



HAL
open science

Le rapport à la santé des travailleurs : contextes et stratégies

Philippe Sarnin, Christine Durif-Bruckert, Sabrina Rouat

► **To cite this version:**

Philippe Sarnin, Christine Durif-Bruckert, Sabrina Rouat. Le rapport à la santé des travailleurs : contextes et stratégies. *Psihologia Resurcelor Umane*, 2011, 2 (9), pp.72-89. hal-00874464

HAL Id: hal-00874464

<https://hal.science/hal-00874464>

Submitted on 10 Jul 2017

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

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

Le rapport a la santé des travailleurs: contextes et stratégies

Philippe Sarnin, Christine Durif-Bruckert, Sabrina Rouat¹

Abstract

The purpose of this paper is to report, from a qualitative study, the individual and organizational factors and processes that lead an employee to build a unique relationship to his health. We discuss these processes in relation to the construction of health among a sample of 34 „workers” selected in diverse contexts, considering health as a dynamic and co-constructed object. From biographical interviews and records of interactions between workers and professionals who support them, we analyze the transactions made between work and health. These transactions, which are defined in dynamic and combined processes (psychological, cognitive, interactive and organizational), contribute to define the orientation of the relationship to work, the professional route, and determine the evolution of more objective health status and how it can be seen, lived and managed individually. This article examines three different contexts: small business employees, employees of a large firm, and job seekers. These three contexts are related with different types of strategies implemented by individuals on their health in relation to their position in the world of work.

Keywords: Report to health, occupational health, professional career, employment conditions.

Résumé

L'objet de cet article est de rendre compte, à partir d'une étude qualitative, des variables et processus individuels et organisationnels qui amènent un salarié à construire un rapport singulier à sa santé. Nous abordons ces processus de construction du rapport à la santé chez un échantillon de 34 «travailleurs» sélectionnés dans des contextes diversifiés, en considérant la santé comme un objet dynamique et co-construit, objet d'évaluation et d'estimation, objet d'échange et de négociations, de faire-valoir ou de traitement des situations de travail et du rapport même au travail. A partir d'entretiens biographiques et d'enregistrements d'interactions entre les travailleurs et les professionnels qui les prennent en charge, nous analysons les transactions opérées entre le travail et la santé. Ces transactions, qui se définissent au sein de processus dynamiques et combinés (psychiques, cognitifs, interactifs et organisationnels), contribuent à définir une orientation du rapport au travail, et inévitablement de l'itinéraire professionnel, autant qu'elles déterminent à leur tour l'évolution plus objective de l'état de santé et la manière dont elle peut être considérée, vécue et gérée individuellement. Cet article examine en particulier trois contextes différents: salariés de petite entreprise, salariés de grande entreprise et demandeurs d'emploi. Ces trois contextes sont mis en relation avec différents types de stratégies mises en œuvre par les personnes vis-à-vis de leur santé en lien avec leur position dans le monde du travail.

Mots clés: Rapport à la santé, santé au travail, trajectoire professionnelle, conditions d'emploi.

1. Introduction: santé et travail, des relations complexes

La recherche que nous avons menée d'un point de vue qualitatif sur trois terrains urbains spécifiques en France (grande entreprise du secteur des assurances, petite entreprise de sertis-

sage de bijoux, demandeurs d'emploi pris en charge par l'agence nationale pour l'emploi) nous a permis d'ouvrir quelques questionnements et réflexions sur les processus de construction du rapport à la santé chez les travailleurs. Ce n'est pas la santé comme «état» que nous étudions, mais la santé comme «processus», processus

¹ Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRePS), Université Lumière Lyon 2, Institut de Psychologie, 69676 BRON cedex. Contact: Philippe.Sarnin@univ-lyon2.fr. Cet article est issu d'une recherche effectuée dans le cadre d'une convention avec le Ministère du Travail dans le cadre de l'appel d'offres «Santé et Travail» (cf. Sarnin & al., 2006).

dynamique *co-construit* par un ensemble d'acteurs et d'actants* (Latour, 1989) en permanence à la jonction de l'objectif et du subjectif, des représentations et des pratiques.

La santé «objectivée», évaluée dans des diagnostics, des rapports (qu'ils soient médicaux ou non), potentiellement traitée ou statuée (objet de prises de décisions), émerge à la croisée d'un fond de connaissances scientifiques, de textes médicaux et législatifs, de normes, de pratiques propres à une institution ou une organisation particulière, actualisée par des professionnels spécifiques (médecins généralistes, médecin du travail...). La santé «subjective» telle qu'elle est appréhendée, vécue, par le sujet lui-même, est, elle aussi, toujours le produit d'une histoire sans cesse renouvelée, d'un ensemble de catégorisations sociales par lesquelles sont «lus» les maux, les symptômes d'une situation donnée, non seulement professionnelle, mais aussi personnelle, familiale, etc. Quant à la santé «agie», celle qui transparait dans les comportements et stratégies du travailleur de façon explicite ou implicite, que ce soit dans son travail quotidien, ou plus généralement dans la «construction» de son itinéraire professionnel, elle doit être abordée à la croisée de situations, de rencontres, et d'histoires personnelles et organisationnelles, etc. Nos analyses sur ces processus de construction du «rapport à la santé», suivant ces différents niveaux, s'appuient sur tout le «background» institutionnel et organisationnel dans lequel évoluent les sujets salariés ou demandeurs d'emplois, à la fois dans leurs parcours professionnels et dans leur environnement personnel particulier. La manière dont l'individu va considérer son état de santé et dont il va l'utiliser et/ou s'en préoccuper relève d'un processus complexe où vont se mêler à la fois des catégorisations (désignations) sociales, des éléments liés aux différentes sphères de son appartenance sociale, mais aussi à sa biographie.

Dans le cadre de cet article, nous abordons quelque unes des variations et des constantes des rapports santé/travail, ainsi que les éléments décisifs qui concourent à leur construction.

2. Etat des lieux et problématisation de la question

Les différentes enquêtes quantitatives réalisées en France autour de la problématique de la santé et des itinéraires professionnels (Cristofari, 2003), ainsi que divers travaux sur des situations plus localisées et avec des approches qualitatives, nous montrent un certain nombre d'acquis dans l'appréhension des rapports entre les situations de travail, les itinéraires professionnels et la santé des travailleurs:

– Les conditions de travail (caractéristiques du poste de travail et de son environnement) doivent être combinées aux conditions d'emploi (statut lié au poste de travail, type de contrat de travail) pour mieux saisir les effets pathogènes des situations de travail (Doniol-Shaw & Lasfargues, 1999; Sverke & Hellgren, 2002). La précarité de l'emploi tend évidemment à fragiliser aussi la santé des travailleurs en accentuant les effets des conditions de travail. Les améliorations dans les conditions physiques de travail peuvent se trouver annulées par la détérioration des conditions d'emploi (Tarty-Briand, 2004).

– La santé, la maladie, le corps sont objets de représentations sociales (Herzlich, 1986; Adam & Herzlich, 1994; Durif-Bruckert, 1994 et 2007; Morin, 2004; Coudin & Paicheler, 2002; Detrez, 2002)**. Le profane utilise ces représentations dans un sens et pour des comportements souvent en décalage avec ce que souhaitent les professionnels de santé. Hughner et Kleine (2004) distinguent en particulier quatre aspects dans ces visions de la santé chez les profanes: «définition de la santé», «explications de la santé», «facteurs externes et/ou incontrôlables affectant la santé», «place occupée par la santé dans la vie de la personne». Notre recherche montre encore les fonctions et les modalités d'utilisation de la santé en fonction d'objectifs très distincts: de maintien, de dédommagement ou de restructuration identitaire. De nombreuses recherches attestent des liens d'influence entre la façon dont les individus considèrent leur état de santé et leurs com-

* Actants: textes, dispositifs, objets, etc... c'est-à-dire des acteurs non humains qui jouent un rôle dans les relations sociales et dans les comportements des acteurs humains.

** Cf. également le numéro 16 (2001) de la revue *Santé Conjugée*: «Des savoirs qui s'ignorent».

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

portements de santé (Dantzer, 2001; Kals & Montada, 2001). Rappelons également l'importance de «l'effet placebo».

– La connaissance institutionnelle des états de santé des travailleurs est également dépendante des dispositifs matériels (moyens de la médecine du travail, par exemple) et cognitifs (système de classification, seuils d'exposition, par exemple) chargés de la construire: Thébaud-Mony et al. (2003) montrent ainsi le décalage obtenu par rapport aux définitions institutionnelles (tableau des maladies professionnelles, reconnaissance de la maladie) lorsque, dans le cadre d'une recherche, on s'intéresse concrètement et systématiquement à repérer les personnes atteintes de cancers et à reconstituer leurs parcours professionnels. Molinié et Laville (2000) s'interrogent également sur les écarts dans les déclarations des mêmes personnes enquêtées en 1990 et 1995 dans l'enquête ESTEV*. Enfin, les indicateurs liés aux accidents du travail sont à prendre avec de grandes précautions nonobstant leur rôle essentiel en matière de prévention (Daubas-Letourneux & Thébaud-Mony, 2001; Thébaud-Mony, 2007).

– Les cadres de référence qui essaient de rendre compte des maladies, et particulièrement des troubles psychiques, sont très instables (voir peu fondés: Cooper, 2004). Ce qui ne facilite pas une appréhension claire des relations entre travail et santé. Le courant du constructionnisme social (Gergen, 1991, 2001; Hacking, 2001; Liebrucks, 2001) nous montre la part d'indétermination de nos catégories pour penser la maladie et les «effets de bouclage» créés par ces catégories dans lesquelles les malades et ceux qui les désignent comme «malades» vont se construire une identité sociale. Lorient (2000, 2002) étudie la construction historique de l'idée de «fatigue», Le Bianic (2003) celle «d'inaptitude au travail», Ehrenberg (1998) examine comment notre société a construit la dépression. Le thème actuellement envahissant du «stress» (Cox et al., 2000; Dantzer, 2001; Bruchon-Schweitzer, 2002; Neboit & Vézina, 2002) interroge les processus d'individualisation des

problèmes sociaux (Hepburn & Brown, 2001) et la norme d'internalité portée par l'idéologie néo-libérale (Dubois, 1994; Beauvois, 1994). Les entreprises tendent de plus en plus à demander aux salariés de «gérer» eux-mêmes leurs parcours professionnels faute de pouvoir garantir des carrières longues bien définies, ce qui constitue une charge psychique supplémentaire pour ces salariés (Grosjean & Sarnin, 2002). Les salariés peuvent également utiliser ces notions (stress, burn-out, harcèlement, etc.) en essayant de donner une signification à ce qu'ils ressentent sans pour autant en tirer toutefois des moyens d'action pertinents (Weller, 2002). Le phénomène d'appropriation rapide et peut-être excessive (Davezies, 2004; Lapeyrière, 2004; Debout & Larose, 2003) de la notion de «harcèlement moral» illustre comment les catégorisations de la souffrance psychique proposées dans l'espace public peuvent construire un sens particulier à des situations vécues et aboutir à engendrer de nouveaux comportements.

De l'ensemble de ces travaux, nous retenons plus particulièrement les points problématiques suivants:

– Comprendre l'interaction entre la santé et le travail nécessite la mobilisation de plusieurs niveaux d'analyse combinés. Le cadre organisationnel est important, à travers les dispositifs en place dans l'entreprise, les conditions de travail, l'organisation du travail, les conditions d'emploi des salariés et leurs changements (Askenazy & Caroli, 2003; Bué et al., 2003; Ettner & Grzywacz, 2001; Gollac & Volkoff, 2000; Hammon-Chollet, 2002; Karasek & Theorell, 1990; Molinié, 2001; Schaufeli, 2004; Siegrist, 1996; Siegrist & al., 2004). Le cadre institutionnel, c'est-à-dire les différents dispositifs mis en place à l'échelle nationale pour accompagner la santé des travailleurs (Askenazy, 2004; Hodgetts & Chamberlain, 2000; Bon, 2003; Ebershold, 2003), mais aussi les discours produits dans l'ensemble de la société à travers les médias, façonnent également la construction de catégories d'appréhension du rapport à la santé**. Le niveau de l'équipe, des collègues, de la hiérar-

* ESTEV: Enquête Santé Travail et Vieillessement.

** Par exemple, les ouvriers se disent plus facilement „fatigués” mais pas „stressés”, terme réservé aux femmes, aux employés, aux cadres (cf. Sarnin, 2002).

chie directe, c'est-à-dire les relations sociales immédiates qui fabriquent du sens au quotidien en reprenant, interprétant, déformant les notions et catégories issues des autres niveaux (Dodier, 1983) joue aussi un rôle important. A son niveau, et au sein de ces cadres et références multiples, le salarié tente de maîtriser les interactions entre ses différents domaines de vie (Curie, 2000; Garner et al., 2004; Garner & al., 2006; Baudelot & Gollac, 2003; Heinz & Krüger, 2001; Ruffin & Ville, 2006).

– La difficulté à définir la santé ainsi que la multiplicité des facteurs susceptibles d'entraîner des souffrances psychiques et physiques rendent indispensable une meilleure compréhension des conditions et des processus par lesquels un individu est déclaré, par lui ou par d'autres, en «bonne santé» ou pas et de ce qu'il est amené à en faire.

Nous proposons donc l'hypothèse que le processus de construction de la santé d'un individu en situation de travail prend appui à la fois:

– Sur un processus organisationnel dans lequel différents acteurs et différents événements appartenant à l'organisation du travail contribuent à générer, infléchir, accentuer ou atténuer le cours, l'état, le rapport à la santé d'un individu;

– Sur un processus individuel qui laisse place à une autonomie réflexive, à des stratégies de la personne et qui aboutit à la formation d'un rapport singulier à la santé.

– Organisations et individus mobilisent plus ou moins des éléments institutionnels (règlements, classifications des maladies, dispositifs de protection sociale, etc.) qui ont leur propre processus de développement, mais qui rencontre néanmoins les deux processus évoqués ci-dessus.

3. Méthode

3.1. Terrains enquêtés

Trois contextes de développement des processus de construction du rapport à la santé en situation de travail sont étudiés:

1. Une grande entreprise avec une organisation dédiée aux rapports santé/travail. Elle comprend au total 30 000 salariés et opère dans les secteurs des mutuelles de santé et des assurances aux particuliers.

2. Un milieu de P.M.E.* où ce rapport est moins géré. Le cas étudié est une entreprise de sertissage de bijoux comprenant 12 salariés.

3. Un contexte à la frontière emploi/chômage où interagissent des institutions différentes. Sur un même lieu géographique, des demandeurs d'emploi sont pris en charge par différentes organisations: agence nationale pour l'emploi, entreprise d'aide à l'insertion professionnelle, municipalité, réseau de soin, etc.. Les organisations impliquées peuvent varier selon la situation du demandeur d'emploi.

Il s'agit en effet de pouvoir comparer des situations de travail différentes du point de vue des itinéraires des salariés et des dispositifs organisationnels intervenant dans les relations santé/travail. Les trois terrains constituent ainsi une sorte de graduation dans l'épaisseur des contextes et la cohérence des institutions dans lesquels gravitent les travailleurs. Dans la grande entreprise, la santé des salariés fait l'objet d'un suivi précis, du personnel médical et paramédical est en place (médecins du travail, infirmières, psychologue...), tous les actes réalisés en interne sont enregistrés et les instances de représentation du personnel fonctionnent (CHSCT** en particulier) et se mobilisent sur les enjeux de santé. Dans la P.M.E., la situation est plus délicate: la médecine du travail est extérieure, il n'y a pas de personnel dédié aux problèmes de santé, les obligations légales relèvent de la contrainte dont il faut essayer de se débarrasser au plus vite (par exemple: réalisation du «dossier unique» sous-traitée et standardisée grâce à des consultants ou aux syndicats professionnels). On peut donc faire l'hypothèse que les salariés n'ont pas dans ce cas les mêmes ressources, les mêmes rapports et les mêmes stratégies que ceux d'une grande entreprise. Le troisième terrain nous permet d'examiner des situations extrêmes, du point de vue de notre problématique, où les travailleurs

* P.M.E.: Petites et Moyennes Entreprises.

** CHSCT: Comité Hygiène Sécurité et Conditions de Travail. Présent dans les entreprises de plus de 50 salariés.

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

sont en situation très précaire voire en chômage de longue durée. Ce terrain nous permet à la fois d'étudier des itinéraires marqués par des inflexions majeures et des contextes institutionnels complexes dans lesquels de nombreuses organisations entrent en jeu: ANPE*, mission locale, municipalité, hôpital, entreprise, réseaux de soin, etc. On peut alors faire l'hypothèse que les «bricolages» institutionnels rendent difficiles le suivi des trajectoires et laissent le travailleur dans une situation où des choix majeurs s'imposent à lui alors qu'il n'a pas toutes les ressources pour les maîtriser.

En plus du critère organisationnel reposant sur l'hypothèse d'un effet important du contexte organisationnel sur le rapport à la santé, les critères de choix des individus étudiés étaient les suivants:

- Personnes avec une expérience du travail de plusieurs années, même pour les demandeurs d'emploi.

- Personnes ayant rencontré des problèmes de santé importants avec une prise en charge médicale lourde (hospitalisations, suivi médical depuis plusieurs années) sauf dans le cas de la P.M.E. où tous les salariés de l'entreprise ont été rencontrés.

L'échantillon de personnes enquêtées présente les caractéristiques suivantes:

- 1) Petite entreprise (P.M.E.): 12 personnes (l'ensemble des salariés de l'entreprise) de 22 à 42 ans (30 ans en moyenne) dont une seule femme. Ce sont des ouvriers qui fabriquent des bijoux et ont appris leur métier «sur le tas» dans l'entreprise.

- 2) Grande entreprise (G.E.): 12 salariés de 40 à 60 ans (52 ans en moyenne) dont neuf femmes et trois hommes. Ils ont été choisis au hasard parmi les personnes repérés par le service médical de l'entreprise comme ayant eu des problèmes de santé importants mais pas liés à leur travail (cancer, rupture d'anévrisme, accident, dépression, etc.). Leurs fonctions sont variées: huit sont dans la fonction commerciale, un en informatique, un en logistique, un intervient sur les sinistres, un est cadre supérieur).

- 3) Demandeurs d'emploi (D.E.): 10 personnes de 23 à 55 ans (46 ans en moyenne) dont six

femmes et quatre hommes. Les métiers exercés avant d'être au chômage sont variés (chauffeur-livreur, ébéniste, informaticien, agent d'entretien, ouvrier non qualifié, manutentionnaire, etc.). Tous ont également des problèmes de santé importants. Sur ce terrain, il a été beaucoup plus difficile d'obtenir des volontaires pour participer à notre recherche du fait de la lourdeur de la démarche (plusieurs entretiens, enregistrements d'interactions) et de l'instabilité de leur situation.

3.2. Techniques d'observation

La démarche adoptée s'appuie sur les acquis du courant visant à construire des théories «ancrées» sur le terrain (*Grounded Theory*), cf. [Glaser & Strauss, 1966](#); [Strauss & Corbin, 1990](#); [Strauss, 1992](#); [Demazière & Dubar, 1997](#)). Il ne s'agit pas seulement «d'explorer» un objet de recherche mais de construire des catégorisations, en vue de généralisation, des pratiques, comportements, représentations et logiques d'action des acteurs sociaux. Les allers et retours entre la construction des données et la construction théorique sont favorisés et validés par un travail de réflexivité des membres de l'équipe de recherche (Barry et al., 1999) au fur et à mesure de l'avancement des travaux de terrain et d'analyse. Il s'agit de repérer les processus de catégorisation en œuvre, leur origine, leur soubassement et leurs effets ([Bowker & Star, 1999](#); [Jenkins, 2000](#)). En faisant varier les terrains et les individus étudiés, ces catégorisations sont donc progressivement consolidées ou infirmées selon qu'elles permettent de rendre compte des nouvelles données. En termes de recherche, l'intérêt est d'éviter une construction artificielle par le chercheur au profit d'une prise en compte des catégorisations des acteurs pour comprendre leurs comportements.

La construction du corpus de données repose sur les éléments suivants:

- 1) Entretiens biographiques avec un échantillon d'individus (n=34) ayant des problématiques de santé qui ne les ont pas conduits, cependant, à sortir définitivement de la population active et qui ont déjà accompli un parcours professionnel significatif. L'échantillon, sur

* ANPE: Agence Nationale Pour l'Emploi, appelée depuis 2008: «Pôle-Emploi».

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

chaque terrain, est construit de manière à diversifier les profils des personnes en fonction de critères tels que l'importance des problèmes de santé, le sexe, les caractéristiques financières et familiales. Au total, 115 heures d'entretiens ont été enregistrées et transcrites.

2) Entretiens avec les acteurs organisationnels/institutionnels ayant à traiter des questions de santé (médecins du travail, responsables ressources humaines, agents ANPE, conseillers en insertion) en lien avec les individus enquêtés (ce sont les personnes étudiées qui nous indiquent les professionnels avec qui ils ont en relation). Il s'agit de recueillir un corpus situé autour de l'itinéraire professionnel des personnes rencontrées lors des entretiens biographiques afin de prendre en compte les logiques, systèmes de catégorisation mobilisés par les acteurs institutionnels, ainsi que les dimensions plus personnelles, singulières de ces acteurs. Pour limiter le «fétichisme des mots» (Miczo, 2003) il y a en effet lieu de croiser les points de vue et les données pour saisir avec plus de réalisme les parcours étudiés. 13 professionnels ont été interrogés dans ce cadre.

3) Recensement des dispositifs socio-organisationnels existants. Il s'agit ici de repérer les dispositifs qui ont contribué à définir la situation des personnes rencontrées. Leur importance est donc considérée en rapport avec le sens que leur donne ces personnes. Il est nécessaire de rester ouvert à l'inattendu sur ce plan. Les dispositifs (institutions, dispositifs d'accompagnement, rituels) sont nombreux et leur poids dans les processus étudiés ne peut être défini a priori. Sont en particulier examinés les instruments de classification mobilisés et les logiques d'action de ces dispositifs. La connaissance des éléments législatifs, des règlements internes des organisations, est par exemple indispensable pour saisir les stratégies des acteurs.

4) Enregistrement et analyse d'interactions. Nous souhaitons compléter l'étude des processus de construction du rapport à la santé du point de vue des travailleurs et du point de vue des organisations et institutions par l'observation et l'analyse d'interactions où ces deux parties se rencontrent pour plusieurs raisons. D'une

part, plusieurs travaux de sociologie et d'ethnométhodologie* (Weller, 1994) ont pu montrer qu'il existe souvent un décalage entre les réalités auxquelles on accède au cours des entretiens et celles que l'on peut observer au cours des pratiques concrètes. Goffman parle de territorialisation du sujet qui «abolit la question de son essence» (Goffman, 1991), c'est-à-dire que les valeurs, le rapport à soi et le rapport au monde ne peuvent être saisis une fois pour toute car ils sont toujours liés aux contingences extérieures. S'il nous semble ainsi indispensable, par les entretiens individuels des travailleurs et des acteurs représentant les organisations et les institutions, d'accéder à la manière dont ceux-ci se définissent eux-mêmes et définissent réflexivement leur propre rapport aux questions de travail et de santé, il nous semble non moins indispensable de trianguler ces informations issues d'entretiens avec la manière dont celles-ci s'expriment, s'incarnent, au cours des interactions où travailleurs et «acteurs organisationnels» se rencontrent. Avec l'accord des participants, 10 interactions lors de rencontres prévues entre des professionnels et les personnes ont été enregistrées. Ces rencontres faisaient partie du processus d'accompagnement normal des personnes et n'ont pas été organisées à la demande des chercheurs. Le tableau n°1 présente un exemple de transcription d'une interaction entre un demandeur d'emploi et un conseiller de l'agence nationale pour l'emploi.

3.3. Techniques d'analyse des données

Le traitement des données se réalise en trois temps:

1) Analyse thématique: pour chaque sujet il s'agit de relever les points suivants à partir des données issues des entretiens avec le sujet, des entretiens avec les professionnels qui l'accompagnent et des interactions enregistrées entre le sujet et un professionnel qui le suit:

- résumé du parcours de vie du sujet;
- différents métiers exercés;
- rapport à l'évolution des conditions de travail rapport à l'évolution des conditions de travail: conditions de travail rapportées, effets dans la construction de la santé au travail;

* Étude de la manière dont les acteurs sociaux rendent intelligibles leurs propres comportements.

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

Tableau 1. Exemple d'interaction (extraits)

Tour de parole	Verbalisations
1. P	Donc M. C. je vous ai <u>convocqué</u> e... pour faire donc le suivi <i>pour faire un bilan sur vos démarches effectuées</i> hein↑ sur demande de l'ANPE d'accord(.) comme on doit faire tous les six mois e... n o t r e dernier entretien remonte à... à... (..) au mois d'octobre(.) là donc en octobre je vous ai donné des informations sur les différents types de contrats aidé hein↑ e... auxquels vous pouvez prétendre ya le contrat initiative emploi le contrat d'accompagnement à l'emploi e... le contrat d'avenir ou le contrat d'insertion (XXX) d'accord? e... je vous avez demandé si vous pouviez aller consulter les offres au moins deux fois par semaine à l'ANPE ↓hein ↑et de remplir un carnet de bord ↓pour noter toutes vos démarches d'accord? donc voilà j'aimerais faire le point là dessus vous m'avez amené votre carnet de bord?
2. T	Bein j'ai rien fait ↓j'ai été malade
3. P	Vous avez été malade↑? donc vous avez été en arrêt maladie?
4. T	Non
5. P	Non vous savez qu'en tant que demandeur d'emploi vous devez pouvoir justifier de vos démarches? hein et... vous touchez toujours l'ASS*?
6. T	Ouais
7. P	C'est une allocation qui peut vous étes retirée si e... si e si un conseiller de l'ANPE ou des assedics voit que vous ne faites pas de recherche d'emploi c'est quelque chose qu'on peut vous retirer hein↑ (.) donc ça c'est quelque chose que j'avais dû vous dire↑ (..) e... donc si vous étes malade↑ c'est c'est d'accord mais vous étes en arrêt maladie un demandeur d'emploi doit être prêt à travailler↓ (...).donc je crois que là↑ il va falloir e... faire quelque chose e... (..) je vous avez <u>reproposé</u> en octobre éventuellement e... un emploi d'insertion chez An. mais c'était sur L. donc c'est toujours quelque chose qui... bein moi je <i>pense qu'on va être obligé de passer par un emploi d'insertion</i> pour revenir e... sur l'emploi bein sur G. on est limité vous les connaissez tous mais e... je vois pas trop comment on peut revenir sue l'emploi mais e... quelque part moi j'ai <u>peur</u> que un de ces jours l'assedic vous convoquent et e... et vous enlève votre allocation ↓vous allez faire comment?
8. T	Ché pas↓
9. (....)	
10. P	Je vous en ai parlé déjà hein de la suspension là (...) vous avez été en parallèle vous avez été reçu par M. G.↑ le responsable diagnostic?
11. T	Ouais↑
12. P	Hein↑ il m'a appelé e... bon lui je sais pas trop c'est pareil hein? je vois pas comment il peut lui il voit... emploi d'insertion e... c'est l'étape incontournable ↓donc à <i>un moment ou à un autre</i> il va falloir... donc sur G. vous avez les potagers du G. dont je vous ai déjà parlé e... vous avez éventuellement le chantier A. en bâtiment↓ (...) qu'es ce que vous en pensez?

– rapport au travail: valeur accordée au travail, représentation du travail, défenses mises en place au travail;

– rapport à la santé: valeur accordée à la santé, représentation de la santé;

– discours sur la vie personnelle: place de la vie personnelle dans le récit du sujet;

– rapport à l'entreprise sur les questions de santé et de santé au travail, rapports aux collègues;

– intrication santé-travail-vie personnelle.

2) Analyse transversale entre sujets de même contexte: il s'agit de repérer les processus de construction de rapport à la santé en situation de travail au travers:

- des rapports au travail
- ceux liés à la santé et / ou à la santé au travail
- ceux liés à l'entreprise

– ceux liés aux collègues (collectif de travail / soutien social)

– ceux liés à la vie personnelle

3) Analyse comparative entre les contextes institutionnels.

L'analyse des données, croisée entre chercheurs et reproduite de la même manière sur les différents terrains a permis de dégager les résultats présentés ci-dessous et qui demandent bien sûr à être consolider sur d'autres terrains.

4. Analyse des résultats

4.1. Des contextes organisationnels et institutionnels essentiels

Selon les terrains considérés, les résultats montrent des différences notables:

* ASS: Allocation de Solidarité Spécifique.

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

– Dans le milieu des demandeurs d'emploi et de l'insertion, les problèmes de santé liés aux conditions de travail et aux conditions d'emploi antérieures sont très aigus. Les individus peuvent négliger complètement leur état de santé pour essayer de «tenir» ou alors l'utiliser pour retrouver des droits après avoir beaucoup «donné» de leur vie. A noter que l'on observe aussi de nombreuses difficultés chez les professionnels chargés de les accompagner. Les demandeurs d'emploi rencontrés voient s'accumuler à la fois les difficultés d'insertion professionnelle et les problèmes de santé dans un processus interactif qui rend difficile la possibilité d'identifier un facteur causal clair. Les professionnels qui les prennent en charge au niveau de la recherche d'emploi sont conduits à prendre en compte les problèmes de santé au point de travailler en relation avec les services médicaux avant d'entreprendre des démarches au niveau de l'insertion professionnelle. La diversité des structures et des dispositifs ne facilite pas la cohérence des interventions de ces divers professionnels. Il est proposé au demandeur d'emploi d'élaborer un «projet» alors que sa situation est vécue comme une suite de contraintes qui ne lui permet pas d'envisager l'idée d'avoir un minimum de contrôle sur sa propre vie et de pouvoir se projeter dans un avenir professionnel. Concernant le rapport à la santé, nous avons pu ainsi observer deux tendances parmi les demandeurs d'emploi rencontrés. D'une part, certains désinvestissent le champ de la santé, en essayant de «tenir», de ne toucher à rien (ne pas consulter, ne pas chercher d'aide), concevant leur situation comme extrêmement fragile. Ils ont ainsi l'impression de conserver un certain contrôle sur leur vie et essaient de maintenir leurs investissements dans le champ de la recherche d'emploi. Prendre en considération les problèmes de santé reviendrait pour eux à ouvrir une sorte de boîte de Pandore incontrôlable et risquant de les faire sortir d'une limite à l'intérieur de laquelle ils conservent un minimum de place dans la société, cela d'autant plus que cette place est déjà très fragile. D'autre part, un deuxième groupe de demandeurs d'em-

ploi dont les problèmes de santé ne peuvent plus être déniés, ont construit un rapport à la santé très différent. Celle-ci leur apparaît comme offrant la possibilité d'affirmer socialement un certain nombre d'exigences, de droits conçus comme «réparations» des efforts faits dans leur vie professionnelle en matière de conditions de travail et d'emploi. Les démarches pour obtenir une reconnaissance par la COTOREP* vont dans ce sens, elles sont pensées comme la juste rétribution d'une contribution excessive au monde du travail. Pour ces personnes, le corps et les problèmes de santé deviennent le dernier recours pour maintenir une inscription sociale, une place identifiée dans la société.

– Dans les P.M.E., le groupe de travail, plus que l'entreprise où les institutions chargées de la santé au travail, semble être l'élément clé des relations entre les trajectoires professionnelles et le rapport à la santé. La faiblesse organisationnelle des P.M.E. en matière de santé au travail et dans les possibilités matérielles de prendre en compte des soucis de santé, s'accompagne en effet d'une prégnance plus forte du groupe de travail dans l'interprétation des phénomènes et dans les éventuelles actions qui en découlent. Les cadres de références des salariés ne sont pas forcément les institutions et les discours médicaux mais plutôt les théories plus ou moins fantaisistes qui circulent à l'intérieur du collectif. Cependant, la gravité de la maladie ou des blessures entraîne bien sûr les salariés à s'en remettre plus facilement aux professionnels de santé. On observe une construction variable, chez les personnes rencontrées, des liens pouvant exister entre leur travail et leurs préoccupations de santé. Certains le vivent et se le représentent comme deux domaines nettement séparés, d'autres établissent des liens plus marqués et adoptent des comportements tenant compte de cette interaction. Dans le premier cas, on observe un souci d'hygiène de vie très général sans lien avec les activités professionnelles de la personne ou le recours aux soins médicaux traditionnels même si, à l'évidence, les conditions de travail ont eu un effet sur les difficultés de santé rencontrées. Dans le second

* COTOREP: «commission technique d'orientation et de reclassement professionnel» chargée de reconnaître les handicaps et permettre l'accès à certaines aides.

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

cas, l'impact du travail peut être compensé par des activités, sportives par exemple, permettant de limiter les effets de positions physiques délicates au poste de travail. D'autres voient le travail comme un facteur aggravant dont il faut se protéger en ayant recours aux différents dispositifs médicaux et de prise en charge.

– Si dans les grandes entreprises, la santé des travailleurs est mieux prise en charge à l'échelle de l'organisation, certaines des stratégies observées sont néanmoins communes où joue en particulier le sentiment de contrôle que l'individu a pu construire sur sa vie et son travail. La différence la plus notable observée chez les salariés de la grande entreprise, par rapport aux précédents contextes organisationnels évoqués, tient dans le rôle du travail et du soutien social apporté par l'organisation et les collègues dans la «gestion» des problèmes de santé, que ceux-ci soient liés directement aux conditions de travail ou pas. Les personnes rencontrées se représentent en effet l'entreprise comme un moyen important de faire face à leurs difficultés en leur offrant une identité sociale claire et une prise en considération de leurs soucis, qu'ils soient d'ordre physique ou psychologique.

4.2. Les différents types de rapport à la santé rencontrés

4.2.1. Types d'organisation et rapport à la santé chez les individus

Si l'on se place au niveau de la compréhension des rapports possibles de l'individu relativement à sa santé, il peut être utile de repérer les types que nous avons rencontrés lors de cette recherche. Sans vouloir être exhaustif, il s'agit d'examiner dans ces différents types les variables essentielles de construction de ces rapports à la santé et des comportements qui en découlent. Cela afin de tester notre modèle de départ en examinant en particulier si d'autres dimensions importantes doivent être prises en compte dans l'analyse des liens entre santé et travail.

Dans le cas des demandeurs d'emploi, nous pouvons repérer trois attitudes explicites qui correspondent à des représentations et utilisations de l'objet santé:

1) Revendication d'un droit, droit à la santé, droit à la défense et à la protection de soi avant toute chose. La santé dans, ce cas de figure, est

utilisé comme objet de revendication pour dessiner l'espace au sein duquel on peut encore contrôler les choses, avoir un effet de contrôle et de décision sur elles. C'est toute l'ambivalence des discours: la santé est privative et elle contribue à donner un pouvoir d'action. Le demandeur d'emploi l'utilise explicitement:

– Pour imposer son point de vue et défendre un choix: il semble récupérer un pouvoir décisionnel jamais donné. La santé permet de faire valoir ses propres points de vue, explications et estimations.

– Pour négocier une demande de réparation de ce qui a été donné en surplus en termes d'effort et de rentabilité sans contrepartie gratifiante (réajustement du schéma contribution/rétribution). Ou pire encore, dont le coût sacrificiel est perçu comme étant élevé (les douleurs). Les démarches de reconnaissance en tant que travailleur handicapé recouvrent très souvent un objectif de réparation et de récupération de ce qui a été pris et qui s'est usé et dégradé sous l'effet de contraintes, de situations vis-à-vis desquelles domine le sentiment d'avoir été exploité «*j'ai donné, ils m'ont pris ma santé, ils m'ont usé je peux maintenant prétendre à être dédommagé*». Dans le cadre des interactions, plus le professionnel s'oriente sur la recherche d'insertion en éludant les autres problèmes du D.E., plus le D.E. se recentre sur les questions de santé qui, en certaines occasions, fonctionne comme un faire valoir tout à fait légitime de son pouvoir sur la situation: «*ça eux ils peuvent pas le savoir, ils doutent, mais nous on sait ce qu'on ressent, et le médecin lui aussi l'a vu, ça ils ont rien à dire*» (mal au dos).

– Comme un objet symbolique de protection de soi et de dédommagement. Sur ce registre, la santé fait fréquemment l'objet de contestation et de révolte, entre autre vis-à-vis du monde médical et de l'insertion: «*maintenant que je leur sers plus à rien, ils ne me voient plus, ils me mènent en bateau, ils me lâchent*»; «*on est comme des kleenex, on nous prend, on nous jette, comme ça leur va*».

2) Affirmation sociale et restructuration de soi ont été posées comme les bénéficiaires à la fois de la maladie et du temps de «repos» que représente le chômage: ce temps devient une pause (bilan personnel) et un temps de reconsid-

ération de la vie professionnelle: de reconversion et de formation. *«Je le dis haut et fort que le chômage m'a restructuré m'a permis de me refaire une santé et une situation»*. La santé est un bien privé, une voie de prise de connaissance, de valorisation et de construction (consolidation) de soi. Ce type de rapport à la santé semble représenter un prix d'effort sur soi et de travail psychique élevé.

3) Retrait de toute collaboration et participation: la santé est une notion vide qui ne signifie rien au regard des autres difficultés et du nombre de tâches à remplir pour que «les choses tiennent». Elle n'est pas posée et considérée comme étant le problème central (même si objectivement c'est le cas) ou alors elle est carrément déniée comme peut l'être le corps. Bien souvent, le D.E. est conduit et accompagné au sein d'un parcours organisé en fait par les professionnels de l'insertion et du secteur médico-social (coordination de leurs interventions) et non par lui-même.

Chez les salariés de P.M.E., nous avons pu repérer les types de rapport à la santé et de comportements suivants:

1) Le premier comportement fait référence à la démarche classique de recours aux soins médicaux traditionnels pour traiter un problème de santé. Ce type de recours est lié à la nature du problème qu'a entraîné l'activité sur l'état de santé. Il s'agit là de répondre à des problèmes de santé physiques par des dispositifs médicaux. C'est la perception du type de symptômes qui influencera le type de recours aux soins et le comportement de santé. De même, lorsque le travail a un impact psychologique sur la santé, le sujet s'orientera vers les soins appropriés. C'est le cas, par exemple, d'une personne qui consulte une psychologue pour traiter sa dépression dont il renvoie la cause à sa situation de chômeur et à son divorce.

2) Le second comportement répond au besoin de compenser l'impact de son travail sur sa santé par des activités qui libèrent le sujet de ce qui le tourmente ou le fragilise. C'est le cas des sertiisseurs que nous avons interrogés qui tentent parfois de «rattraper» par des activités sportives les effets délétères de leur activité sur leur santé, comme la prise de poids induite par la position assise et passive que prescrit leur tâche.

3) Le troisième comportement est un comportement de santé protecteur, garantissant une hygiène de vie propice pour la santé. Nous le trouvons chez les plus jeunes salariés de la P.M.E. de sertiissage lorsqu'ils ont conscience des risques que leur travail (et les postures demandées) fait encourir à leur santé.

4) Enfin le quatrième comportement constitue un comportement stratégique de préservation de la santé. Il s'agit ici d'utiliser un problème de santé pour s'extraire d'une situation que le sujet vit péniblement. Ici, le sujet saisit l'impact de son travail sur sa santé, se mobilise et mobilise les dispositifs législatifs pour préserver sa santé, et saisit donc également l'impact de sa santé sur son travail. La mise en œuvre d'un tel comportement stratégique renvoie à la prise de conscience par l'individu des liens étroits qui existent entre sa santé et son travail. La prise de conscience est moins importante pour le deuxième et le troisième comportement puisque les sujets font intervenir d'autres systèmes d'activités. D'ailleurs, ces deux comportements sont mobilisés par les sujets ne souffrant d'aucun problème de santé. Par conséquent, plus l'individu perçoit les symptômes de la maladie, plus il investit sa santé et mobilise des comportements de santé.

On a donc affaire à deux logiques culturelles de la santé: une logique de soumission (à la place d'abandon (le sujet attend la solution du problème de l'extérieur, par le professionnel) et une logique de gestion (la solution peut venir du sujet, qui est gérant de sa santé) (Bizel, 2001). Enfin, il semble que la représentation d'indépendance ou d'interdépendance entre santé et travail, au cours de la trajectoire de vie, est liée au sentiment de contrôle ou de non-contrôle que l'individu pense avoir eu, et le conduit à élaborer des comportements de santé spécifiques. A savoir que, lorsque le sujet éprouve un sentiment de contrôle, il estime que sa santé et son travail sont des entités qui évoluent ensemble et s'influencent l'une l'autre. Il pourra alors élaborer des comportements relativement mesurés, puisqu'en investissant l'un il modifiera l'autre. Et, lorsque le sujet n'éprouve pas de contrôle sur sa trajectoire, il estime que son travail et sa santé sont indépendants l'un de l'autre, il mobilise des comportements exclu-

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

sivement orientés vers la préservation de sa santé ou de son travail.

Dans la grande entreprise, les cas rencontrés ont montré l'importance d'un accompagnement informel des problèmes de santé au travail (soutien social au travail). Si on considère que le sujet qui connaît un problème de santé se sent attaqué dans son identité, la rencontre avec l'autre dans l'entreprise peut constituer un danger pour son intégrité psychique. Tous les sujets que nous avons rencontrés ont connu des problématiques de santé lourdes, avec hospitalisation ou prise en charge médicale soutenue. De même, la reprise du travail va occasionner de nouveau la confrontation à l'expérience du manque, de la perte, du fait des incapacités psychiques ou physiques résultant de la maladie ou de l'accident. Le retour au travail va donc constituer pour le salarié une épreuve de l'inscription dans la réalité de la perte et du manque aux niveaux de ses capacités physiques et psychiques et de ses compétences professionnelles, doublée de l'expérience ordinaire de confrontation au réel du travail. Donc le soutien social au travail, en tant qu'objet, va venir offrir au sujet la possibilité de déposer quelque chose de sa réalité psychique, mais cet objet doit avoir certaines qualités pour permettre la médiation entre le sujet, l'institution et l'activité de travail. Dans la réalité partagée, il doit permettre au sujet:

- De garder un lien avec l'entreprise (sous formes d'appels téléphoniques, de mails, de visites, de lettres, etc.), ce lien est la signification que le sujet fait toujours partie de l'entreprise donc qu'il peut continuer à bénéficier de l'étayage narcissique que l'institution offre,
- D'avoir la certitude que l'entreprise souhaite le garder à son retour, qu'il va conserver son poste de travail ou qu'il y aura toujours un poste pour lui, que son salaire va être maintenu par le biais d'un dispositif organisationnel longue maladie par exemple (par ce dispositif le salarié reçoit sa fiche de salaire comme s'il avait effectué son travail habituel),
- De bénéficier de mesures d'aide à la reprise à l'activité professionnelle (psychologue, mi temps thérapeutique, adaptation du poste de travail, etc.),
- Que l'équipe de travail assure la surcharge d'activité occasionnée par l'absence, la

reprise en mi-temps, les mesures d'adaptation au poste de travail, les séquelles physiques ou psychiques du salarié sans vivre de culpabilité. Il ne doit pas y avoir de mouvements agressifs, d'attaques de la part des collègues ou des supérieurs hiérarchiques sur les compétences professionnelles (faire), sur l'organisation du travail et sur les qualités mêmes de la personne qui passe par son apparence, son esthétique, ses mouvements d'humeur, sa personnalité, etc. (être). L'idée est que le sujet se sente toujours intégré comme avant, que les relations de travail ne lui renvoient pas une position défaillante mais plutôt une image valorisante sur son activité, ses compétences, sur sa personnalité.

Dans le cas de la grande entreprise, le soutien social au travail apporté par les relations de travail a ainsi permis d'observer dans certains cas un rapport à la santé marqué véritablement par une conception du travail comme élément reconstruteur.

Nous observons également comment le rapport à la santé se trouve intriqué au rapport au travail. En effet, la nature de l'activité (activité relationnelle) et la représentation du travail (travail relationnel, travail intellectuel) induisent une représentation de la santé comme une globalité psychosomatique, avec un primat du psychique. Le stress au travail est pensé en lien avec cette activité de travail relationnel (pressions liées aux objectifs, relations interpersonnelles au travail, etc.). Les répercussions sur la santé sont présentées comme un vécu interne de tensions, accompagné de pensées intrusives dans la sphère privée et d'insomnies.

Le tableau suivant (n° 2) présente les éléments de synthèse qui se dégagent de nos analyses. Les trois terrains correspondent ainsi à des combinaisons de facteurs différentes qui expliquent qu'on ne retrouve pas toujours la même gamme de types de rapport à la santé chez les personnes rencontrées lors des enquêtes. Ce tableau est construit de façon à examiner sur ces trois terrains les préoccupations à l'origine de cette recherche:

- la dimension «institution/organisation» concerne le cadre dans lequel évoluent les travailleurs et demandeurs d'emploi et la place des éléments institutionnels, plus ou moins relayés par les dispositifs organisationnels;

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

– la dimension «rapports à la santé» fait ressortir les éléments les plus saillants observés sur les trois terrains comme résultats des conditions organisationnelles et institutionnelles dans lesquelles évoluent les travailleurs;

– la dimension «interactions santé/travail» relève les tendances dominantes, dans chaque contexte, des inflexions réciproques des trajectoires professionnelles et des trajectoires de santé;

Tableau 2. Comparaison synthétique des trois terrains

Dimensions	Demandeurs d'emploi	P.M.E.	Grande entreprise
Organisation / institution	Les pratiques d'insertion et l'organisation du fonctionnement des dispositifs sont déterminés par les impératifs administratifs: - réduction des allocations - modification des politiques de l'insertion Les professionnels sont confrontés à des demandes de plus en plus vives et nombreuses	Une inadéquation entre les processus organisationnels et institutionnels qui peut bloquer les potentialités propres à l'individu pour penser sa santé	- Étayage de l'organisation sur l'Institution - Institution = confusion santé / santé au travail - Organisation = clivage vie privée / vie professionnelle
Rapports à la santé	- Discours sur la santé structurés sur les notions de chute, de lutte contre la déstructuration, d'efforts pour maintenir un certain équilibre, lutter contre un vécu d'abandon Deux tendances caractéristiques du recours: - désinvestissement du corps: faire taire le corps - surinvestissement du corps comme objet de support identitaire	- La santé définie par les troubles et la santé «vide» - Le rapport à la santé et l'appartenance culturelle - La santé comme un moyen de vivre et de travailler - Le rapport à la santé se construit particulièrement dans le soutien social et les relations professionnelles	- La santé comme une globalité psychosomatique, primat du psychique - Logique du tenir, décompensations sur mode somatique (légitimité sociale) - La santé dépend de la personnalité, d'un capital de départ
Interactions santé/travail	- Le chômage est un bénéfice: possibilité de mobiliser des ressources jusque là méconnues et de se reconstruire une identité (santé) - La perte d'emploi est un préjudice grave qui empiète sur le capital santé (identitaire) de façon considérable Continuité travail/santé	- Liens d'interdépendance santé-travail - L'autonomie et la gestion de la relation santé-travail - La santé «travaille»	- Travail comme soutien à la santé = actualisation du discours institutionnel - Travail comme réalisation personnelle - Travail relationnel comme facteur de stress
Politiques de santé et de l'emploi	- Peu d'espace critique Usage pervers de la responsabilisation - Mécanismes d'adaptation - Réduction des allocations et des mesures d'accompagnement: ASI*, Suivi individuels (suivis de groupes) - Renouvellement	Méconnaissance dans la P.M.E. Usage aléatoire chez les salariés isolés	Deux logiques qui s'alimentent: - Le travail, c'est la santé - La santé permet de travailler Gestion des problèmes de santé: politique de reclassement, de mobilité Le soutien social au travail: - Rapports sociaux basés sur les liens affectifs - Comportements de solidarité et d'entraide - Fonction d'étayage narcissique et de réparation narcissique Cohésion des discours et des comportements: évitement du conflit qui permet de ne pas remettre en question les conditions et l'organisation du travail
Discours des salariés et D.E. / discours des professionnels	- Conflits d'intérêts: croisement des expertises réelles et imaginaires, alternances des contrôles, déplacement des objectifs et des missions - Malentendu de compréhension et méfiances mutuelles - Fatigue et inconfort des professionnels et cumul des difficultés pour les D.E. (désignations négatives) - Recrudescence d'un modèle injonctif	- Connaissances scientifiques et savoirs profanes - Rapport à la santé et rapport sociaux	Axe organisationnel: déni du risque psychosocial Axe individuel: - Logique du tenir (cas des commerciaux) - Logique de revendication, recherche de réassurance narcissique Articulation axes individuel / organisationnel: - Le travail permet la reconstruction de la santé - Logique de responsabilisation personnelle (discours sur le stress)

* ASI: Appui Social Individualisé.

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

– la dimension «politiques de santé et d'emploi» s'interroge sur la façon dont les organisations orientent leurs objectifs et leurs moyens en direction des problèmes de santé des travailleurs, sur la manière de les considérer;

– la dernière dimension du tableau met en lien les «discours des salariés et ceux des professionnels» de façon à faire ressortir les éléments contradictoires et problématiques qui permettent de comprendre certaines des difficultés rencontrées dans le processus que nous avons analysés.

Concernant notre hypothèse de départ sur l'aspect fortement situé des processus en jeu, nous constatons ainsi le rôle déterminant de l'organisation ou des organisations dans lesquelles le travailleur déploie son parcours et l'importance des acteurs («professionnels» mais aussi collègues) qu'il rencontre dans les inflexions de ce parcours. De même, la part des données de santé «objectivées» dans le rapport à la santé du travailleur est bien à relativiser fortement du fait que leur construction dépend de ces rencontres et que les décisions, réorientations qui y sont associées conduisent aussi à en fabriquer de nouvelles, soit dans un objectif stratégique, soit parce que ces réorientations vont réellement affecter la santé du travailleur.

4.2.2. Processus et trajectoires

La comparaison des données obtenues entre les trois terrains montre également les résultats suivants:

– Le rôle des institutions et organisations centrées sur la prise en charge des liens entre le travail et les problèmes de santé ne s'affirme vraiment que dans le cas de la grande entreprise. Le travail peut alors apparaître pour les salariés comme un élément de soutien face aux problèmes de santé rencontrés.

– Dans les autres cas, le rapport à la santé construit par l'individu et les comportements stratégiques qui sont mis en œuvre semblent dépendre de l'évaluation que peut faire l'individu des possibilités de contrôle qu'il conçoit sur sa vie personnelle et professionnelle. Ses autres domaines de vie ainsi que son identification à un métier clairement identifié semblent alors des facteurs importants. Les institutions deviennent dans ce cas une ressource

éventuellement mobilisable plus qu'un cadre d'orientation des comportements.

– Arrivé à un point extrême de désocialisation professionnelle (chômage de longue durée), les préoccupations de santé peuvent devenir, dans certains cas, le dernier domaine dans lequel l'individu maintient une existence sociale et peut redéfinir une identité.

Ainsi, les processus organisationnels et institutionnels observés ne dessinent pas les mêmes possibilités dans la combinaison des trajectoires professionnelles et des problématiques de santé. Tout bien considéré, il semble en effet que la plupart des dispositifs disponibles en France (politiques de santé au travail) ne jouent réellement leur rôle que dans le cas de la grande entreprise. Les salariés de P.M.E. et les demandeurs d'emploi sont plongés dans un contexte très aléatoire et il faut vraiment un effort soutenu de leur part, mais en tant qu'individu (n'ayant pas de compétences particulières), pour arriver à bénéficier des dispositifs auxquels les institutions leur donnent droit.

Dans tous les cas observés, c'est essentiellement pour les salariés de la grande entreprise qu'ont pu être mise en évidence des spirales positives où le contexte de travail (organisation mais aussi collectif de travail) a permis à la fois de conserver une trajectoire professionnelle correcte et parfois d'apporter un réel mieux-être sur le plan de la santé. Dans les autres cas, l'individu a une trajectoire beaucoup plus problématique qui donne énormément de poids au type de rapport à la santé qu'il a pu construire et qui peut le conduire à des situations extrêmes: déni de la santé, non recours aux soins ou alors utilisation de la santé pour exister socialement, par exemple.

4.2.3. Types de rapports à la santé rencontrés transversalement aux différents terrains

Malgré les variations que nous venons d'évoquer entre les différents terrains dans la prise en charge par les organisations des trajectoires professionnelles et des problèmes de santé des travailleurs, il est possible de distinguer pour les individus quelques grands types de rapports à la santé, qui peuvent éventuellement se succéder au cours de leur vie:

– Le type «santé vide» lorsque la santé n'est pas vraiment une préoccupation essentielle du travailleur. Soit que celui-ci n'identifie pas de lien entre son état de santé et sa situation de travail, soit qu'il soit engagé dans des problématiques lourdes d'une autre nature qui minorent très fortement celles relatives à la santé.

– Le type «santé active» quand le travailleur fait un lien entre son travail et les conséquences possibles sur sa santé (exemple: douleur en fin de journée reliée à une position particulière au poste de travail). C'est dans ce cas, pour compenser les effets du travail mais avant que des atteintes graves ne se soient révélées, que l'on observe l'utilisation des recommandations médicales circulant dans l'espace public: contrôle de l'alimentation, activité sportive régulière, etc.

– Le type «il faut tenir» rencontré chez les personnes les plus dépendantes de leur travail (d'un point de vue matériel mais aussi psychologique en termes d'identité sociale) et qui les conduit par un effort intense de suradaptation à «sacrifier» leur santé tout en ayant conscience de ce sacrifice. Ce processus prend dans le hors emploi les formes de stratégies de résistance très élaborées.

– Le type «maladie réparatrice» qui, pour les personnes qui ont plus ou moins «tout perdu» (travail, problèmes familiaux) correspond à l'utilisation de la santé comme moyen de reconnaissance sociale et donc d'existence en tant qu'être humain dans notre société, le corps étant le dernier support existentiel, tant qu'il vit encore.

– Le type «maladie instrument stratégique», proche du précédent mais où l'aspect identitaire fondamental est moins prégnant au profit, plus matériel, d'un projet de dégagement d'une situation de travail vécue comme insupportable.

– Le type «travail réparateur» où le travail, particulièrement par le biais du soutien social, permet de se reconstruire psychologiquement voire même de mieux supporter les atteintes à la santé, liées ou pas au travail.

Bien sûr, ces différents types de rapport à la santé sont liés aux échantillons que nous avons pu observer. Il y aurait lieu, dans des recherches futures, de valider ou de compléter cette typologie.

4.3.2. Les facteurs en jeu

La complexité des processus observés laisse apparaître dans nos analyses un certain nombre de facteurs qui peuvent influencer sur l'articulation des rapports entre la santé et le travail ainsi que sur les comportements adoptés par les travailleurs. Ces facteurs ne sont pas totalement indépendants les uns des autres. Ils nous semblent influencer sur les marges de manœuvre et le sentiment de contrôle que les individus peuvent conserver ou pas sur leurs trajectoires (santé et travail):

– *Les organisations*: il faudrait parler de «densité» et de «cohérence» pour cet aspect. Les salariés de P.M.E. et les D.E. peuvent et ont accès à de multiples organisations susceptibles de les aider dans leurs trajectoires mais celles-ci ont une présence et une proximité insuffisantes (médecine du travail pour les salariés de P.M.E., par exemple) ou bien sont très peu coordonnées, voire contradictoires, dans leurs actions (celles qui environnent les demandeurs d'emploi). Même si tout n'est pas parfait, la grande entreprise apporte un ensemble d'appuis beaucoup plus cohérents et structurants pour le salarié.

– *Les circonstances des ruptures professionnelles*: nous avons observé des variations dans la manière dont l'individu considère sa santé selon que cette rupture (licenciement) est vécue comme un changement individuel (atteinte directe à l'estime de soi et à l'identité sociale) ou s'inscrit dans le cadre d'un licenciement collectif.

– *L'inscription ou pas du travailleur dans une culture de métier* clairement identifiée qui peut conduire, lorsque c'est le cas, à la minoration des atteintes à la santé en les inscrivant dans les exigences, valorisées, du métier.

– *Le surinvestissement psychique du travail* entraîne une dépendance et fragilise les travailleurs qui «donnent tout» dans leur travail et vivent ainsi plus fortement les problèmes et déceptions rencontrés dans ce travail (atteintes psychiques: dépression, décompensation).

– *Le soutien social au travail*: facteur très important de construction du sens des rapports entre santé et travail, il comprend des éléments multiples impliquant le collectif de travail (collègues), la hiérarchie immédiate et les dispositifs organisationnels. A travers les différents terrains investigués, nous avons pu constater ce rôle

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

essentiel des solidarités et de l'étayage psychique mais aussi, du point de vue analytique, la difficulté à en détailler les composantes précises qui concernent aussi bien des éléments très concrets (soutien technique, partage des tâches, etc.) que d'autres plus subjectifs (idéologies, représentations, interprétations des événements, etc.).

– *Le soutien social hors travail*: comme les travaux de Curie (2000) l'ont montré, comprendre les rapports de l'individu à son travail nécessite d'élargir l'analyse à ses autres domaines de vie. Il en est de même pour les rapports à la santé même si la centration porte sur les liens avec le travail, le sens de ces liens s'élabore aussi selon les ressources et contraintes impliquées par les différents domaines de vie (et la famille en particulier).

– *La linéarité de l'itinéraire professionnel*: une longue carrière dans la même entreprise semble inscrire le travailleur dans une relation au monde social sur un mode contribution/rétribution. Une rupture dans cet itinéraire appelle à un «contre-don» de la part de la société pour réparer l'engagement du salarié, quitte à ce que ce retour passe par une reconnaissance sociale d'une maladie.

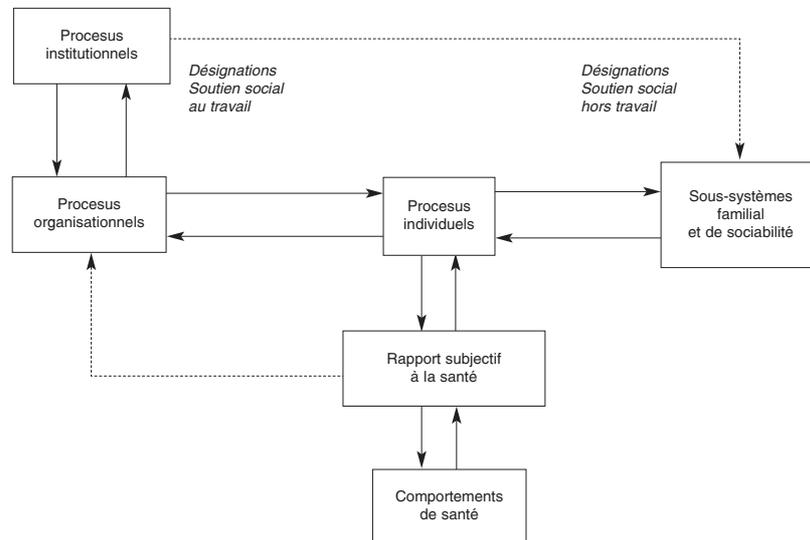
– *Les conditions d'emploi*: de la même façon, si les conditions d'emploi (type de contrat de travail, précarité ou pas, etc.) peuvent jouer sur la santé physique des individus et modérer ou accentuer éventuellement les effets des conditions de travail, elles entraînent aussi un investissement psychique variable de la part du travailleur dans ses problématiques de santé qui, aux deux extrêmes, peuvent le conduire à les surinvestir psychiquement pour conserver une existence et une continuité dans le monde social ou bien à les désinvestir pour «tenir» et conserver une existence sociale, une identité, fondée sur le travail.

5. Discussion

Si l'on reconsidère, à partir des analyses précédentes, le modèle proposé au départ de cette recherche, ainsi que sur l'idée entre les différents niveaux de construction du rapport à la santé (désignations, représentations, actions), plusieurs éléments sont à reconsidérer:

– La place des institutions de protection sociale et de prise en charge des problèmes de

Figure 1. Proposition d'un modèle de construction du rapport à la santé au travail



Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

santé des salariés ne semble pas se situer sur le même plan que celles des organisations concrètes que nous avons observées. Les institutions n'existent et ne sont prises en compte dans les parcours individuels de santé et de travail qu'à condition que ces organisations les mobilisent, qu'elles soient portées et utilisées par des acteurs concrets qui vont, en fonction de la situation du salarié et du demandeur d'emploi, faire appel à elles très souvent dans un objectif stratégique.

– Les individus ont finalement très peu accès directement à tous les dispositifs institutionnels construits pour eux. Là aussi, les acteurs professionnels des organisations jouent un rôle, modérateur ou amplificateur, dans le recours à ces dispositifs. Ce peut être également par le biais de la famille ou d'amis que la désignation va pouvoir être produite suite à des conseils du type: «aller consulter untel».

– Le rapport à la santé en construction chez l'individu le conduit, selon les cas, à mobiliser les organisations qui pourraient, éventuellement à travers des désignations institutionnelles, le consolider.

En conséquence, nous proposons le schéma suivant pour modéliser ces différents éléments.

Il reste à savoir sous quelles formes pourraient être mis en place des relais institutionnels et organisationnels plus adaptés au suivi de la santé des travailleurs. Beaucoup d'acteurs professionnels se mobilisent sur les questions de santé, ou doivent les prendre en compte dans leurs actions. Un problème de fond se pose sur la diffusion de connaissances médicales plus ou moins maîtrisées par ces acteurs. Comme dans le cas des nouveaux services de «santé au travail», les médecins ne sont pas les seuls à œuvrer en matière de santé et à donner conseils et recommandations. Les salariés eux-mêmes véhiculent au sein d'une culture locale spécifique des préoccupations (de santé), des théories explicatives (sur la santé) des manières de faire (sa santé) qui, tout en utilisant les voies institutionnelles visibles et légitimes (critères d'aptitude, test, désignations), s'en échappent et, quelquefois même, s'éloignent largement des cadres et instances officielles. Pour autant, l'efficacité de ces élaborations en termes pratiques (trouver des réponses adaptées, se réinscrire dans un contexte cohérent,

définir son territoire d'intervention et d'action...) est largement démontrée (Durif-Bruckert, 1999).

«Les santés» et le rapport établi avec elles au sein du travail sont alors à envisager comme un système d'innovation, d'adaptation, d'ajustement mais aussi de résistance, et même de révolte (qui peuvent être coûteuses, mais dont les effets et le rapport bénéfices/coûts seraient à considérer dans le temps). Pour les salariés et demandeurs d'emploi laissés un peu seuls dans la recherche de repères sur leurs problèmes de santé, les dispositifs actuels ne sont pas satisfaisants. Soit que les moyens mis en œuvre sont insuffisants et en diminution (médecine du travail interentreprises), soit qu'ils n'existent pas où ne répondent pas à la demande véritable et massive (demandeurs d'emploi), soit qu'ils se dénaturent sous les pressions administratives et financières. Les salariés de P.M.E. et les demandeurs d'emploi peuvent et ont accès à de multiples organisations susceptibles de les aider dans leurs trajectoires, mais celles-ci ont une présence et «une proximité» insuffisantes ou bien sont très peu coordonnées, voire contradictoires, dans leurs modes d'interventions.

Références bibliographiques

- Adam, P. & Herzlich, P. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan.
- Askenazy, P. (2004). *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*. Paris: Seuil.
- Askenazy, P. & Caroli, E. (2003). Pratiques «innovantes», accidents du travail et charge mentale: résultats de l'enquête française «Conditions de travail 1998». *Pistes*, 5 (1), [<http://www.pistes.uqam.ca/v5n1/articles/v5n1a7.htm>]
- Barry, C.A., Britten, N., Barber, N., Bradley, C. & Stevenson, F. (1999). Using Reflexivity to Optimize Teamwork in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 9 (1), 26-44.
- Baudelot, C. & Gollac, M. (2003). *Travailler pour être heureux? Le bonheur et le travail en France*. Paris: Fayard.
- Beauvois, J. L. (1994). *Traité de la servitude libérale*. Paris: Dunod.
- Bizel, P. (2001). Logiques de santé et maladie chronique. *Santé Conjugée*, 16, 56-61.
- Bon, C. (2003). Effet d'étiquetage et jeux des institutions dans le parcours vers l'emploi de personnes en situation de handicap. *Éducation Permanente*, 156, 79-87.

Le rapport a la santé des travailleurs: contextes et stratégies

- Bowker, G. C. & Star, L. S. (1999). *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- Bu , J., Hamon-Cholet, S. & Puech, I. (2003). Organisation du travail: comment les salariés vivent le changement. *Premières Synthèses (DARES)*, 24.1.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF.
- Cooper, R. (2004). What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, 15 (1), 5-25.
- Coudin, G. & Paicheler, G. (2002). *Santé et vieillissement. Approche psychosociale*. Paris: Armand Colin.
- Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzales, E. (2000). *Research on Work-Related Stress*. Final Report, European Agency for Safety and Health at Work.
- Cristofari, M.F. (2003). *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel*. Rapport Centre d'étude de l'Emploi, 03/11.
- Curie, J. (2000). *Travail, personnalisation, changements sociaux*. Toulouse: Octarès.
- Dantzer, R. (2001). Stress, emotions and health: where do we stand? *Social Science Information*, 40 (1), 61-78.
- Daubas-Letourneux, V. & Thébaud-Mony, A. (2001). Les angles morts de la connaissance des accidents du travail. *Travail et Emploi*, 88, 25-42.
- Davezies, P. (2004). Les impasses du harcèlement moral. *Travailler*, 11, 83-90.
- Debout, M. & Larose, C. (2003). *Violences au travail. Agressions, harcèlements, plans sociaux*. Paris: VO  ditions.
- Demazière, D. & Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*. Paris: Nathan.
- Detrez, C. (2002). *La construction sociale du corps*. Paris: Seuil.
- Dodier, N. (1983). La maladie et le lieu de travail. *Revue Française de Sociologie*, 24, 255-270.
- Doniol-Shaw, G. & Lasfargues G. (1999). *Enquête PREST: précarité, santé, travail*. Rapport final, Institut de Médecine du Travail du Val de Loire.
- Dubois, N. (1994). *La norme d'internalité et le libéralisme*. Grenoble: PUG.
- Durif-Bruckert, C. (1994). *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*. Paris: M taill .
- Durif-Bruckert, C. (1999). Un aspect de la crise du système de santé et des soins: l'oubli des savoirs ordinaires. In Claveranne, J.P. (dir.). *La santé demain, vers un système de soins sans murs* (pp. 105-120). Paris: Economica.
- Durif-Bruckert, C. (2006). Le transfert des savoirs de santé vers le grand public: complexité méthodologique et enjeux psychosociaux. In Haas, V. *Les savoirs du quotidien, transmissions, appropriations, représentations*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Durif-Bruckert, C. (2007). *La nourriture et nous. Corps imaginaire et normes sociales*. Paris: Armand Colin.
- Ebersold, S. (2003). Gestion individualisée des risques sociaux et crise des catégories instituées. *Education Permanente*, 156, 13-25.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob.
- Ettner, S. L. & Grzywacz, J. G. (2001). Workers' Perceptions of How Jobs Affect Health: A Social Ecological Perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6 (2), 101-113.
- Garner, H. M da, D. & Mokhtar, J. (2004). La place du travail dans l'identité des personnes en emploi. *Premi res Synth ses (DARES)*, 01.1.
- Gergen, K. (1991). *The saturated Self: dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Gergen, K. (2001). *Le constructionnisme social*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1966). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris:  ditions de Minuit (1974).
- Gollac, M. & Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris: La Découverte.
- Grosjean, M. & Sarnin, P. (2002). Les parcours professionnels. *Education Permanente*, 150, 9-22.
- Hacking, I. (2001). *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi?* Paris: La Découverte (1999).
- Hamon-Cholet, S. (2002). Accidents, accident s et organisation du travail. *Premières Synthèses (DARES)*, 20.1.
- Heinz, W.R. & Kr ger, H. (2001). Life Course: Innovations and Challenges for Social Research. *Cruent Sociology*, 49 (2), 29-45.
- Hepburn, A. & Brown, S. D. (2001). Teacher stress and the management of accountability. *Human Relations*, 54 (6), 691-715.
- Herzlich, C. (1986). Représentations sociales de la maladie et de la santé et leur dynamique dans le champ social. In Doise, W. & Palmonari, A. (dir.). *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, pp.157-170.
- Hodgetts, D. & Chamberlain, K. (2000). The Social Negotiation of People's Views on the Causes of Illness. *Journal of Health Psychology*, 5 (3), 325-336.
- Hughner, R. S. & Kleine, S. S. (2004). Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health*, 8 (4), 395-422.
- Jenkins, R. (2000). Categorization: Identity, Social Process and Epistemology. *Current Sociology*, 48 (3), 7-25.
- Kals, E. & Montada, L. (2001). Health Behavior: An Interlocking Personal and Social Task. *Journal of Health Psychology*, 6 (2), 131-148.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New-York: Wiley.

Le rapport à la santé des travailleurs: contextes et stratégies

- Lapeyrière, C. (2004). Le harcèlement moral: une affaire collective et culturelle. *Travail et Emploi*, 97, 29-43.
- Latour, B. (1989). *La science en action*. Paris: la Découverte.
- Le Bianic, T. (2003). L'inaptitude au travail: une construction sociale? *Éducation Permanente*, 156, 55-66.
- Liebrucks, A. (2001). The concept of social construction. *Theory and Psychology*, 11 (3), 363-391.
- Loriol, M. (2000). *Le temps de la fatigue: la gestion du mal-être au travail*. Paris: Anthropos.
- Loriol, M. (2002). «Mauvaise fatigue» et contrôle de soi: une approche sociohistorique. *Pistes*, 4 (1), [http://www.pistes.uqam.ca/v4n1/articles/v4n1a5.htm]
- Miczo, N. (2003). Beyond the «fetichism of words»: considerations on the use of the interview to gather chronic illness narratives. *Qualitative Health Research*, 13 (4), 469-490.
- Molinié, A.-F. & Laville, A. (2000). Les surprises du longitudinal: les salariés répondent-ils n'importe quoi aux enquêtes portant sur leur travail actuel et passé? Congrès SELF.
- Molinié, A.-F. (2001). Parcours de travail et fins de vie active dans différentes générations. *Quatre Pages (CEE)*, 45.
- Morin, M. (2004). *Parcours de santé*. Paris: Armand Colin.
- Neboit, M. & Vézina, M. (éds.) (2002). *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse: Octarès.
- Ruffin, D. & Ville, I. (2006). Les expériences de santé comme vecteur de l'identité. *Économie et Statistiques*, 393-394, 61-79.
- Sarmin, P. (2002). Stress professionnel: effets du passage aux „35 heures” et du rachat de l'entreprise. In Karnas, G., Vanderberghe, C. & Delobbe, N. (éds). *Bien-être au travail et transformation des organisations, volume 3*. Louvain: Presses Universitaires de Louvain, pp. 201-210.
- Sarmin, P., Durif-Bruckert, C., Henry, J., Rouat, S., Carrot, M., Chevalier, A. & Hozenat, C. (2006). *Processus individuels et organisationnels de construction du rapport à la santé en situation de travail*. Rapport final. Lyon: GERA-Université Lyon 2.
- Schaufeli, W. B. (2004). The future of occupational health psychology. *Applied Psychology*, 53 (4), 502-517.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483-1499.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory, procedures and techniques*. Newbury Park: Sage.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Sverke, M. & Hellgren, J. (2002). The Nature of Job Insecurity: Understanding Employment Uncertainty on the Brink of a New Millennium. *Applied Psychology*, 51 (1), 23-42.
- Tarty-Briand, I. (2004). Du travail au chômage: la place des enjeux de santé dans l'exclusion de l'emploi chez des chômeurs «âgés». *Pistes*, 6 (1): [http://www.pistes.uqam.ca/v6n1/articles/v6n1a6.htm]
- Thébaud-Mony, A. (2007). *Travailler peut nuire gravement à la santé*. Paris: La Découverte.
- Thébaud-Mony, A., Boujasson, L., Levy, M., Lepetit, C., Goulimaly, P., Carteron, H. & Vincenti, M. (2003). Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche action en Seine Saint-Denis (France). *Pistes*, 5 (1), [http://www.pistes.uqam.ca/v5n1/articles/v5n1a2.htm]
- Weller, J. M. (1994). Le mensonge d'Ernest Cigare. Problèmes épistémologiques et méthodologiques à propos de l'identité. *Sociologie du Travail*, n° 1/94.
- Weller, J.-M., (2002). Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide. *Sociologie du Travail*, 44, 75-97.