

XVII ème congrès de l' AIS.
11-17 juillet -2010. Gothembourg. Suède

Comité de Recherche 30 : Sociologie du travail

**Le stress au travail,
entre psychologisation et critique des conditions travail**

Paul Bouffartigue
(bouffartig@univmed.fr)

Laboratoire d' Economie et de Sociologie du Travail.
35 avenue Jules Ferry. 13 626 Aix-en-Pce Cedex.

*« Potentiellement, toute caractéristique du travail a vocation à devenir une condition de travail.
Il appartient au débat social de dire s'il est légitime de la traiter comme telle ».*
M. Gollac et S. Volkoff (2000, p. 10)

Résumé. On assiste en France à la montée dans le débat public sur les thèmes associés à celui de « souffrance au travail » : « suicide au travail », « stress professionnel », « harcèlement » « risques psycho-sociaux ». En sociologie cette thématique est le plus souvent analysée comme significative d'une psychologisation des problèmes du travail et de santé au travail. La situation est sans doute plus ouverte à la controverse, entre interprétations psychologisantes et interprétations critiques de l'organisation du travail. C'est ce que suggère une recherche sur les soignantes hospitalières. Le poids de lectures psychologisantes n'y empêche pas une forte présence de visions critiques des conditions de travail et de leurs incidences pathogènes. On conclut sur la nécessité d'étudier les dispositifs à visée préventive qui se mettent en place dans les entreprises, notamment quand ils y associent les organisations syndicales, et à comparer le contexte français à d'autres contextes nationaux

Mots clefs : stress, facteurs psychosociaux de risques, travail, représentations du travail, santé au travail, conditions de travail, soignantes, infirmières, aides soignantes, relations professionnelles, comparaisons internationales

Stress at work Between psychologizing and critical interpretations of work

Summary : We attend in France on the way up in the public debate on the subjects associated to "suffering in the work ": " Suicide at work " professional stress ", "harassment ", "psychosocial risks ". In sociology this topic is mostly analyzed as significant of the problems of the work and the health at work psychologizing. The situation is probably more opened to the controversy, between psychologized interpretations, and critical interpretations of work organization. That is suggested a research on hospital nurses. The importance of psychologised interpretations does not prevent a strong presence of critical visions of the working conditions and their pathogenic incidences . We end on the necessity of studying devices with preventive aim which are set up in companies, in particular when they associate it labor unions, and to compare the French context with other national contexts.

Key words : stress, work, psychosocial factors of risks, health at work, representations of work, working conditions, nurses, industrial relations, international comparison.

La catégorie de « stress », aux côtés de celle de « souffrance mentale », occupe une place croissante dans les discours sociaux comme dans la littérature scientifique. En sociologie cette thématique est le plus souvent analysée comme significative d'une psychologisation des problèmes du travail et de santé au travail. Les soignantes hospitalières ont pu être prises comme groupe professionnel exemplaire de ce phénomène. On montre d'abord que la thématique du stress est un enjeu social, au moins potentiellement, ouvert et conflictuel (1). On prend l'exemple d'un groupe professionnel supposé particulièrement sensible aux interprétations psychologiques des difficultés professionnelles pour montrer que leurs représentations de leurs sources sont plus complexes. Le poids de lectures psychologisantes n'y empêche pas une forte présence de visions critiques des conditions de travail et des risques professionnels (2). On ouvre enfin quelques pistes de recherche sur l'extension en cours dans les grandes entreprises de dispositifs supposés prévenir les risques psychosociaux et sur les différenciations sociétales pouvant éclairer le contexte français (3).

Le « Stress » au travail, une catégorie enjeu

La médiatisation récente de suicides au travail dans de grandes entreprises françaises, et la manière dont le gouvernement s'en est saisi pour tenter d'accélérer l'application de l'accord national sur le stress au travail dans les grandes entreprises¹, ne sont que les développements les plus visibles d'un phénomène plus profond. Aux côtés de la souffrance au travail, qui s'origine dans la psychodynamique du travail pour se déployer avec succès du côté d'une partie des médecins du travail (Salman, 2008), la thématique du stress au travail connaît une diffusion plus large encore. « Moins chargé émotionnellement » [que celui de « souffrance »] « le terme stress est particulièrement commode pour exprimer de façon synthétique les difficultés, la souffrance au travail et ses conséquences en matière de santé » (Davezies, 2001, pp. 4). Selon cet auteur c'est un vocable relativement consensuel entre employeurs et travailleurs, puisque « disant tout ou presque tout » il ne dit presque rien et oriente vers des élucidations savantes et/ou quantitatives qui ne permettent pas de transformer les situations de travail. Il jouerait une fonction d'alerte tout en évacuant le débat hors du champ maîtrisé par les acteurs locaux. Cela ne signifie pas que l'approche statistique et épidémiologique – en termes de « facteurs psychosociaux de risques » - issue des recherches en biologie et en psychologie soit dénuée de pertinence [Encadré 1]. Mais « agir implique deux déplacements importants : il faut passer des discours généraux à l'analyse des situations dans leur singularité concrète. Et il faut pour cela passer d'une situation où le salarié est en position d'objet d'étude à une perspective dans laquelle il redevient un agent actif de l'analyse » (Davezies, 2008, pp. 203).

¹ En France un accord national interprofessionnel, transposant l'accord cadre européen d'octobre 2004, a été signé en juillet 2008 par les organisations patronales et les cinq confédérations de salariés. Fin 2009 c'est le cas de France qui occupe une grande place dans les médias. Renault (Centre de Guyancourt), PSA (site de Mulhouse), et d'autres grandes entreprises l'avaient précédé ces dernières années. Suite à plusieurs suicides à France Telecom, dont l'Etat demeure le premier actionnaire, le ministre du travail a demandé aux entreprises de plus de 1000 salariés d'ouvrir des négociations sur la prévention du stress au travail avant le 1er février 2010.

De la biologie à l'épidémiologie : les « facteurs psychosociaux » de risque

Utilisé d'abord en biologie, le concept a été repris en psychologie et en épidémiologie. Dans les années 1930 des expériences conduites sur des animaux montrent que ceux qui ont la possibilité de contrôler un facteur d'agression ne présentent pas les mêmes réactions biologiques que les autres. Ce ne sont donc pas les caractéristiques d'une situation agressive qui sont importantes mais la possibilité qu'a le sujet de la modifier par son comportement. En épidémiologie un modèle est mis au point à la fin des années 1970 par R. Karasek (1979), à partir de deux composantes : les exigences du travail, et le degré d'autonomie du travailleur. Il établit que la combinaison de fortes exigences et d'une faible autonomie provoque des maladies cardiovasculaires, de la souffrance psychique et des pathologies ostéoarticulaires (lombalgies, TMS). Dans les années 1990 les enquêtes sur les facteurs « psychosociaux de risques » montrent que le degré d'autonomie est le plus important des deux facteurs, et une nouvelle dimension est introduite, le « soutien technique et émotionnel » reçu de la hiérarchie et des collègues. L'isolement apparaît comme un facteur de morbidité et de mortalité. Le modèle de stress professionnel rejoint l'approche biologique : ce qui est décisif n'est pas le niveau de contrainte, mais le pouvoir d'agir, ici *via* l'autonomie et le soutien social. Un autre modèle est venu compléter celui de Karasek : dit « efforts-récompense », mis au point par J. Siegrist (1996), il est centré sur la relation contribution/rétribution. C'est le modèle de Karasek qui est intégré dans le questionnaire *Sumer* 2003 (Guignon et al., 2008). Les ouvriers et les employés sont surexposés au risque de stress, ou « job strain », cette notion n'étant pas synonyme de stress au sens usuel : ce sont d'autres salariés, soumis à de fortes demandes mais disposant de marges importantes, qui se jugent généralement davantage « stressés ». Le modèle de Siegrist est utilisé par l'enquête *Somotrace* (Cohidon et al., 2009). Il confirme que les symptômes de santé mentale sont fortement associés au déséquilibre effort/récompense et au surinvestissement au travail.

Chez les chercheurs, la tendance est à mettre l'accent sur la manière dont cette catégorie est associée au processus plus vaste de psychologisation du social, auquel le travail et la santé au travail n'échappent pas. Ce serait avant tout une nouvelle forme du déni des atteintes à la santé d'origine professionnelle. Ainsi, la mission de la sociologie serait donc d'abord de montrer que l'on peut objectiver les liens entre les pathologies psychologiques et/ou psychosomatiques et les formes d'organisation du travail et de rapport au travail (Gollac et al., 2006). Elle serait aussi de monter comment la psychologisation du travail comme discours conditionne la psychologisation du travail comme pratique, avec, notamment, le recours croissant aux psychologues dans les entreprises. « Stress » et « souffrance » seraient d'ailleurs moins des catégories de déni, *stricto sensu*, des difficultés professionnelles, que de leur reconnaissance sur un mode psychologisant ou naturalisant. Selon Yves Clot (2008) se dessine ainsi un scénario dans lequel viendraient se compléter, d'une part une nouvelle génération de prescription taylorienne *via* la préconisation de « bonnes pratiques » préventives – taylorienne au sens d'une prescription par des experts étrangers à l'expérience des salariés et de la singularité des situations de travail - et, d'autre part, la mise en place de dispositifs d'aide psychologique aux salariés.²

Des travaux sociologiques ont porté sur les modalités diversifiées, d'un milieu socioprofessionnel à un autre, de construction sociale de cette psychologisation des difficultés de travail (Loriol 2000 ; 2005 ; Buscatto, Loriol et Weller, 2008). Certaines professions, comme les infirmières, sont davantage que d'autres prédisposées à reprendre à leur compte ce discours psychologisant. D'autres, comme les policiers, plus réticentes, rejettent l'aide psychologique au profit d'une prise en charge informelle par le groupe, tout en partageant une approche individuelle des causes du stress. Chez

² Si cette dernière tendance manifeste le plus clairement une logique de neutralisation de la portée critique du thème du stress – il reviendrait aux individus plus stressés que d'autres de se soigner – la première va dans le même sens, dans la mesure où elle désamorce la dispute professionnelle au sein de l'entreprise sur ce qui y provoque le stress.

d'autres enfin, comme les conducteurs de bus, existe une tradition ancienne d'inscription des difficultés psychologiques dans les enjeux collectifs.

Mais dans ces catégories, où la vision psychologisante des difficultés professionnelles semble très forte, ne coexiste-t-elle pas, de manière plus ou moins conflictuelle, avec une vision plus collective de leurs sources ? Cette ambivalence dans les représentations sociales associées au stress professionnel n'est-elle pas d'ailleurs inscrite dans des évolutions institutionnelles récentes ? Certes le « stress » comme la « souffrance mentale » ne sont pas reconnus comme maladie professionnelle³ : « les dimensions collectives et organisationnelles du stress sont de mieux en mieux connues, mais la grille de lecture psychologique dominante comme l'arsenal juridique existant ne permettent pas de traduire ces acquis en droits et règlements contraignants » (Loriol 2008, p. 109). Toutefois l'entrée de ce thème dans la négociation collective [Encadré] et le fait que le syndicalisme – en particulier le syndicalisme cadre – s'efforce de s'en emparer ne montrent-ils pas que les approches psychologisantes ou dépolitisantes n'en n'ont pas le monopole (Delmas, 2008) ?

Un enjeu social

Dans les années 2000, des « observatoires du stress » sont mis en place par des directions de grandes entreprises et par des syndicats. Peu après la remise du rapport Nasse-Légeron « sur la détermination et la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » (2008) – qui à la fois constate le dissensus social sur le phénomène et propose une « amorce de consensus » dans l'observation et l'évaluation, en particulier par la construction d'un « indicateur global tiré d'une enquête psychosociale » -, patronat et syndicats signent en juillet 2008 un *Accord national interprofessionnel* sur le stress au travail. Il reprend la définition de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : l'état de stress survient en cas de *déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes imposées par son environnement et celle qu'elle a des ressources pour y faire face*. Il décline en droit français l'*accord-cadre européen du 8 octobre 2004*. Il vise à « fournir aux employeurs et aux travailleurs un cadre permettant de détecter, de prévenir et d'éviter les problèmes de stress. ». Il rappelle l'obligation incombant à l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés. Le texte prévoit également dans l'année suivant sa signature, une négociation interprofessionnelle spécifique sur le harcèlement moral et la violence au travail. Selon l'accord sitôt un problème de stress détecté, il convient de passer au crible l'organisation et les processus de travail, les conditions et l'environnement de travail...

Le collègue d'expert chargé de faire des propositions en vue d'un suivi statistique des risques psychosociaux au travail remet une note en octobre 2009. Il ne propose pas un indicateur global, mais fait la liste des « indicateurs provisoires » disponibles, compte tenu de l'hétérogénéité des modèles de références de chacun de ces indicateurs.

Les catégories de souffrance au travail et de stress sont-elles condamnées à fonctionner comme vecteur d'évacuation vers l'individu des enjeux collectifs de conditions et d'organisation du travail ? Certes, dans leurs usages dominants ces catégories participent d'une culture du déni des atteintes à la santé d'origine professionnelle, marquée en France (Cottureau, 1983 ; Moriceau, 2009). Mais les « facteurs organisationnels » ou « facteurs psychosociaux » de risque ne sont pas de même nature que les facteurs physiques ou chimiques. Pour ces derniers « la connaissance que les gens ont de leur exposition est souvent inversement proportionnelle à l'importance de cette exposition » et la connaissance experte est fréquemment « en avance » sur celle des travailleurs. Pour les premiers,

³ Mais de premiers suicides sur le lieu de travail on déjà été reconnus comme « accidents du travail ».

non seulement le vécu subjectif des salariés conditionne toute connaissance du phénomène, mais c'est le modèle d'intelligibilité des relations entre travail et santé qui nécessite d'être refondé, en dépassant les modèles épidémiologiques et ergonomiques. Les salariés en souffrance ne peuvent plus être approchés comme étant seulement des « opérateurs » ; ce sont des acteurs et des sujets dont le pouvoir d'agir est amputé compte tenu, fondamentalement, de la non solution des dilemmes pratiques et éthiques qui sont ceux de leur activité (Clot, 2009 ; Daveziès, 2008). Si « ne pas pouvoir faire un travail de qualité » est le meilleur prédicteur de « stress » et de « souffrance », alors c'est le sens de cet empêchement qui doit être interrogé, de manière toujours contextualisée, et qui ne peut être restauré sans un travail du collectif sur lui-même.

Le devenir de la thématique de stress est donc incertain. Elle pourrait même devenir un terrain d'un nouvel âge de la critique de l'organisation du travail, dans la mesure où les dimensions éthiques et politiques de l'activité professionnelle qui lui sont sous-jacentes ne peuvent être mises au jour et transformées que par les salariés eux-mêmes. Certes, les catégories de salariés qui se déclarent le plus « stressés » sont les plus qualifiées d'entre elles – à commencer par les cadres – alors qu'elles sont les moins concernées par le « stress » au sens du « job strain » de Karasek et aux risques psychosomatiques associés. Reste que parmi les travailleurs qui se déclarent « stressés », il ne s'en trouve que fort peu pour mettre leur travail hors de cause.⁴

Les soignantes⁵, groupe particulièrement réceptif ?

Selon M. Lorient (2005), les soignantes sont un bon exemple de la psychologisation des difficultés professionnelles.⁶ La psychologie est la discipline qui soutient théoriquement, dès leur formation, leur vision de leur compétence professionnelle, celle d'un « rôle propre » visant « l'approche globale » du malade. Et leurs employeurs ont développé le soutien psychologique – notamment au travers des « groupes de parole » animés par des psychologues – comme réponse aux demandes d'amélioration des conditions de travail. Dans ces groupes la responsabilité de la mise en place de la « bonne distance psychologique », permettant d'éviter l'excès de stress et le *burn out*, est renvoyée à l'infirmière. De nombreuses associations professionnelles soutiennent ces groupes. Dans son livre sur *la fatigue au travail*, cet auteur inscrit ces observations dans une hypothèse plus vaste : quand le travail devient vecteur de réalisation personnelle, il est perçu d'abord comme facteur de santé, ce qui est le cas de la quasi totalité des infirmières qu'il a rencontrées.

Certaines situations de travail de soins sont particulièrement en prise avec l'enjeu de la psychologisation. M. Castra (2008) étudie comment, aux côtés de certaines innovations organisationnelles, cette culture psychologique est au cœur des nouvelles formes de prise en charge des patients dans les unités de soins palliatifs. A l'aide de la psychodynamique du travail, P. Molinier (2009) montre que les soignantes d'un service d'hématologie pédiatrique, par ailleurs mères de famille, développent un certain nombre de stratégies protectrices - distanciation affective,

⁴ Selon un sondage CSA pour le compte de l'ANACT réalisé début 2009, 41% des salariés se déclarent « très » ou « assez stressés » « de manière générale dans leur quotidien ». 60 % en imputent la responsabilité à leur « vie professionnelle », 38% à leur « vie professionnelle et à leur « vie personnelle », et seulement 6% uniquement à leur vie personnelle.

⁵ Le féminin s'impose, s'agissant de professions féminisées à plus de 80%

⁶ L'auteur s'intéresse peu au rôle possible du genre. On s'est interrogé par ailleurs sur les dimensions sociales qui sont au principe d'une évaluation plus positive du travail et de la relation travail-santé chez les femmes (Bouffartigue et Pendariès, 2009). Selon l'enquête *Sumer*, « toutes choses égales par ailleurs » une femme a une probabilité supérieure de 44% à celle d'un homme d'être dans le cadran « « tendu » (Guignon et al. 2008). L'enquête *Somotrace*, en l'absence de présentation de résultats « toutes choses égales par ailleurs », semble aller dans le même sens s'agissant des symptômes de santé mentale (Cohidon et al., 2009).

cloisonnement temporel, activisme, intolérance à la plainte de leurs propres enfants – tendant à cliver vie professionnelle et vie privée. Mais seul le « libre jeu du collectif comme instance d'élaboration de la souffrance dans le travail » permet une construction non pathogène de ce clivage, et ainsi d'une « bonne distance » effective aux patients. Si la « compassion » est au cœur de la compétence professionnelle relationnelle des travailleuses du *care*, elle n'a rien de spontané, et ne saurait résulter du seul travail psychologique de la personne (Molinier, 1999). La traduction des difficultés professionnelles dans un langage psychologique et personnel serait donc la principale modalité de non reconnaissance de la nécessité de ce processus d'élaboration collective de la « compassion » et de la « bonne distance ». Anne Vega (1997) ajoute que la capacité à préserver une identité professionnelle bien différenciée du malade dépend du modèle de soignante auquel se réfèrent les infirmières : elle est plus faible pour l'infirmière « relationnelle » que pour l'infirmière « technicienne ».

Les transformations du travail à l'hôpital et les luttes sociales des soignantes ont-elles été entièrement récupérées et neutralisées par les dispositifs tendant à la psychologisation des problèmes ? On peut en douter, si on prend la mesure de la dégradation des conditions de travail perçues⁷, et du rôle probable joué ici par le grand conflit social de 1988-1989. En effet, le mouvement de la « coordination infirmière » a pu être analysé comme une étape importante dans la sortie du modèle vocationnel (Kergoat et al., 1992). Depuis cette époque, si aucun mouvement aussi généralisé ne s'est produit chez les soignantes la conflictualité sociale localisée dans les hôpitaux ne s'est guère démentie. Les aides soignantes se sont aussi parfois mobilisées collectivement, mais demeurent moins organisées que les infirmières dans des associations professionnelles.

Les résultats de l'enquête *Sumer* [encadré] bousculent la thèse selon laquelle une psychologisation particulièrement poussée des difficultés professionnelles conduirait à minorer le rôle négatif des conditions de leur travail sur leur santé, et à privilégier la notion de « stress » sur celle de « fatigue » s'agissant de décrire leur travail. Parmi tous les facteurs de différenciation sociale de la perception des risques professionnels, deux des premières variables explicatives sont le sexe et la catégorie socioprofessionnelle ; les femmes, surtout dans toutes les catégories non ouvrières, ont une opinion nettement plus positive que les hommes sur l'influence du travail sur leur santé ; les salariés des deux sexes tendent à juger d'autant plus souvent que leur travail influence positivement leur santé qu'ils ont une qualification élevée.⁸ Or, comparées aux femmes salariées des mêmes catégories socioprofessionnelles, les soignantes se singularisent à la fois par des perceptions à la fois plus fréquentes et plus négatives de liens entre le travail et la santé [Graphie]. C'est très net chez les infirmières. Les aides soignantes manifestent des perceptions plus souvent négatives mais également plus souvent positives que l'ensemble des employées. Apparaît ainsi une autre spécificité des soignantes : on ne retrouve pas chez elles la relation attendue entre niveau de qualification et appréciation du lien travail santé. Au contraire, les infirmières déclarent nettement plus souvent que les aides-soignantes un influence négative.

L'enquête *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

⁷ Par exemple de 1984 à 1991, la proportion d'infirmières qui déclarent « faire des déplacements à pied longs, fréquents ou rapides » ou « porter ou déplacer des charges lourdes » passe de 40 à 60% . Michel Gollac (1997) l'explique par la dynamiques des normes sociales de l'acceptabilité dans son interprétation de ces changements. Sur l'importance et la multiplicité des pénibilités du travail hospitalier, notamment dans le secteur public, voir Guignon et Vinck (2003) ; Bouffartigue et Bouteiller (2005) ; Lelan et Baubeau (collab.) (2005).

⁸ Si l'interprétation du rôle de ces deux dimensions passe par la manière dont s'est construite historiquement ou non la visibilité des atteintes à la santé d'origine professionnelle, elle doit faire appel à d'autres hypothèses, parmi lesquelles la manière dont l'activité professionnelle peut effectivement participer de la construction de la santé selon le sens qu'elle peut prendre dans l'existence (Bouffartigue et Pendariès, 2009)

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 « auto-questionnaire » 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. On utilise ici les réponses aux questions :
« 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. - Non, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé ».
« Dans l'ensemble diriez vous que votre travail est stressant ? (réponses sur une échelle de 1 à 10) - fatigant ? (id)

Les infirmières se situent même au-delà de la catégorie des ouvriers, bien que certaines professions ouvrières masculines, comme les ouvriers qualifiés du gros œuvre de la construction, les dépassent ici nettement. Certaines professions de cadres masculins - comme ceux des transports - sont également dans ce cas, avec chez ces derniers une fréquence particulièrement forte des jugements positifs comme négatifs.

Invités à évaluer le caractère « fatigant » et « stressant » de leur travail, les catégories socioprofessionnelles se répartissent entre deux pôles : les cadres et professions intermédiaires, qui le jugent plus souvent « stressant » que « fatigant » ; les ouvriers qui le trouvent plus fréquemment « fatigant » que « stressant ». Si les infirmières déclarent plus souvent que la plupart des autres professions intermédiaires, et aussi souvent que les cadres pris dans leur ensemble, leur travail comme « stressant », elles le jugent également, dans des proportions exceptionnellement fortes comme « fatigant ». Quant aux aides soignantes, elles se situent également à un niveau supérieur à celui des employés pris dans leur ensemble, et même à celui d'une catégorie comme celle de caissière, sur le double plan du travail jugé « fatigant » et « stressant ».

Les aides soignantes et, plus encore, les infirmières, font donc partie des professions féminines qui perçoivent leur travail non seulement comme très « stressant », mais également comme « fatigant » et ayant une influence négative sur leur santé. Il faut toutefois rappeler que la notion commune de « stress » est bien distincte de l'indicateur des risques « psychosociaux » bâti par Karasek, le « job strain », à partir d'une combinaison entre charge psychologique et « latitude décisionnelle ». C'est dans des emplois d'exécution soumis à des contraintes de temps ou situés en contact avec le public, comme les ouvrières non qualifiées de l'industrie, ou les caissières et employé(e)s de libre service qu'il est le plus élevé. De ce point de vue les aides soignantes sont en situation plus défavorable que les infirmières [Graphe in Guignon et al., 2008, p. 5]

Une enquête auprès des soignantes d'un CHU, comparées à des salariés masculins de la sous-traitance industrielle, confirme qu'il s'agit de salariées sensibles à la dégradation des conditions de travail et très partagées sur l'appréciation du lien entre leur travail et leur santé. Ainsi elles sont deux sur trois (contre un sur trois) à juger que leurs conditions de travail se sont « dégradées ces dernières années », deux sur trois (contre un sur trois) à déclarer leur travail à la fois « très fatigant » et « très stressant » (note égale ou supérieure à 7/10), et un peu plus nombreuses à penser qu'il influence négativement leur santé, physique comme psychique.

Toutes les infirmières utilisent volontiers le mot « stress », qu'elles le reprennent quand il a été introduit par le sociologue – un moment des entretiens invitait à commenter les notions de « stress » et de « fatigue » -, qu'elles l'utilisent spontanément avant-même que ce thème ait été introduit.⁹ Trois profils d'infirmières se dégagent selon que l'usage du mot est associé à une vision fondamentalement positive du travail et de la relation travail santé (A), à une vision négative associant forte psychologisation et critique du travail (B), à une vision ambivalente témoignant de

⁹ Par contre aucune n'utilise le mot « souffrance » pour parler d'elles.

fortes tensions entre valorisation du travail et critique de ses conditions (C).

Le premier profil d'infirmières est le plus proche des processus sur lesquels met l'accent M. Lorient : le travail est perçu soit comme facteur de santé, soit comme sans implications significatives sur la santé. Quand des difficultés dans le travail sont évoquées, elles sont clairement psychologisées. La vie professionnelle, plutôt satisfaisante, est dominée par une implication positive et prend sens comme domaine de réalisation personnelle. Leurs trajectoires sociales et/ou professionnelles sont promotionnelles et, quand elles ne sont pas trop près de la retraite, elles évoquent volontiers des perspectives d'évolution professionnelle. Elles s'inscrivent souvent dans le modèle de l'« infirmière relationnelle » (Vega, 2008).

Le second profil s'oppose nettement au précédent : le travail est perçu comme pathogène, et semble avoir été progressivement marqué au fil de la carrière par des représentations négatives. Mais dans l'interprétation des difficultés professionnelles la mise en cause des dimensions sociales y concurrence leur psychologisation. Leurs parcours sociaux et professionnels sont moins promotionnels, et quand elles abordent l'âge de la retraite le ressentiment semble dominer. Les infirmières parmi les plus critiques sur le travail sont ainsi parfois celles qui mettent le plus en avant une problématique personnelle dans la genèse de leurs difficultés au travail.

Le troisième profil regroupe les plus nombreuses des infirmières, très ambivalentes quant au rôle du travail sur leur santé, ce qui se traduit chez elles par une difficulté à trancher, dans un sens positif ou négatif. Ce profil est proche du premier, à cette nuance près que, mettant davantage l'accent sur la critique des conditions de travail, elles verbalisent plus systématiquement la tension qui oppose ces dernières à l'attachement à leur profession. Cette orientation plus critique semble associée à des parcours moins marqués par une progression sociale ou professionnelle et des situations dans lesquelles les perspectives d'évolution paraissent moins positives. Et, à la différence des soignantes du second profil, la construction de la « bonne distance » est moins souvent renvoyée à un travail psychologique qu'à une capacité à développer une vie hors travail clairement séparée du travail, voire aux ressources de solidarité dans le service. Tel est le cas notamment pour plusieurs « infirmières techniciennes » exerçant au bloc opératoire, service dans lequel ont lieu au moment de l'enquête des mouvements collectifs contre le manque d'effectifs.

Ces trois profils d'infirmières, construits à partir de la manière dont s'organisent leurs représentations du travail, des conditions de travail, et dont elles utilisent la catégorie de stress peut être mise en rapport avec les deux modèles de soignante dégagés par A. Vega (2008) : « l'infirmière relationnelle » peut développer une vision positive du travail et de sa relation à sa santé sous deux conditions : elle parvient à trouver la « bonne distance » aux patients et à séparer vie professionnelle et vie extra-professionnelle. Chez elle la satisfaction au travail tendrait à relativiser l'attention aux conditions dans lesquelles il s'exerce. Si ces deux conditions ne sont pas remplies elle développera une perception négative du travail et de ses implications sur sa santé, mais ses difficultés professionnelles feront l'objet de deux lectures concurrentes, psychologisante, ou non... Quant à « l'infirmière technicienne » c'est chez elle que distance aux patients, séparation vie au travail/vie hors travail, et mise en question des conditions de travail comme source des difficultés professionnelles seraient les plus fréquentes.

Dans l'enquête *Sumer* comme dans notre propre enquête les aides soignantes apparaissent plutôt moins critiques que les infirmières sur la relation travail-santé. Or, si certaines de leurs conditions de travail sont « objectivement » moins pénibles, comme la charge mentale associée aux responsabilités sur les malades, bien d'autres le sont davantage. Mais on insistera ici surtout sur

leurs parcours sociaux qui, étant plus souvent promotionnels, les amènent à évaluer leur statut professionnel relativement à des expériences antérieures très difficiles.

Deux pistes de recherches

Chez les soignantes, groupe professionnel construit socialement comme l'un des plus prédisposés à adopter la catégorie de stress, et au-delà, à partager une lecture psychologique du monde social, pour interpréter ses difficultés professionnelles, on trouve donc également des potentialités de critique de l'organisation et des conditions de travail. Cela ne signifie pas que la catégorie de stress et la grille de lecture qui l'accompagne ne soient pas largement diffusées auprès d'elle par les dispositifs de formation et de régulation des ces professions et leurs agents, comme elles le sont auprès de bien d'autres milieux professionnels. Mais cela montre qu'il existe probablement dans le salariat, bien au-delà des soignantes, des ressources pour une ré-appropriation des enjeux de la souffrance au travail en termes de mise en débat des conditions et de l'organisation collectives du travail. Dans cette perspective, deux pistes de recherche seraient à poursuivre.

La première consisterait à étudier la manière dont sont implantés, voire négociés, dans les entreprises, les dispositifs censés prévenir le stress ou les facteurs psycho-sociaux de risque. La seconde consisterait à éclairer la cas français par d'autres contextes nationaux.

1- Entre initiatives des directions et négociation collective

Si les salariés, y compris ceux supposés être les plus sensibles aux discours psychologisants, sont plus avertis que ce que l'on pouvait penser quand aux responsabilités de l'organisation et des conditions du travail dans leurs difficultés professionnelles, à quelles conditions le mouvement syndical pourrait participer d'une critique du travail jusqu'à infléchir l'approche dominante de la prévention des risques psychosociaux ?

En effet nombre de directions de grandes entreprises n'ont pas attendu l'accord national de 2008 et les récentes injonctions gouvernementales à négocier avec les syndicats des mesures préventives pour mettre en place des dispositifs visant à traiter du stress professionnel.¹⁰ Or, inspirés par certains cabinets de consultant, ils sont clairement orientés une psychologisation de cet enjeu : écoute psychologique, numéros verts, cellules de veille, formations à la gestion personnelle du stress, discours sur la nécessité d'améliorer la reconnaissance des individus ; ils comportent parfois également des « observatoires du stress » visant à quantifier et à cartographier les risques psychosociaux. Ces deux types de dispositifs en en commun d'exempter l'organisation et les conditions de travail et de ne pas permettre aux salariés de devenir acteurs d'une transformation de l'activité de travail.

Les premiers parce qu'ils se limitent à une approche curative et individualisée – aide psychologique aux salariés « stressés » -, ou, au mieux, à une « prévention corrective » - renforcement des

¹⁰ A l'heure où ces lignes sont écrites on peut signaler les accords suivants : IBM (« Programme national de prévention du stress », janvier 2008) ; les Caisses d'Épargne (« Mesure et prévention du stress », juillet 2009) ; le groupe automobile PSA (« Accord relatif à l'évaluation et à la prévention des risques psychosociaux », octobre 2009). Dans d'autres groupes des accords ont été signés à l'échelle de certains Départements ou sites. Citons, pour le groupe automobile Renault l'accord de décembre 2007 au centre d'ingénierie de Guyancourt ; chez EDF, le secteur DPN (nucléaire) : « accord sur le cadre de progrès national relatif à la prise en compte et à la prévention des risques psychosociaux », mars 2008

capacités des salariés à faire face à des situations stressantes.¹¹ Les seconds parce que « dans le meilleur des cas les résultats sont conformes à ceux de la littérature scientifique [...] mais ils donnent de la situation une vision dont le grain est beaucoup trop grossier pour offrir des perspectives d'action. En effet les exigences de l'action ne sont pas celles de la production des connaissances. Aller au-delà impliquerait un mouvement de recontextualisation. Pour cela il faudrait, d'une façon ou d'une autre se retourner vers les demandeurs et tenter de savoir quel était en fait leur problème » (Davezies, 2001). Ces enquêtes par questionnaire ne pourraient donc déboucher sur de véritables actions de prévention que dès lors que, loin de les clore, elles ouvriraient le débat au sein de l'entreprise et des collectifs de travail sur les enjeux concrets du travail, sa qualité, son sens.

Cette approche est-elle susceptible d'être modifiée dès lors que la négociation collective s'en mêle, comme cela commence à peine à être le cas ? Les premiers accords ne semblent pas s'en démarquer de manière substantielle. On observerait alors un processus d'intégration des syndicats – du moins d'une partie d'entre eux – à une logique d'accompagnement à l'aménagement des modes de gestion du travail. Quant aux syndicats qui refusent de signer les accords, dans quelle mesure s'agit-il d'un repli sur une posture protestataire, ou sont-ils porteurs de pratiques alternative en matière de mise en débat des enjeux du travail concret ?

Afin de répondre à ces questions il conviendrait de comparer les dispositifs mis en place unilatéralement par les directions d'entreprise avec le contenu des premiers accords négociés. Concernant ces derniers il s'agirait ensuite de bien les contextualiser : dans quelle dynamique de prise en compte de la santé au travail par les acteurs sociaux prennent-ils place ? Les syndicats et les CHSCT ont-ils joué un rôle actif, par exemple en déclenchant des expertises indépendantes suite à des suicides au travail ? Quelle été l'orientation de ces expertises ? Ont-elles fait l'objet d'appropriation au sein de l'entreprise ? D'autres acteurs - médias, administration du travail – ont-ils joué un tel rôle ? Sur quels points ont porté les concessions des uns et des autres ? Si tous les des syndicats n'ont pas signé l'accord, quelles sont les positions des non signataires ? La non signature renvoie-t-elle à une posture de simple dénonciation, ou est-elle associée à des actions alternatives ? Enfin, c'est ensemble du contexte économique et social de l'entreprise qu'il s'agirait d'étudier. Ainsi plusieurs des firmes dans lesquelles des accords ont été signés se caractérisent par des suppressions d'emploi, et l'on sait combien l'insécurité de l'emploi peut participer du stress au travail. Autre dimension majeure, le degré et les formes d'organisation syndicale des travailleurs et l'intensité de la conflictualité collective sont probablement des facteurs clés dans la genèse de la souffrance au travail, dont tout laisse à penser qu'elle est fortement corrélée à l'isolement des salariés (Jaffrès et Thaller, 2009). Enfin on sait que parmi les entreprises les plus visibles en matière de « suicides au travail » ou de « stress professionnel », on compte quelques unes des grandes entreprises publiques, ou anciennement publiques, dans lesquelles l'introduction des méthodes managériales venues du secteur privé a été particulièrement rapide et déstabilisatrice pour des salariés attachés aux références de service public.¹²

2- Pour des comparaisons internationales

La France semble se singulariser à la fois par un fort traitement médiatique des thèmes associés à la

¹¹ Les organismes internationaux et nationaux spécialisés sur la santé au travail distinguent trois niveaux d'intervention sur le stress au travail : « primaire », à caractère effectivement préventif (action sur les causes, dans le domaine du travail – organisation, conditions, relations et poste de travail) ; « secondaire » ou de « prévention corrective » (renforcer la résistance des individus au stress), et « tertiaire », ou curative (prise en charge psycho-médicale des individus victimes du stress).

¹² Pour France Telecom, cf. le témoignage de M. Vivas (2009), qui y a travaillé comme ergonomiste.

« souffrance au travail », et par un certain retard sur d'autres pays dans la négociation collective : actuellement c'est sous injonction gouvernementale et à la suite de suicides au travail que les grandes entreprises ont ouvert des négociations. Comment expliquer cette double spécificité ?

Une série de travaux comparatifs tendent à montrer que l'intensité du travail est particulièrement élevée dans ce pays, ce qui ne serait pas sans lien avec d'autres particularités : l'étroitesse des classes d'âge qui sont au travail – les moins de 25 ans, et les plus de 55 ans étant largement en dehors de l'emploi ; l'importance culturelle accordée au travail comme valeur positive ; une histoire de la santé au travail qui l'a jusque très récemment cantonné dans l'espace du professionnel et du paritarisme, en dehors des enjeux de santé publique ; une tradition du mouvement ouvrier qui l'a conduit à intervenir difficilement sur les conditions, et plus encore sur l'organisation du travail. Toutes ces particularités sont actuellement interrogées et bousculées, ce qui éclaire d'ailleurs le fait que la santé au travail en général, les risques psychosociaux en particulier puisse être de bons révélateurs et de bons analyseurs de changements plus profonds dans le monde du travail.

Une comparaison internationale prendrait en compte la diversité des situations au regard de chacune des dimensions citée. Elle chercherait à observer si dans le domaine de la prise en compte des risques psychosociaux, en particulier dans le champ de la négociation et de l'action collectives, des différences significatives peuvent être repérées. Et, si oui, à les relier aux « cohérences sociétales », voire à des modèles plus large. On pourrait ainsi mettre à l'épreuve l'opposition classique entre l'Europe nordique, dans lequel les enjeux de santé au travail sont de longue date intégré dans le champ des relations professionnelles, et l'Europe latine, où la prise en compte de ces questions dans la négociation collective est à la fois plus tardive et davantage subordonnée aux initiatives de l'Etat¹³.

Le stress est devenu un thème central pour dire les difficultés au travail chez des professions toujours plus nombreuses. Il est aussi devenu un enjeu social et scientifique majeur. Il ne s'agit pas de nier que de nombreux dispositifs tendent à en donner une lecture et à en favoriser des usages psychologisants, allant *in fine*, dans le sens de la reproduction d'une culture du déni des atteintes à la santé d'origine professionnelle. Non sans effets dans l'expérience des salariés eux-même, dont on a vu que les plus prompts à déclarer leur travail « stressant » - notamment les cadres - n'étaient généralement pas les plus exposés aux « risques psychosociaux » identifiés comme tels par les modèles épidémiologiques. Mais le cas des soignantes montre clairement que l'utilisation de cette catégorie pour décrire les difficultés professionnelles ne condamne pas à exempter les conditions et l'organisation du travail comme facteur majeur d'atteinte à la santé ou de construction de cette dernière.

S'il existe dans le salariat, bien au-delà des soignantes, des ressources pour une ré-appropriation des enjeux de la souffrance au travail en termes de mise en débat des conditions et de l'organisation collectives du travail, il devient urgent d'étudier la manière dont sont implantés, voire négociés, dans les entreprises, les dispositifs censés prévenir le stress ou les facteurs psycho-sociaux de risque ; et d'éclairer ces processus qui se produisent en France par d'autres contextes nationaux, dans

¹³ L'enquête européenne sur les conditions de travail constituerait ici une source privilégiée. Parmi des résultats suggestifs, un lien probable entre tradition de prise en charge collective des questions de santé au travail, et niveau d'exigence par rapport au travail. Ainsi 57% des femmes suédoises pensent que leur travail affecte leur santé (42% citent les TMS, 41% le stress, et 20% les troubles du sommeil), contre 26 % seulement des françaises (chacun des trois principaux troubles étant cité deux fois moins souvent) (European Working condition survey, 2005)

lesquels les enjeux de santé au travail et de risques psychosociaux sont construits historiquement de manière sensible différemment.

Bibliographie

- Arborio A.-M. (2001), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Anthropos.
- Bouffartigue P., Bouteiller J. (2005), *Les conditions et le temps de travail des soignants. Unité et différenciations sectorielles, professionnelles et sociales*, Rapport pour le compte de la Dares, LEST, Aix-en-Pce, septembre.
- Bouffartigue P., Pendariès J.-R. (2009), *La perception des liens travail-santé. Le rôle des normes de genre et de profession* (à paraître)
- Buscatto M., Loriol M., Weller J.-M. (2008), *Au-delà du stress au travail. Une sociologie des agents publics en contact avec les usagers*, Erès.
- Castra M. (2008), « L'usage de l'analyse psychologique comme support à la gestion de la mort en unité de soins palliatifs », in Buscatto M., Loriol M., Weller J.-M. (2008), *Au-delà du stress au travail. Une sociologie des agents publics en contact avec les usagers*, Erès, pp. 119-136.
- Cottureau A. (1983), « L'usure au travail : interrogations et refoulements », *Le Mouvement social*, n° 124, p. 3-7.
- Davezies P. (2001), « Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social », *Performances. Stratégies et facteur humain*, n° 1, 2001, pp. 4-7
- Davezies P. (2008), « Stress, pouvoir d'agir et santé mentale », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n° 69, pp. 195-203.
- Delmas C. (2008), « L'articulation de savoirs experts et profanes dans l'émergence de la thématique du malaise des cadres », Communication au *Congrès de l'Association Belge de Sciences Politiques*, Louvain-la-Neuve, 24-25 avril.
- Clot Y. (2008), « Vers une nouvelle prophylaxie sociale », préface à la troisième édition, *Le travail sans l'Homme ? La Découverte*.
- Cohidon C., Arnaudo B., Murcia M. (2009), « Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France », *BEH, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, INVS, n° 9, juin, pp. 265-269.
- Gollac (1997), « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *Revue Française de Sociologie*, XXXVIII, p. 5-36
- Gollac M., Castel M.-J., Jabot F., Presseq. p. (2006), « Note de recherche : Sur la souffrance mentale au travail. Du déni à la banalisation », *Actes de Recherche en Sciences Sociales*, n° 163, pp. 39-45.
- Guignon N. (2008), « Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ? », *Femmes et Homme-Regards sur la parité*, INSEE, p. 51-63
- Guignon N., Vinck L. (2003), « Les conditions de travail dans la fonction publique », *Premières Synthèses*, n° 40-1-, Dares.
- 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*, n° 22-1, Dares.
- Jaffrès E., Thaller R. (2009), « Une lecture « politique » des risques psychosociaux . Remettre le travail au coeur des rapports de force », *Droit d'alerte*, CIDECOS, octobre.
- Karasek, R. (1979), « Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-208.
- Kergoat D., Imbert F., Le Doare H., Senotier D., *Les infirmières et leur coordination. 1988-1989*, Lamarre, 1992.
- Le Lan R., Baubeau (collab.) (2005), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Etudes et Résultats*, n° 335, Drees.
- Loriol M. (2000), *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal être au travail*, Anthropos.
- Loriol (2005), « Les ressorts de la psychologisation des difficultés au travail. Une comparaison entre infirmières, policiers et conducteurs de bus », *Cahiers de Recherche Sociologique*, n° 41-42,

décembre, p.191-208.

- Molinier (2009), « Travail et compassion dans le monde hospitalier », *Cahiers du genre*, n° 28, 1999, pp. 50-70.
- Molinier P. (2009), « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la « bonne distance », *Temporalités*, n° 9, 2009-1.
- Moriceau C. (2009), « Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle : entre reconnaissance, déni et prévention », *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, n° 1-Vol. 56, p. 11-27.
- Nasse P., Légeron P. (2008), *Rapport sur la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Rapport au Ministre du Travail, des Relations sociales et de la solidarité, 12 mars.
- Niedhammer I. (2009), « Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d'une enquête transversale en population salariée en région Paca », France, 2004. *BEH, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, INVS, n° 9, juin, pp. 271-275.
- Salman S. (2008), « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du Travail*, Vol 50, n°1, janvier-mars, pp. 31-47.
- Siegrist J. (1996), « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions, *Journal of Occupation and Health Psychology*, 1-27-41. Vega A. (1997) , « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 15, n° 3, pp. 103-131.
- Vivas M. (2009), *Hier, j'ai surpris France Telecom semant des graines de suicides* , article mis en ligne le 8.10.2009. <http://bellacio.org>
- Weller J.-M. (2002) « Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide », *Sociologie du Travail*, Vol 44, n°1, janvier-mars, pp. 75-97.