto questionnaire
Objectifs	Evaluation des risques Offrir une veille sanitaire sur les expositions aux nuisances et situations de travail morbides
	Permettre au préventeur une connaissance de l'état des lieux, au législateur l'élaboration d'une législation appropriée, aux chercheurs pour établir des priorités de recherches
Données	Description des expositions aux risques professionnels : nature, effectifs de salariés concernés. Repérage de ces expositions selon la profession le secteur d'activité la taille de l'entreprise, le type de contrat

L'enquête SUMER rend compte des risques de santé en se référant à deux modèles d'analyse, celui de Karasek et celui de Siegrist.

En 1979, R. Karasek, professeur de sociologie et en relations de travail a mis au point un questionnaire de 26 questions, dans lequel trois axes de l'activité sont retenus : le niveau de demande psychologique en quantité de travail à fournir (contraintes cognitives et temporelles), le niveau d'autonomie c'est à dire la latitude décisionnelle dont dispose le travailleur et enfin le soutien social sur le lieu de travail de la part des collègues et de la hiérarchie.

Ce modèle a été établi à partir de données relatives aux cols blancs et en particulier à des sujets masculins (Lacomblez, Vézina, 2008). Or, on sait que la relation entre le travail et la santé mentale est plus complexe chez les femmes du fait de leur travail supplémentaire domestique. Par le modèle établi par Karasek on voit le danger pour la santé d'une inadéquation entre les moyens dont dispose le salarié et les objectifs qui lui sont fixés : on assiste à un épuisement assorti d'une culpabilisation lors de l'incapacité à les atteindre. Ce modèle a été enrichi ensuite en intégrant des variables concernant le soutien social et ou l'insécurité de l'emploi.

Au début des années 90, J. Siegrist, professeur de sociologie médicale, établit un modèle mettant en évidence les relations déséquilibrées entre les efforts consentis et les récompenses. Il met en exergue les contraintes professionnelles liées au temps, aux interruptions, aux responsabilités, la charge physique, l'exigence croissante de la charge au regard de l'estime des perspectives de promotion, de salaires, de sûreté de l'emploi. Dans le questionnaire comptant 46 items, il intègre même le surinvestissement dans le travail. Ces dimensions introduisent une autre vision du travail. Le travail est qualifié de morbide en fonction de la mise en rapport de certaines dimensions, ainsi

lorsqu'il y a déséquilibre entre objectifs et moyens, notamment lorsque les moyens donnés ne correspondent pas aux objectifs fixés. Le salarié se débat alors dans les dilemmes, ne trouve pas les ressources pour son activité. De ce point de vue l'enquête SUMER se donne les moyens au travers des critères mis en œuvre d'évaluer ces dimensions.

Ce modèle d'interprétation de Siegrist met l'accent sur les défaillances de santé liées au fait que l'effort et l'investissement mis dans le travail ne sont pas reconnus. Cette reconnaissance se situe sur plusieurs plans : social et symbolique, professionnel, familial et financier. Une diversité d'acteurs participe de cette reconnaissance :

- les collègues, la direction, la famille
- soi-même : quand le travail s'écarte du sens et de la valeur que le salarié lui donne
- La société qui dévalorise la profession exercée et n'en reconnaît pas l'utilité.

En cas de déséquilibre, ces dimensions peuvent générer des situations de stress mais aussi des situations de maladies physiquement observables comme les maladies cardio-vasculaires. Ce questionnaire permet au salarié de se positionner face à son travail. Enfin, le salarié peut être diagnostiqué comme victime d'un surinvestissement au travail.

Cette enquête est remplie par les médecins du travail et non par les équipes de ressources humaines soucieuses d'améliorer les conditions de travail mais bien par des médecins qui, constatant des atteintes ne relevant pas des critères habituels, ont cherché à en déceler les causes dans une conception plus large de la morbidité du travail. Elle fait une large part au « ressenti » des salariés. Ils répondent au médecin et ils remplissent un auto questionnaire. Les réponses permettent de quantifier des données individuelles et subjectives et d'effectuer une lecture au niveau de chaque acteur : individu, entreprise, région, pays, branche ou secteur. L'enquête renouvelée régulièrement a permis des analyses très pertinentes notamment en termes d'expositions différenciées au risque selon les postures repérées au travers des types d'emploi et des catégories socio professionnelles. Certains résultats différencient les expositions des hommes et des femmes dans le travail (Guignon 2008).

II. Les limites de l'enquête

Nous évoquerons quelques limites de l'enquête Sumer en deux points. 1. les modalités d'analyse du risque dans le champ du travail lui-même ; l'enquête SUMER intègre en partie les contraintes vécues par l'individu concernant le cadre de travail mais elle ne rend pas compte de la dynamique organisationnelle. Une seconde critique porte sur le champ d'analyse. Pour comprendre les risques de santé, il est important de considérer l'équilibre de vie et donc de traiter tout à la fois le travail et le hors travail.

2.1. Les facteurs de dégradation de la santé au travail : partir de l'organisation

A partir des travaux de la sociologie du travail et de la psychodynamique du travail on peut mettre en évidence un certain nombre de conditions objectives et subjectives qui créent un cadre de

travail défavorable à la santé. Nous ne pouvons ici revenir sur l'ensemble des travaux foisonnant concernant ce champ. Mais rappelons quelques résultats d'analyse.

L'intensité du travail joue un rôle primordial sur le bien être au travail et a des effets sur la santé (Askenazy et alii, 2006). En outre, les formes de la gouvernance ignorent les points de vue des salariés et tendent à leur imposer des normes et des objectifs de travail. Les différents travaux ont montré également que les politiques managériales tendent à sous estimer l'importance du travail dans la réussite des entreprises et qu'elles l'ignorent le plus souvent (Zarifian, 2003). Ainsi on a pu montrer que les organisations loin de toujours favoriser le travail, peuvent être à l'origine de contraintes nouvelles qui affaiblissent le point de vue des salariés face au client ou qui ne permettent pas au salarié d'intervenir pour atteindre les objectifs. Quelles que soient les organisations, les sociologues constatent de multiples contradictions dans la construction des services ou la production des biens (Durand J.P., 2003 ; Bercot, De Coninck, 2006 ; Linhart 2008...).

Cela a des effets négatifs : multiplicité d'objectifs parfois contradictoires, déploiement de contraintes qui desservent le travail en train de se faire. On remarque aussi que les évaluations du travail sont parfois très décalées par rapport aux dynamiques mises en œuvre dans l'activité et au sens que les salariés attribuent à leur activité. Ainsi on peut constater que les critères de travail bien fait ou de priorités à mettre en œuvre dans le travail sont perçus très différemment par les directions et par les salariés. Ces divergences d'appréciation sont particulièrement importantes dans un contexte où certaines exigences concernant le résultat du travail et notamment la qualité ou la productivité se déploient avec particulièrement de force, par le biais notamment des normes de certification qualité.

Ce sont ces décalages dans les appréciations qui nous paraissent être à l'origine d'une absence de valorisation des activités des salariés ou d'une surcharge de travail tant au niveau physique qu'émotionnel pour ceux qui accomplissent le travail ; ces contextes tendent à générer un malaise au travail et sont facteurs de détérioration de la santé.

La santé résulte certes de l'équilibre entre effort et satisfaction, mais elle est aussi favorisée par la possibilité de s'exprimer dans et sur son travail, son métier (Clot, 1999, 2010), d'engager des interventions à son initiative, de voir reconnu son investissement dans le travail. Elle peut également porter sur le sens de ce qui se construit collectivement dans l'organisation² sur la place des individus dans l'organisation et les modalités de vie au travail. Elle favorise l'appropriation des finalités du travail, et la construction de leur orientation. Elle ouvre la possibilité de se projeter dans l'avenir (Zarifian, 1995) et de transformer le travail pour en faire un lien d'échange et de construction tout à la fois du groupe et de soi-même. C'est par l'échange que se construisent des pratiques collectives communes ainsi que des identités sociales de métier ou de groupe.

Au niveau plus général, l'échange apporte aussi la possibilité de construire une régulation conjointe au sein du travail (JD. Reynaud 1988). De nombreux travaux insistent sur l'importance pour les salariés de pouvoir s'approprier le sens de leur activité mais aussi d'en affirmer les différentes dimensions qui peuvent être mises à mal par les politiques d'entreprise.

² Sens qui ne se réduit pas au métier mais concerne également l'orientation des décisions prises par les directions et qui rejaillissent directement sur le travail

En posant la question de la parole des salariés on permet de répondre à la question des finalités du métier et de renforcer la fabrication des identités sociales, cela permet aussi de mettre en évidence des difficultés sociales et organisationnelles que vivent les salariés.

2.2. Quel cadre de référence pour aborder la question de la santé au travail ?

Les effets du travail sur la santé sont souvent mesurés à partir d'un état constaté ou déclaré de la personne et en rapportant cet état au cadre de l'activité, à l'environnement de travail, celui du poste de travail et de l'atelier par exemple Mais mesurer ainsi l'effet du travail dans un lieu donné sur la santé est insuffisant.

La durée d'exposition aux effets nocifs d'un produit ou d'une posture est essentielle. Par exemple, le fait d'être exposé durant une durée longue à des produits nocifs (par exemple cancérigènes) a des effets négatifs renforcés (Thébaud-Mony, 2007). Dans ces cas, la question est certes de mesurer les effets du travail sur la santé mais aussi d'évaluer et de repérer les durées d'exposition. De ce fait l'exposition aux risques n'est pas toujours bien mesurée pour des populations qui effectuent des mobilités dans les univers de travail. Les intérimaires, les salariés en contrat à durée déterminée subissent ainsi des expositions provisoires mais multiples qui sont assez mal mesurées mais qui ont un effet non négligeable. Leur position dans l'emploi les rend d'ailleurs beaucoup plus fragiles et ils sont souvent beaucoup plus exposés que les autres salariés (Cristofari, 1997) et ceci dans différentes dimensions : rythme de travail plus contraint par les équipements, par les contrôles de la hiérarchie. Ils travaillent plus souvent en équipes alternantes. Le travail est plus pénible, l'environnement de travail médiocre (Bercot, 2011). Ils sont davantage exposés aux accidents, cela s'explique en partie par le fait qu'ils ne travaillent pas sur les mêmes types de postes. Ils sont particulièrement concernés par les contraintes posturales (Hamont-Cholet, 2007). Ils sont également plus concernés par les TMS. Il serait utile de prendre en compte les trajectoires individuelles. La durée d'exposition à certaines difficultés peut avoir des effets amplificateurs spécifiques comme le montre l'exemple des infirmières (Horellou-Lafarge, 2011).

Une observation dans un lieu donné à un moment donné -ainsi que le fait l'enquête Sumer- se réfère à une approche particulière de la santé. Nous partons de l'idée que la santé n'est pas qu'une absence de maladie mais aussi une construction au fil du temps, un devenir des individus en référence à la définition de l'OMS. La santé peut être définie comme résultant de constructions d'équilibres qui se produisent au sein de l'entreprise et du travail mais aussi entre la sphère de travail et la sphère domestique, la sphère culturelle. Ce point de vue est assez peu développé dans les recherches. Cependant un certain nombre de travaux mettent l'accent sur les cumuls de handicaps vécus par les salariés entre les différentes sphères (Kergoat, 1985, Marurani, 2000, Testenoire, Trancart, 2011). S'il est parfois possible de compenser les difficultés relationnelles ou les rapports défailants à l'action dans le travail, les difficultés se cumulent dans certaines configurations, se muant en handicaps plus ou moins graves. On citera trois types de données qui viennent plaider pour une réflexion sur l'articulation entre travail et hors travail.

- 1) La vie sociale, culturelle et politique permet de développer les interventions des citoyens, les sollicite pour consommer, appartenir à de multiples groupes et intervenir selon des modalités plurielles dans la vie sociale. Les choix des individus sont alors sollicités pour construire des orientations et intervenir comme acteurs au sens plein du terme. Par contraste, le cadre du travail est souvent très normé, les choix effectués en amont et en

dehors des considérations que pourraient faire les salariés. Ils sont ainsi dépossédés de leurs possibilités d'initiative, plus précisément c'est le sens de l'action qui leur échappe. Cela conduit à des décalages entre place des individus dans les cadre salarié et sociétaux (De Coninck, 1995). Cette distorsion crée forcément les conditions d'une minorisation de l'investissement subjectif dans le travail.

- 2) Une autre considération est celle du désintérêt pour l'activité. Les salariés peuvent se sentir décalés par rapport à l'emploi qu'ils occupent pour différentes raisons : niveau de formation ou type de formation non en rapport au travail effectué, intérêt pour les finalités peu en accord avec le sens ou les valeurs du salarié, qualités mal valorisées et utilisées dans le travail. Ces différents décalages posent la question de la valorisation des personnes par leurs actes ou leurs jugements dans le travail.
- 3) On ne peut ignorer le fait que certains salariés occupent simultanément plusieurs emplois, que les femmes ont à affronter des charges de travail plus importantes et disposent de moins de loisirs. Et il est important de se poser la question de savoir comment ces charges d'activité s'articulent, se compensent, s'annulent ou se cumulent. Certaines activités complémentaires mais aussi certains modes de vie ou certaines trajectoires peuvent gravement nuire à l'employabilité des personnes (Jacquelin, 2010).

Suffit-il d'ailleurs de reconnaître et valoriser les salarié.e.s pris dans ces difficultés, qu'elles se situent dans le travail ou à l'articulation travail-hors travail, pour favoriser une meilleure santé ? Si la reconnaissance apparaît essentielle, suffit-elle ? N'est-elle pas seulement une étape nécessaire mais insuffisante ; en effet, reconnaître c'est aussi créer les conditions de la transformation. Une durée du travail plus maîtrisée par les salarié.e. s tant en termes de volume que de plages horaires permet de s'approprier la vie au travail et mieux la maîtriser. La mesure de la santé au travail n'est pas indépendante des conditions de vie mais aussi de transport d'une personne. Il est de ce fait problématique de considérer la santé dans le travail de manière indépendante et isolée.

Un autre point conditionne le bien être au travail, c'est la manière dont les acteurs sont reconnus dans le travail, autrement dit la place qu'on leur accorde dans la définition du process de leur travail et de ses orientations, dans le sens qu'ils peuvent puiser aussi au travers des qualités qu'on leur reconnait et de la valorisation qui est faite de leur activité.

III. Discussion autour de la nécessité de la reconnaissance

A. Honneth (2000) décrit trois modes de reconnaissance : la reconnaissance amoureuse, la reconnaissance juridique (dignité et respect de soi, réciprocité entre droit et devoir) et la reconnaissance culturelle qui donne l'estime de soi. Les formes de reconnaissance les plus abouties dans le cadre du travail sont le diplôme et le statut. Mais, comme le souligne A. Caillé elle ne se limite pas à l'avoir, la possession, la matérialité mais se situe également « dans le registre de l'être, de l'identité et de la subjectivité » (Caillé, 2007). L'enjeu de cette reconnaissance est de rendre visible le travail banal, l'effort, la mobilisation, elle peut prendre un aspect symbolique

Le modèle de Siegrist permet de cerner le manque de reconnaissance en montrant le déséquilibre entre l'effort consenti et la récompense obtenue. Ce ne sont ni un médecin, ni un responsable du management mais un sociologue qui est l'initiateur du modèle internationalement utilisé pour cerner l'environnement psychosocial du travail. Trois composantes sont traitées au

niveau individuel : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social. Ces trois composantes contribuent à assurer l'équilibre psychique du salarié. Une inadéquation entre celles-ci porte atteinte à l'équilibre et à la santé.

Karasek a mis en évidence un certain nombre d'indicateurs qui permettent d'évaluer la manière dont les individus sont ou non reconnus dans leur travail. Il met en rapport ce qui est reçu et ce qui est donné par le salarié. Lorsqu'on évoque la question de la reconnaissance, il s'agit parfois d'une reconnaissance imbriquée qui articule reconnaissance de l'activité, des efforts accomplis et de soi (de son identité). Les critères de Karasek permettent de mesurer le respect du travailleur dans son activité il s'agit de savoir si le temps laissé à l'accomplissement de la tâche est humainement raisonnable, si celui-ci n'est pas constamment interrompu ou morcelé. Le travail demandé ne doit pas être excessivement complexe, nécessiter de penser trop de choses à la fois.

Avec cette prise de position sur la conception du travail, on prend en compte le fait qu'une même contrainte sera vécue différemment selon son mode d'imposition et la reconnaissance qui en découle.

Ainsi, grâce aux questionnaires dont nous parlons nous pouvons dire que le travail comporte non seulement des actions et des résultats à produire mais aussi un trou noir non contractuel dans lequel on trouve des phénomènes essentiels pour la santé des individus, comme la reconnaissance de l'effort accompli, et le respect de sa personne (une des formes de respect étant par exemple de ne pas mettre le travailleur en face d'une inadéquation entre les moyens dont il dispose et les objectifs qui lui sont fixés). Une carence de reconnaissance, le manque de respect aboutissent à un épuisement assorti de la culpabilisation du travailleur sur ses capacités de travail. Le travail est un rapport social et non pas seulement un rapport économique. Par le travail l'individu s'insère dans un monde de relations et d'échange avec des partenaires qui contribuent à l'image que l'individu se fait de lui-même, de sa place et de ses capacités en tant qu'être social.

Enfin, les professions en contact avec du public dans des relations de service sont soumises à des tensions émotionnelles qui ne sont pas considérées comme un travail en soi, or il s'agit bien pour ces salariés de composer avec celles-ci afin d'exécuter correctement sa tâche.

La demande de reconnaissance ne porte pas forcément sur la demande d'une image positive de soi elle peut porter sur le véritable travail effectué. Ainsi une infirmière récuse l'image de la « bonne infirmière » dévouée et corvéable à merci, elle ne demande pas la reconnaissance de qualités féminines mais que soit reconnu le travail effectué dont le dévouement, l'empathie ne sont pas « naturels » mais constitutifs, au même titre que les actes techniques, de l'activité.

La signification de la demande de reconnaissance

Reste à poser la question de la signification d'une demande de reconnaissance. Pour Althusser (1970) la reconnaissance publique représente nécessairement une forme d'idéologie dans la mesure où elle conduit l'individu à se conformer à des attentes spécifiques. Si le processus institutionnel de la reconnaissance apparaît alors comme « un mécanisme de constitution de sujets conformes au système », et non un processus d'autonomisation de l'individu, selon Axel Honneth (2006) la reconnaissance n'est pas obligatoirement normalisante. Car l'acte de reconnaissance peut être aussi un acte d'attribution de valeur à l'autre ainsi qu'un engagement de bienveillance à son

égard. Lors d'un acte de reconnaissance, l'individu renonce à son égocentrisme pour admettre que l'autre peut être source d'exigences légitimes. Honneth précise qu'un acte de reconnaissance n'a pas de valeur lorsqu'il vise en réalité à servir des intérêts autres que l'interaction et le rapport à l'autre en tant que lui-même. Refuser la reconnaissance revient à nier l'autre en tant que semblable. Ceci nous conduit à poser la question de la légitimité du point de vue du salarié concernant la définition de sa propre activité tant en ce qui concerne les objectifs de travail, son sens, que les moyens qui sont affectés à cette expression. Le débat sur le travail concerne tant les ajustements et les adaptations, la régulation conjointe et la volonté d'organiser au mieux son activité que la réflexion sur les modalités de mise en œuvre des orientations des organisations. C'est la question de la participation à la définition des changements qui est ainsi posée. L'articulation des dynamiques économiques et sociales, leurs contradictions éventuelles sont à la source de la construction de nouvelles modalités d'exercice du travail ; elles participent de la construction d'un cadre conduisant au bien être dans le travail. Or ces dynamiques sociales et économiques ne sont pas perceptibles au travers de l'enquête Sumer.

En conclusion,

L'enquête SUMER se veut un outil d'évaluation du ressenti des travailleurs. A plusieurs niveaux il est possible de déterminer si une institution est plus ou moins inconfortable selon les résultats obtenus. Et l'on peut penser que cela doit permettre à chaque niveau de procéder à des ajustements bénéfiques pour l'entreprise et pour le travailleur.

Mais ces questionnaires contribuent à façonner une représentation statistique et peu objectivable d'un travailleur « heureux » afin de pouvoir ensuite juger des éléments perturbateurs de la santé. On aura un individu normé psychiquement comme on a individu déclaré ou non physiquement apte au travail. La prise en compte de l'individu aboutit à la construction d'un individu « moyen » inexistant : à chacun de tenter de se rapprocher de la norme établie par la somme du plus grand nombre. Se voulant un outil de prévention ces questionnaires sont, rappelons le, à l'initiative des médecins chargés de la santé au travail, ce ne sont pas les DRH ou les responsables qui pourraient chercher à mieux adapter le travail aux salariés.

L'enquête Sumer si elle permet d'appréhender certains effets des conditions de l'activité notamment en croisant plusieurs variables afférant aux objectifs et aux moyens ne saurait rendre compte à elle seule de la complexité des inégalités et des effets potentiellement négatifs ou positifs du cadre de travail. Tout d'abord, elle ne prend pas en compte l'articulation travail, hors travail et donc ne permet pas de mettre en évidence la multiplicité des charges pour les salarié.e.s, qu'il s'agisse des temps de transport ou des charges de famille qu'il est nécessaire d'assumer en même temps que la charge de travail. Cet aspect constitue un impensé de l'enquête, ce qui est très problématique étant donné que les articulation temps de travail/ vie sociale sont au cœur de la tension qui peut être ressentie par les salarié.e.s. Une autre limite de l'enquête est de ne pas pouvoir saisir la place que les salariés occupent dans la définition du fonctionnement des organisations, la capacité qui leur est donnée d'agir sur leur activité et sa définition et ainsi de donner du sens à leur activité de travail

Références

- ALTHUSSER L., « Idéologies et appareils idéologiques d'Etat », *La Pensée*, n°151, juin 1970.
- Organisation et intensité du travail, 2006. Philippe *Askenazy*, Damien *Cartron*, Frédéric *de Coninck* et Michel *Gollac*. (coordinateurs), Octarès éditions.
- BERCOT R., DE CONINCK F, 2006, *L'univers des services* (sous la direction de), L'Harmattan, collection logiques sociales.
- BERCOT, R., 2011 La santé des femmes au travail en France, *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, sous la direction de R. Malenfant et R. Bercot, Québec, CEREST, Université du Québec en Outaouais, Vol. 6, No.2, 26-49, <http://www.remest.ca/documents/BercotREMESTVol6no2.pdf>
- CAILLE Alain (2007), *La quête de la reconnaissance un nouveau phénomène social total*, Ed. La Découverte/M.A.U.S.S.
- CANGUILHEM Georg (1966), *Le normal et le pathologique*, PUF
- CLOT Yves (1999), *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF : pp. 23-42
- CLOT, Yves (2010), *Le travail à cœur, Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte,
- CRISTOFARI (1997), in *Précarisation sociale, travail et santé* sous la direction de B. Appay et A. Thébaud-Mony, IRESO.
- DE CONINCK Frédéric (1995). *Travail intégré, Société éclatée*. Paris : PUF
- DEJOURS Christoph, (1988) *Plaisir et souffrance dans le travail*, Edition de l'AOCIP
- DEJOURS Christoph (1995), Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. *Le travail humain* , 58, 1, 1-16.
- DONIOL-SHAW, G., HUEZ, D., SANDRET, N., coord. (1995), *Les intermittents du nucléaire, Enquête STED sur le travail en sous-traitance dans la maintenance des centrales nucléaires*, Toulouse, Octares éditions, coll. « Travail et activité humaine », 250 p.
- DURAND Jean-Pierre (2003), *La chaîne invisible, travailler aujourd'hui, flux tendu et servitude volontaire*, Seuil collection Economie humaine.
- GERNET (2009), Les relations entre santé et travail du point de vue de la psycho dynamique du travail, *Mouvements*, 2, n° 58, La Découverte.
- GUIGNON Nicole (2008), Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ? *Femmes et hommes : Regards sur la parité. Edition 2008*, Paris, INSEE, coll. « INSEE références », 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, DARES, *Premières Informations et Premières Synthèses*, No. 22.1, 8 p.
- HAMONT-CHOLET S ., SANDRET N., 2007, Accidents et conditions de travail, *Premières Informations, synthèses*, DARES, Aout, n°31.2
- HONETH Axel (2000), *La lutte pour la reconnaissance*, CERF
- HONETH Axel (2006), *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*, La Découverte, Paris
- HORELLOU-LAFARGE Chantal (2011), La santé des infirmières françaises, *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail* (REMEST), vol.6, N°2, p. 73-102.
- JACQUELIN Anne (2010), *Combats ordinaires/invisibles*. Rapport à l'emploi et position atypique sur le marché de l'emploi : Analyse du processus de socialisation au travail de femmes des quartiers d'Orléans, master 2, Université Paris 8.
- KERGOAT Danièle (1985), *Les femmes et le travail à temps partiel*, La Documentation Française.

LACOMBLEZ Marianne, VEZINA, Nicole, (2008), « Karasek » Laboréal, V.4, n°2, 114-117 Revue électronique : <http://laboreal.up.pt>

LINHART Danièle (2008), *Pourquoi travaillons nous ? Une approche sociologique de la subjectivité au travail*. Paris : Érès « Clinique du travail », 336 p.

MARUANI Margaret [2000] (2003), *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte, Coll. Repères, 123p.

RENAUD Marc (1985,) *De la sociologie médicale à la sociologie de la santé; trente ans de recherche du le malade et la maladie* in *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, PUQ, IQRC, PUL.

REYNAUD Jean-Daniel (1988), " *La régulation dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome* ", *Revue française de sociologie*, tome XXIX, n° 1.

TESTENOIRE Armelle, TRANCART Danièle (2011), "Parcours professionnels, ruptures et transitions, inégalités face aux événements de santé," Rapport à la DARES, mars.

THEBAUD-MONY Annie (2007), *Travailler peut nuire gravement à votre santé. Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels*, La Découverte.

ZARIFIAN Philippe (1995), *Le travail et l'événement*, éd L'Harmattan.

ZARIFIAN Philippe (2003), *A quoi sert le travail ?* Editions La Dispute.