

CONDITIONS D'EMPLOI ET PARCOURS DE SOINS : RECHERCHE DES SINGULARITES HOMMES-FEMMES FACE AUX SOUFFRANCES MENTALES



Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé





CONDITIONS D'EMPLOI ET PARCOURS DE SOINS : RECHERCHE DES SINGULARITES HOMMES-FEMMES FACE AUX SOUFFRANCES MENTALES

Juin 2022

Étude réalisée pour et sur financement de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques et de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

Réalisation

ORS Bourgogne-Franche-Comté : Caroline BONNET, Myriam BOREL, Bérénice LAMBERT, Cynthia MORGNY

ORS Centre-Val de Loire : Pierre CHALMETON, Camille DUGRAND, Céline LECLERC

ORS Grand-Est : Lucile GIRARD, Mathilde JACQUEMIN, Nicole SCHAUDER

ORS Nouvelle-Aquitaine : Mélanie PUBERT

Fnors : Vanessa LAURENT, Lise TROTTET

Sommaire

PARTIE 1. PRESENTATION DE L'ETUDE	5
I. Contexte.....	5
II. Objectifs et hypothèses.....	7
III. Méthodes	8
1. Approche quantitative	8
2. Approche qualitative.....	11
PARTIE 2. RESULTATS	15
I. Analyse quantitative.....	15
1. Description succincte de l'échantillon d'étude retenu	15
2. Caractéristiques des personnes repérées comme ayant un problème de santé mentale dans l'enquête CT-RPS 2016.....	17
3. Facteurs associés à un EDM TAG et à une prise en charge pour problème de santé mentale ..	22
4. Description des 3 sous-échantillons d'étude	25
5. Sélection des variables d'analyse de CT-RPS 2016	30
6. Analyses multivariées.....	33
7. Zoom sur les professions d'aides-soignants et infirmiers.....	53
8. Synthèse.....	55
II. Analyse qualitative	59
1. Le choix de la population cible	59
2. Profils des enquêtés et cadrage	60
3. Un métier genré au féminin	61
4. Des souffrances institutionnelles : Une organisation pathogène	72
5. Les professionnels face à la souffrance.....	98
6. Le temps de l'accompagnement : Le rôle des proches et des professionnels de santé	109

PARTIE 3. SYNTHÈSE	122
I. Conclusion - Discussion	122
1. Discussion sur la méthode	122
2. Principaux résultats	125
3. Quelques traductions opérationnelles à l'aune d'une actualité particulière	130
Références bibliographiques	131
Annexes	135
Annexe 1 : Document de communication, appel à témoignages.....	135
Annexe 2 : Descriptif des 4 groupes-types	136
Annexe 3 : Descriptif des 6 groupes-types genrés.....	138

PARTIE 1. PRESENTATION DE L'ETUDE

I. Contexte

La santé mentale et l'emploi dans leurs interrelations, sont questionnés depuis une vingtaine d'années. Certaines études portent sur les modèles de management déployés et les impacts sur la santé mentale [1] [2] [3], d'autres mesurent la santé mentale [4] [5] perçue, en l'associant notamment aux degrés de latitude décisionnelle des salariés, d'autres¹ encore entrevoient la « souffrance au travail » comme la résultante d'un amoindrissement de la présence des collectifs de travail. Des spécificités ont été mises à jour sur la santé au travail des hommes et des femmes, dont les différences reflètent la combinaison des dynamiques structurelles fortes ; des femmes occupant des catégories et formes d'emploi sous qualifiées et plus souvent à temps partiel, une plus grande exposition aux risques socio-professionnels de par les zones d'activités vers lesquelles elles se tournent par choix ou non. L'Observatoire des inégalités détaille sur ce point que « les femmes sont surreprésentées dans les professions incarnant les *'vertus dites féminines'*² (administration, santé, social, services à la personne) : 97 % des aides à domicile et des secrétaires, 90 % des aides-soignants, 73 % des employés administratifs de la fonction publique ou encore 66 % des enseignants sont des femmes. Des métiers souvent peu rémunérés. On les retrouve *logiquement* au bas de la hiérarchie des catégories socioprofessionnelles : les femmes représentent 77 % des employés, 51 % des professions intermédiaires (dans les secteurs de la santé, du travail social ou de l'éducation), contre 16 % des chefs d'entreprise et 40 % des cadres supérieurs.

On peut cependant noter que la part des femmes parmi les cadres a doublé depuis 1982 pour se situer à 42 % en 2019³ en France métropolitaine. Cette progression dans l'accès à la catégorie cadre est encore plus visible pour les jeunes générations. Pour autant, à l'autre extrémité de la hiérarchie professionnelle, de fortes différences, dans les emplois occupés, perdurent entre femmes et hommes. En 2019, 80 % des ouvriers sont des hommes, soit une part nettement plus élevée que parmi l'ensemble des emplois (52 %). La part des hommes au sein des ouvriers est relativement stable depuis 1982.

Le lien entre les sphères professionnelle, personnelle et familiale, a également été questionné en analysant notamment les modalités de « gestion », comparées entre les femmes et les hommes, de ces univers. Dans leur quotidien familial, les femmes présentent des « modes d'agir » spécifiques, comparables parfois à la gestion des activités d'une entreprise pour lesquelles elles anticipent, programment, réalisent et assurent une organisation logistique, domestique et affective globale. Elles parviennent moins que les hommes à scinder les univers. Certains chercheurs ont souligné la vulnérabilité induite par la perméabilité de ces espaces et l'investissement important assuré par les femmes, conduisant parfois à un « *burn out* » parental, ou professionnel, du fait d'une « charge mentale » trop importante [6].

Si chacune de ces approches fournit un éclairage intéressant sur les expériences, réalités et stratégies des hommes et des femmes, en termes de constats et d'analyses des dynamiques à l'œuvre, il n'existe pas actuellement d'études quantitatives associant des trajectoires d'emploi à celles des soins, ce qui est d'ailleurs souligné dans certaines conclusions [7].

¹ En particulier les travaux de Christophe Dejours, Dominique Lhuillier.

² Observatoire des inégalités, 2014.

³ Voir les résultats de l'enquête emploi 2019 publiés par l'Insee

Or, face aux problèmes de santé mentale, un point attire l'attention : les femmes expriment, plus souvent que les hommes, souffrir de problèmes de santé mentale. Dans les études de santé au travail, elles sont d'ailleurs proportionnellement plus nombreuses que les hommes à les révéler. Les données sur les risques professionnels mettent en évidence une plus grande exposition des femmes, quelle que soit la profession exercée, aux risques professionnels, qu'il s'agisse des troubles musculo-squelettiques ou des risques psycho-sociaux⁴ (RPS) induits par leurs conditions de travail. Selon l'enquête SUMER-2017⁵, 36,3 % des femmes sont en situation de « *job strain* », contre 29,6 % des hommes.

Certaines analyses [8] ont souligné des manifestations contradictoires des niveaux des RPS dans la survenue de problématiques de santé mentale entre hommes et femmes, et selon leur CSP. Selon l'enquête SIP-2006, comme selon bien d'autres, l'état de santé mentale des femmes apparaît relativement dégradé au regard de celui des hommes, et ce en population générale comme en population en emploi. Par ailleurs, chez les femmes, d'une CSP à l'autre, la santé mentale semble varier de manière associée à l'exposition aux RPS : des ouvrières non qualifiées aux professions intermédiaires de la fonction publique, les scores des deux indicateurs diminuent tous les deux régulièrement. Chez les femmes cadres du privé l'indicateur de santé mentale se disjoint de l'indicateur d'exposition aux RPS : ce dernier est nettement moins élevé que chez les autres salariés. Chez les hommes, d'une CSP à l'autre, le lien est moins net : par exemple les cadres du privé présentent un indicateur de santé mentale médiocre, proche de celui des techniciens et même des ouvriers qualifiés, alors qu'ils sont sensiblement moins « exposés aux RPS ».

Les femmes sont également plus souvent consommatrices que les hommes de produits psychotropes. En général, elles se déclarent plus souvent en moins bonne santé que les hommes, mais vraisemblablement, leur seuil interprétatif d'un état de « bonne » ou de « moins bonne » ou « mauvaise » santé diffère de celui des hommes. Elles signalent plus souvent des pathologies moins lourdes que celles des hommes, en déclarant plus souvent des états de mauvaise santé. Ces problèmes de santé mentale ont-ils la même forme chez les hommes que chez les femmes ? On sait, à partir d'études⁶ dans ce sens, que les femmes sont plus souvent victimes de certains « maux » générant à la fois des souffrances psychiques personnelles et au travail.

Traditionnellement, les femmes recourent plus fréquemment, et régulièrement, aux soins et à la prévention [9]. Face à ces constats, différentes interrogations surgissent : si les femmes expriment une mauvaise santé mentale au travail, est-ce parce qu'elles en souffrent « réellement » plus que les hommes, ou déclarent-elles, reconnaissent-elles, plus souvent que ceux-ci, souffrir de problème de santé mentale, indépendant ou antérieur à leur situation d'emploi ? Et que leur santé mentale est prise en charge et donc reconnue/diagnostiquée/soignée (comme pourrait en témoigner leur plus forte consommation de psychotropes) ?

Lorsque les hommes témoignent de telles souffrances, celles-ci se traduisent-elles dans un parcours de prise en charge adaptée ? Si l'on compare les organisations de travail et les CSP des personnes

⁴ Les femmes sont davantage exposées que les hommes et se distinguent surtout des hommes par une plus faible latitude décisionnelle. En revanche, le score de soutien social déclaré est comparable entre hommes et femmes [8].

⁵ Gosselin A, Malroux I, Desprat D, Devetter FX, Memmi S, Pannetier J, et al. Prévalence des risques psychosociaux au travail et santé mentale parmi les immigrés et descendants d'immigrés : résultats de l'enquête nationale Conditions de Travail-Risques psychosociaux 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2022;(7):141-9.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/7/2022_7_2.html

⁶ L'enquête Enveff, (Ined, 2000) a estimé les violences subies dans les milieux de travail: 8,5% des femmes en emploi déclarent avoir subi des agressions verbales, incluant injures et menaces ; 2% des avances sexuelles non désirées ; 0,1% des attouchements, tentatives de viols et viols. Les résultats de l'enquête Virage (Ined, 2017) indiquent que 0,6% des femmes actives ont subi des violences sexuelles au travail (hors harcèlement et exhibitionnisme) lors des 12 derniers mois soit 128 000 femmes et 0,5 % des hommes soit 67500 d'entre eux.

déclarant des problèmes de santé mentale au travail, non pris en charge par le système de soins, à celles des personnes ayant un parcours de soins spécifique, que nous indiquent les résultats ? Inversement, si on interroge les données du système de soins en recherchant les personnes témoignant de pathologies mentales et de prises en charge que constate-t-on au sein des organisations et emplois ? La comparaison entre les hommes et les femmes nous semble fertile tant les empreintes sociales et culturelles marquent leurs comportements. *A fortiori* dans le domaine du travail, la virilité des comportements est exacerbée notamment dans certains métiers traditionnellement masculins où la place du corps et la force physique est valorisée. La souffrance mentale est un mal entouré de stéréotypes pénalisants et un attribut plus souvent et « naturellement » accordé aux femmes qu'aux hommes. Ainsi, déclarer cette souffrance-là pourrait relever de mouvements concomitants orientés par le genre.

Ce rapport s'inscrit dans la réponse à l'appel à recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) de 2019, visant à développer les connaissances sur les interactions entre la santé mentale et les conditions de travail des personnes occupant un emploi, le chômage et la précarité professionnelle.

II. Objectifs et hypothèses

L'étude vise à ***mettre en relation, et comparer, des données sur les trajectoires et organisations d'emploi et les trajectoires de soins, des hommes et des femmes déclarant des problèmes de santé mentale au travail.*** Autrement dit, l'étude abordera d'une part les questions de santé mentale sous l'angle de la porosité entre les milieux de vie privés ou professionnels, et d'autre part, l'influence du genre sur cette porosité, et l'impact que cela peut avoir sur le lien entre santé mentale et travail.

Si les problèmes de santé mentale, déclarés par les personnes, peuvent être déconnectés de l'exposition à des risques psycho-sociaux, les RPS semblent toutefois intervenir jusqu'à un certain seuil (social ?) aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les constats introductifs pointent une surreprésentation des femmes chez les personnes déclarant des problèmes de santé mentale lors des études sur la santé au travail. En outre, à ce stade, les facteurs explicatifs s'orientent plutôt vers une singularité des emplois et formes d'emploi des femmes qui conduirait à abandonner les comparaisons « toutes formes égales par ailleurs » ou encore vers des concepts de charge mentale [6] plus importante chez les femmes que chez les hommes. L'impossibilité de chaîner les informations disponibles à partir de plusieurs sources, n'a pas permis jusqu'alors de vérifier que la surreprésentation des femmes parmi les personnes déclarant souffrir de problèmes de santé mentale, dans les études sur les conditions de travail, ne résultait pas d'abord de tendances de fond : les femmes sont proportionnellement plus souvent affectées par des problèmes de santé mentale et le déclarent plus que les hommes. C'est donc cette hypothèse que nous souhaitons vérifier. ***Dans quelle mesure la sur-déclaration des problèmes de santé mentale chez les femmes en milieu professionnel est-elle à relier avec des facteurs liés à l'environnement professionnel ou à des facteurs extrinsèques ?***

Pour réaliser cette étude, une approche quantitative et qualitative a été déployée.

III. Méthodes

1. Approche quantitative

La partie quantitative de l'étude repose sur les données de l'enquête CT-RPS 2016, appariées aux données de consommations de soins de l'Assurance Maladie *via* le SNDS. L'accès à certaines données utilisées dans le cadre de ce travail a été réalisé au sein d'environnements sécurisés du Centre d'accès sécurisé aux données (Ref. 10.34724/CASD).

L'échantillon principal est composé de 24 640 individus actifs occupés. Cet échantillon est redressé, afin d'être représentatif de la population en emploi, en particulier selon le genre. Ainsi, la répartition hommes/femmes y est de 45 %/55 % en pourcentage brut, et de 52 %/48 % une fois la pondération appliquée.

Dans le volet « Individus » de l'enquête, composé d'un questionnaire en face à face et d'un questionnaire auto-administré, des thèmes relatifs au travail sont abordés, de même que d'autres relatifs à l'état de santé ressenti, en particulier sur le plan de la santé mentale, des parcours familial et professionnel et de la vie personnelle.

Pour chaque personne interrogée à partir du questionnaire CT-RPS 2016 et présente dans le SNDS, il est possible de disposer d'informations annuelles la concernant, relatives à sa consommation de soins, dès lors qu'un remboursement par l'Assurance Maladie a lieu.

Échantillon d'étude

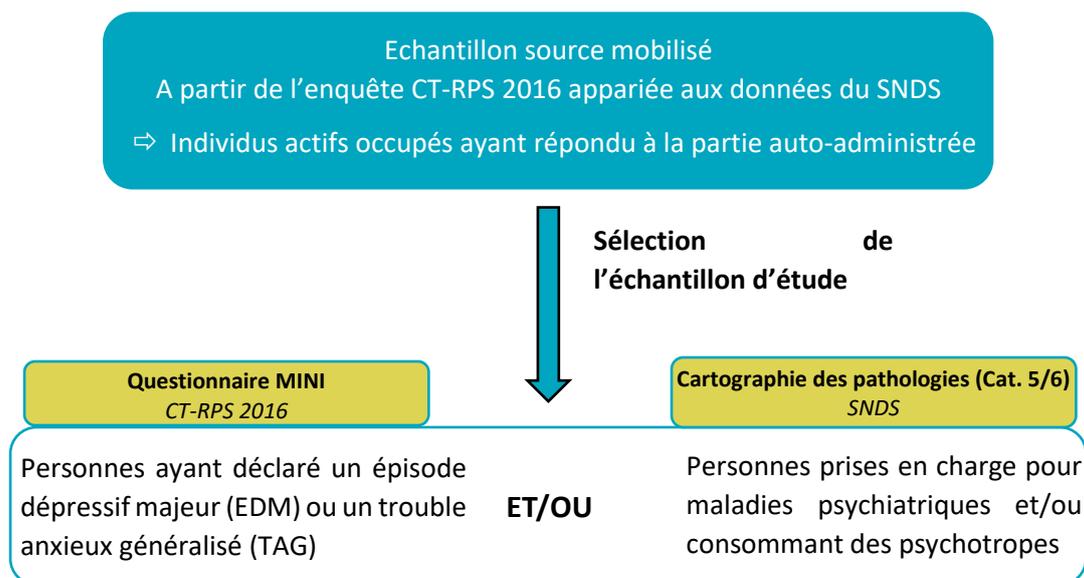
L'échantillon cible de l'étude est l'union de l'ensemble des personnes ayant déclaré un épisode dépressif majeur (EDM) ou un trouble anxieux généralisé (TAG) et de l'ensemble des personnes présentant des problèmes de santé mentale au travers du SNDS (certains individus appartenant aux deux sous-échantillons).

La sélection du sous-ensemble de personnes ayant déclaré un EDM ou un TAG, dénommé échantillon EDM TAG dans la suite du document, s'établit à l'aide du questionnaire pour l'évaluation des pathologies mentales, le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), présent dans le module « Santé mentale » du questionnaire « CT-RPS 2016 ».

L'identification des personnes présentant une prise en charge médicale pour une pathologie mentale se réfère aux algorithmes disponibles dans la littérature, développés par la Cnam *via* la cartographie des pathologies⁷. Les individus repérés comme ayant une maladie psychiatrique et/ou ayant reçu des remboursements pour des traitements psychotropes en 2015 et/ou 2016 tels que définis dans la cartographie des pathologies sont ainsi sélectionnés. Ce sous-ensemble d'individus est dénommé échantillon PbSM SNDS.

⁷ Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) - Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques - Département des Etudes sur les Pathologies et les Patients, Méthode générale de la cartographie des pathologies, version G5 (années 2012 à 2016). Mise à jour : 8 mars 2018.

Figure 1 : Sélection de l'échantillon d'étude



Exploitations statistiques

L'étude cherche à éclairer l'influence du genre sur les problèmes de santé mentale, au travers des trajectoires et organisations de travail d'une part, et des trajectoires de soins d'autre part. Après une présentation succincte de la construction de l'échantillon d'étude retenu, celui-ci est décrit selon ses caractéristiques socio-démographiques et professionnelles, et comparé aux répondants de l'enquête CT-RPS 2016 n'ayant pas de problème de santé mentale repéré.

Les facteurs de risque d'avoir déclaré un EDM ou un TAG d'une part, et d'avoir eu une prise en charge en soin pour une maladie psychiatrique ou une consommation de psychotropes d'autre part, sont ensuite décrits du point de vue de certaines variables de travail.

Afin de définir un degré d'importance quant au fait de déclarer un EDM ou un TAG, une variable en 4 classes a été créée. Les scores d'EDM (compris entre 0 et 7) et de TAG (compris entre 0 et 6), établis à partir du questionnaire MINI, ont chacun été découpés en 4 classes, puis combinés en une nouvelle variable à 4 classes également, permettant ainsi de définir un niveau d'EDM TAG allant de 3 (Niveau très élevé si score EDM ≥ 6 ou score TAG ≥ 5) à 0 (faible niveau si score EDM ≤ 3 et score TAG ≤ 4).

De la même manière, une variable en 5 classes, permettant de comptabiliser les différents types de traitements médicamenteux (traitements antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques ou neuroleptiques) par patient sur la période 2015-2016, a été construite. Elle permet d'identifier les individus qui n'ont eu aucune consommation de soins quelle qu'elle soit, ceux qui ont eu des consommations de soins autres que pour des prescriptions de psychotropes (consultations de médecin par exemple), ceux qui ont eu des remboursements de traitements psychotropes d'un seul type (soit antidépresseurs, soit anxiolytiques, soit hypnotiques, soit neuroleptiques), ceux qui en ont eu 2 et enfin ceux qui en ont eu 3 ou 4.

Quelques variables relatives aux conditions de travail, potentiellement facteurs de risques psychosociaux sont étudiées en fonction de ces deux variables multimodales ; le principe étant d'affiner les liens entre - niveau d'EDM TAG d'une part, niveau de consommations médicamenteuses d'autre part - et risques psychosociaux.

Ces premières analyses sont réalisées en utilisant la pondération PONDCAL afin de présenter des résultats représentatifs de la population actives en emploi. Les spécificités de genre sont mentionnées synthétiquement.

Dans un second temps, l'exploitation des données est ciblée sur l'échantillon d'étude uniquement. Les analyses ne sont alors plus redressées.

L'objectif principal de l'analyse quantitative est de définir des profils d'actifs en emploi avec un problème de santé mentale repéré en fonction de leurs conditions de travail (type d'emploi, organisation du travail, management...), parcours de soins et vie personnelle. Pour se faire, des méthodes statistiques d'analyses multidimensionnelles couplant « Analyses factorielles des correspondances multiples » (AFCM) et « Classification ascendante hiérarchique », ont été utilisées. Une analyse globale de l'échantillon d'étude est d'abord proposée, en observant systématiquement la répartition hommes/femmes au sein des « groupes-types ». L'échantillon est ensuite scindé selon le genre, afin d'affiner les profils et de mettre en évidence les spécificités hommes/femmes.

Préalablement aux analyses multidimensionnelles, une sélection de variables s'est avérée nécessaire.

L'enquête « Conditions de travail - Risques psychosociaux 2016 » repose notamment sur la définition opérationnelle des facteurs psychosociaux de risque, formulée par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail dans le rapport Gollac⁸. Un premier ciblage a donc été réalisé sur des variables mentionnées dans ce rapport.

D'autres variables, permettant de caractériser les individus à partir de leur emploi, leur secteur d'activité, leur âge, mais aussi leur situation familiale, ont également été retenues.

Des analyses croisées selon le genre, réalisées sur le sous-échantillon EDM TAG, ont ensuite permis d'affiner la sélection de variables. Les variables significatives au seuil de 5 % à partir de tests du Chi-2, présentant des effectifs selon le sexe suffisant pour une exploitation en analyses multidimensionnelles, ont été conservées.

Lors de cette étape de sélection, certaines variables multimodales (souvent à 3 ou 4 modalités) ont été recodées en 2 modalités, afin également, d'observer des effectifs suffisants en analyse bivariée. De même, les variables continues ont été transformées en variables catégorielles.

Les variables socio-démographiques (sexe, âge et niveau de diplôme) et caractéristiques de l'emploi exercé (profession principale, secteur d'activité et type d'emploi) ont été retenues automatiquement. Elles ont été recodées de telle sorte que l'effectif de chaque modalité soit au moins égal à 30.

Enfin, afin de restreindre encore la sélection de variables, des régressions logistiques ajustées sur l'âge, la profession, le secteur d'activité, le type d'emploi, ont été conduites. Seules les variables qui restaient discriminantes selon le genre, toutes choses égales par ailleurs, ont finalement été conservées.

Pour le choix des variables issues du SNDS à intégrer aux analyses, un premier niveau de sélection s'est basé sur des catégories d'informations a priori pertinentes pour étayer la prise en charge en soins des individus de l'étude. Un travail de recodage a été nécessaire, notamment pour distinguer la période 2015-2016 - correspondant à la période pendant laquelle l'enquête de l'étude CT-RPS16 a été menée - des autres périodes disponibles (2012 à 2014). Un décompte du nombre de remboursements de certains traitements médicamenteux, de consultations en soins de ville ou encore de jours en hospitalisation, a été calculé. Les variables issues de la cartographie des pathologies, avec le détail des maladies psychiatriques et traitements psychotropes, ont été retenues. Seules les variables présentant des effectifs suffisants selon le sexe ont été conservées pour la suite de l'étude.

⁸ Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Mesurer les risques psychosociaux au travail pour les maîtriser. Avril 2011. 216 p.

Les profils d'individus sont décrits à partir des variables pertinentes présélectionnées, toutes n'ayant pas été retenues pour réaliser les AFCM. A partir d'une sélection pas à pas, seules les variables contribuant suffisamment à expliquer les 3 premiers axes de l'AFCM ont été maintenues en variables actives. Les autres variables ont été placées en variables illustratives, afin d'aider à l'interprétation des profils d'individus.

La dernière partie de l'analyse quantitative cible spécifiquement les aides-soignants et infirmiers de l'échantillon d'étude. Etant donné la diversité des conditions de travail et plus largement de vie, des recours aux soins, et plus largement des parcours de vie d'un individu à l'autre, la phase qualitative de l'étude a été menée sur des personnes exerçant ces métiers à titre salarié. La description de ces individus au travers de l'enquête CT-RPS 2016 permet d'apporter quelques éléments chiffrés sur ce groupe d'individus. Ces dernières analyses sont réalisées en utilisant la pondération PONDCAL.

2. Approche qualitative

La partie qualitative constitue le second volet de cette étude. Elle vise à étudier des parcours de femmes et d'hommes ayant vécu une souffrance mentale au travail, de l'apparition des premiers signes aux ressources mobilisées pour y faire face.

Au total 30 entretiens qualitatifs ont été réalisés (incluant 15 femmes et 15 hommes). Ces entretiens ont été retranscrits intégralement, puis analysés individuellement et de manière transversale.

Entretiens qualitatifs

Public cible

Les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude sont des femmes et des hommes exerçant ou ayant exercé en tant que personnel soignant (infirmiers, aides-soignants et aides médico-psychologiques). Ils déclarent tous avoir vécu une souffrance mentale au travail.

Le choix de ce public cible résulte de plusieurs critères et d'évolutions suite à certaines difficultés dues au processus de recrutement :

-  *Le sexe* : Nous souhaitons tout d'abord une répartition femmes/hommes dans nos enquêtes de manière à analyser les occurrences et différences en matière de genre. Nous avons rencontré à ce titre 15 femmes et 15 hommes.
-  *Le secteur d'activités* : Afin de se focaliser sur l'aspect genrée de la souffrance mentale au travail, nous souhaitons rencontrer des personnes exerçant ou ayant exercé dans le même secteur d'activité. Le choix initial s'est porté sur le métier d'aides-soignants, car c'est une profession qui est apparue significative dans les résultats quantitatifs (Groupe C de l'analyse multivariée). Nous souhaitons aussi se délimiter au champ du handicap, connu pour être une branche plus mixte du métier d'aide-soignant. Cependant, au regard des difficultés que nous avons eu à recruter les personnes concernées, nous avons décidé d'élargir au métier d'aide-soignant dans sa globalité, puis au personnel soignant, intégrant ainsi les professions d'infirmiers et d'aides médico-psychologiques (excepté profession libérale et/ou aide à domicile).

- *Le secteur géographique* : La première moitié des entretiens (essentiellement avec des femmes) a été réalisée dans les régions des ORS concernés : Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Grand-Est. Des difficultés à trouver des hommes nous ont poussé à élargir le périmètre géographique à l'ensemble du territoire national. Dans ces cas-là, les entretiens étaient réalisés par téléphone ou en visio-conférence.
- *Les signes d'une souffrance mentale au travail* : nous cherchions au début à rencontrer des personnes ayant eu un arrêt de travail en lien avec une souffrance mentale, et ce dans les 12 derniers mois. Suite à nos premiers entretiens, nous nous sommes rendu compte que la souffrance mentale intervenait souvent à plusieurs reprises dans les parcours professionnels et ne se traduisait pas nécessairement par un arrêt de travail. Nous avons ainsi pris le parti d'inclure des personnes qui n'ont pas eu d'arrêt de travail (ex : choix de démissionner, se reconvertir, etc.), et/ou ceux pour lesquels la souffrance ou l'arrêt est intervenu au-delà des 12 mois.

Modalités de recrutement

Chaque ORS a mobilisé ses liens partenariaux sur son territoire afin de diversifier les sources de recrutement : inspection du travail, services inter-entreprises de santé, syndicats, associations régionales et nationales, structures dans le domaine du handicap, médecins généralistes, IFAS, IFSI, etc.

Ces structures relais ont été sollicitées par mail, téléphone, et à l'appui de deux documents de communication, qui avaient pour but de présenter rapidement les objectifs de l'étude, le public recherché et les modalités d'entretien (voir annexe 1). Ces documents ont également été publiés sur les sites internet des ORS et transmis aux personnes concernées en amont des entretiens. Un travail a également été réalisé sur les réseaux sociaux (Facebook et LinkedIn) pour diffuser le plus largement possible des appels à témoignage.

Au total, sur les 30 personnes interviewées, 23 ont été rencontrées sur des groupes privés Facebook, 5 via les structures relais sollicitées, et 2 par connaissance et bouche à oreille.

Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés en face-à-face, par téléphone ou en visio-conférence (respectivement : 13, 12 et 5). Même si la rencontre physique avec les participants était le scénario privilégié, il n'était pas toujours possible de le faire et c'est pourquoi d'autres modalités d'entretiens ont été mis en place (ex : plus facile pour certaines personnes de parler « à distance », certaines rencontres plus difficiles du fait de la localisation géographique, etc.).

Les entretiens ont duré dans leur globalité entre 45 minutes et 2h45. Avec l'accord des interviewés, ils ont été enregistrés et retranscrits intégralement, en préservant l'anonymat des personnes interrogées et de toute personne mentionnée.

Guide d'entretien

Deux réunions de travail ont été consacrées à l'élaboration d'un guide d'entretien. Il s'agit d'une trame souple, adaptée aux variations de narration des personnes interrogées, qui n'a pas pour but d'imposer

toutes les problématiques ni leur ordre d'évocation. Ce guide a ensuite été testé et légèrement retravaillé au regard des premiers entretiens.

Il se structure en trois parties et aborde différents thèmes :

- **Contexte avant la déclaration d'une souffrance mentale :**
 - Présentation de l'individu (âge, niveau d'études, épisode(s) de formations professionnelles)
 - Description de son parcours personnel et professionnel
 - Perception du travail (sens, organisation, valeurs, etc.)
- **Émergence et causes de la souffrance :**
 - Description du(es) poste(s) en question
 - Description des conditions d'apparition des signes liés à la souffrance psychologique (quels événements repérés comme déclencheurs liés aux différentes sphères de la vie - professionnelle, privée, publique)
 - Description des raisons qui expliquent la souffrance mentale. Relances : relations professionnelles (équipe, cadre, patients/résidents), organisations et conditions de travail, impact du covid sur la souffrance vécue, évolutions des modes de vie (famille, événement personnel, marquant etc....)
 - Description des leviers perçus / sources de satisfaction au travail
- **Réaction, comportements et ressources sollicitées :**
 - Description de comportements, réactions de chacun : de l'individu en question, son entourage professionnel et personnel
 - Perception de l'arrêt de travail
 - Nature des ressources mobilisées : professionnels consultés, place de l'entourage, autres ressources, etc.
 - Perception de « l'avenir », projets professionnels

Précaution pour les entretiens

Une réunion de travail a été organisée avec le Pr Pierre Vandel, psychiatre et président de l'ORS Bourgogne-Franche-Comté, afin de relire le guide d'entretien et de délivrer des conseils, précautions autour de la souffrance mentale au travail (gestion des émotions dans la conduite d'entretien, attitudes à adopter face à l'évocation d'un mal-être, etc.).

Lors du recrutement, les personnes rencontrées ont été informées des objectifs de l'étude, des modalités d'accès à l'information, du droit de rectification et des conditions de l'entretien (enregistrement, durée de conservation, anonymat).

Analyse des entretiens

Un premier niveau d'analyse a été mené par chaque ORS, afin de dégager des éléments clés et repérer des singularités ou récurrences décrits dans les parcours de vie de chaque enquêté.

Ensuite, plusieurs réunions de travail inter-ORS ont été organisées de manière à partager des documents de travail, références bibliographiques, confronter et compléter les analyses. La dernière réunion a servi à structurer nos analyses et construire un plan thématique.

À l'issue de cette étape de travail, l'ORS Bourgogne-Franche-Comté a été en charge de la rédaction de l'analyse transversal de la partie qualitative du rapport.

Profils des enquêtés

Dans le cadre des entretiens, nous avons interviewé des personnes exerçant ou ayant exercé en tant que personnel soignant, avec une part globalement plus importante d'aides-soignants et d'infirmiers.

Les personnes rencontrées étaient âgées entre 24 et 60 ans, avec une ancienneté et expérience dans le métier allant de 3 à 40 ans. Plusieurs d'entre eux exercent ou ont exercé en tant qu'aide-soignant ou infirmier suite à une reconversion professionnelle.

Ils et elles ont travaillé dans des structures diverses : en hôpitaux, dans des services techniques (ex : chirurgie, réanimation, anesthésie), structures ou services psychiatriques, mais aussi en Ehpad, USLD, structures médico-sociales, structures particulières (ex : accueil personnes sans-abris et migrants), services inter-entreprises de santé au travail, ou encore en maison d'arrêt et centre de rétention.

La majorité des enquêtés ont vécu un arrêt de travail, mais celui-ci n'était pas toujours reconnu comme une souffrance psychologique (ex : mal de dos, hospitalisations, chirurgie). A la marge, certains enquêtés n'ont pas connu d'arrêt de travail, car ils/elles travaillaient en intérim ou préféraient démissionner directement de leur travail.

Tableau 1 : Caractéristiques des personnes rencontrées en entretien

	Femmes (N = 15)	Hommes (N = 15)
Fonction		
Aides-soignants	8	7
Infirmiers	5	7
Aides médico-psychologiques	2	1
Total	15	15
Age		
20-30 ans	1	3
30-40 ans	7	3
40-50 ans	3	6
50 ans et plus	4	3
Total	15	15
Arrêt de travail		
Présence d'un arrêt de travail	14	12
Pas d'arrêt de travail	1	3
Total	15	15

PARTIE 2. RESULTATS

I. Analyse quantitative

1. Description succincte de l'échantillon d'étude retenu

Parmi les 2 366 individus présents dans l'enquête CT-RPS 2016 et révélant un EDM et/ou un TAG, 2 074 ont pu être appariés à partir de leur identifiant aux données de consommations de soins du SNDS et ont répondu à l'auto-questionnaire, soit 88 % des individus sélectionnés initialement.

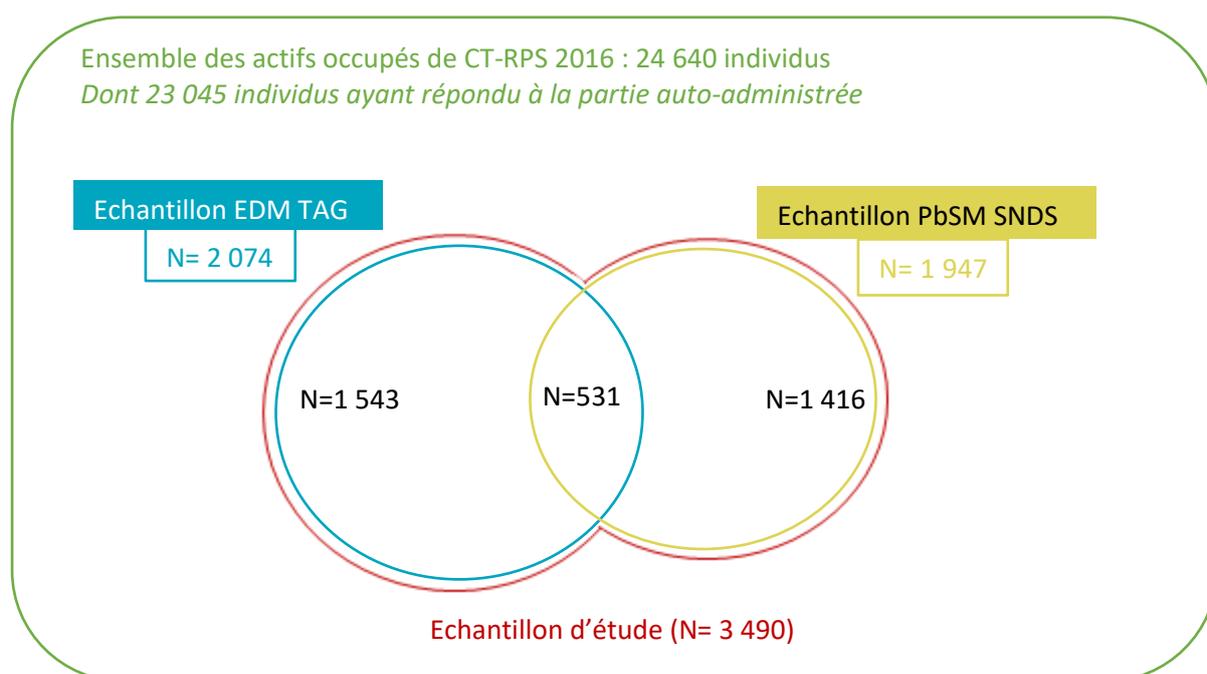
Selon les données de la cartographie des pathologies du SNDS, 1 947 individus ont bénéficié d'une prise en charge pour maladie psychiatrique ou d'un remboursement de médicaments psychotropes en 2015 ou 2016.

En croisant ces deux sous-ensembles, nous obtenons un échantillon d'étude constituée de 3 490 individus distincts (Figure 2).

On peut distinguer 3 sous-échantillons au sein de l'échantillon d'étude :

- 1 543 individus (soit 44 % de l'échantillon d'étude) identifiés exclusivement à partir d'un EDM et/ou un TAG déclarés (Echantillon noté [EDM TAG exclusif]) ;
- 1 416 individus (soit 41 % de l'échantillon d'étude) pris en charge en soins exclusivement, pour un trouble psychique *via* le SNDS (Echantillon noté [PbSM SNDS exclusif]) ;
- 531 identifiés à partir des 2 sources (soit 15 % de l'échantillon d'étude), présentant donc un EDM et/ou TAG et pris en charge en soins pour un trouble psychique *via* le SNDS (Echantillon noté [EDM TAG et PbSM SNDS]).

Figure 2 : Effectifs de l'échantillon selon les différentes sources de sélection (N=3 490)

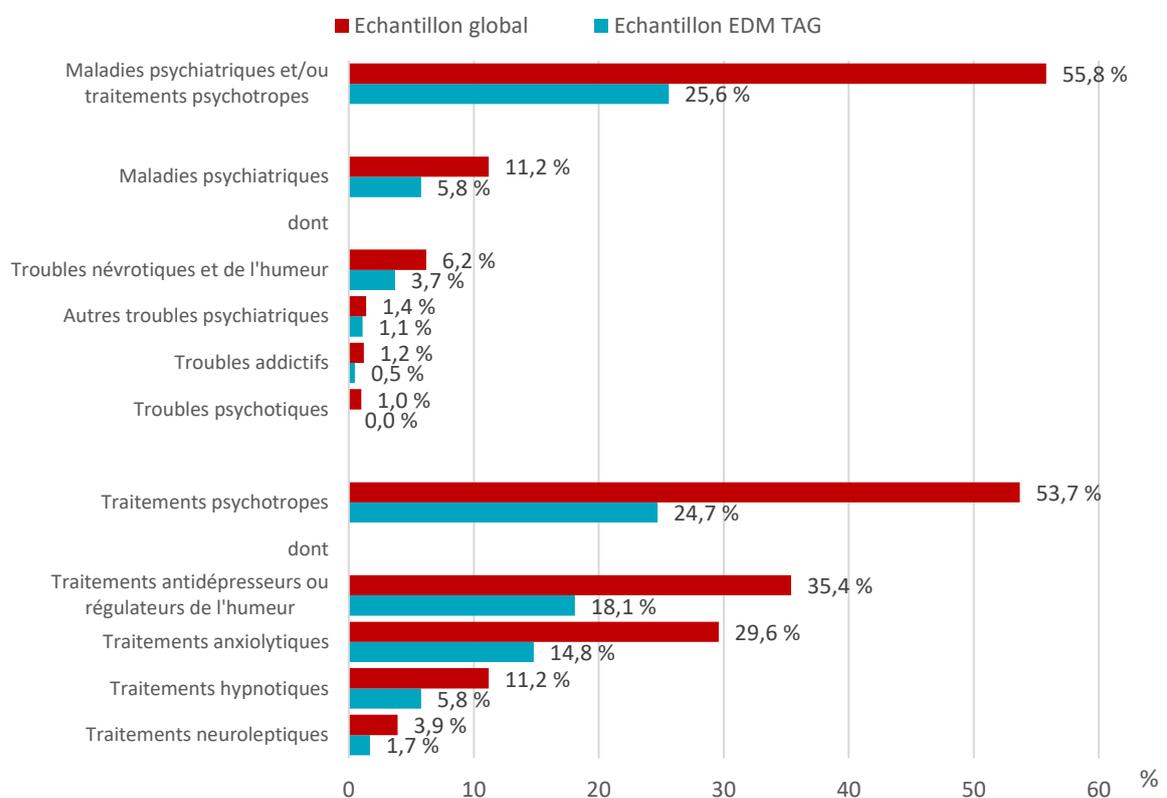


Les 1 947 personnes identifiées à partir des algorithmes de la cartographie des pathologies sont en majorité des personnes ayant reçu des traitements psychotropes en 2015 ou 2016 (54 % de l'échantillon global d'étude). Parmi les différentes sous-catégories de traitements psychotropes identifiés, les traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur concernent 35 % des individus et les anxiolytiques 30 %. Les personnes avec une maladie psychiatrique sont nettement plus minoritaires (11 %), avec les troubles névrotiques et de l'humeur en premier lieu (6 %).

Si on s'intéresse spécifiquement aux individus de l'échantillon EDM TAG, un quart d'entre eux sont des personnes ayant reçu des traitements psychotropes en 2015 ou 2016. Seuls 6 % sont des personnes identifiées avec une maladie psychiatrique.

On note ici que 7 % des individus de l'échantillon d'étude n'ont consommé aucun soin sur la période 2015-2016.

Graphique 1 : Répartition de l'échantillon d'étude selon les maladies psychiatriques et/ou traitements psychotropes identifiés à partir des algorithmes de la cartographie des pathologies



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

2. Caractéristiques des personnes repérées comme ayant un problème de santé mentale dans l'enquête CT-RPS 2016

Les actifs en emploi pour lesquels un problème de santé mentale a été repéré (c'est-à-dire notre échantillon d'étude) montrent des caractéristiques socio-démographiques qui diffèrent nettement de celles des autres actifs en emploi. En premier lieu, **les femmes constituent près des deux tiers de la population ciblée** contre moins de la moitié parmi les autres répondants. **Les actifs de 45 ans ou plus sont davantage représentés** (55 % *versus* 42 %) à l'opposé des moins de 35 ans (20 % *versus* 32 %). La **proportion des plus diplômés (Bac+2 ou plus) est plus faible** (35 % *versus* 43 %). Enfin, et dans une moindre mesure (au seuil de risque de 5 %), les actifs en emploi en souffrance mentale sont significativement moins nombreux à déclarer être en couple. Ce dernier point ne se vérifie en fait que chez les femmes, 36 % de celles en souffrance mentale étant dans ce cas *versus* 30 % des autres répondantes (réciproquement 28 % et 27 % chez leurs homologues masculins).

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des actifs en emploi selon la présence ou non d'un problème de santé mentale repéré

	Actifs en emploi AVEC problème de santé mentale repéré (N = 3 490)			Actifs en emploi SANS problème de santé mentale repéré (N = 17 203)			Test du Khi-deux
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	p
Sexe							
Femme	2 392	64,6	61,6 - 67,6	9 105	45,8	44,3 - 47,3	***
Homme	1 098	35,4	32,4 - 38,4	8 098	54,2	52,7 - 55,7	
Classe d'âges							
Moins de 35 ans	515	19,6	17 - 22,2	3 734	32,0	30,5 - 33,6	***
35-44 ans	883	25,8	23 - 28,6	4 680	26,2	24,9 - 27,4	
45-54 ans	1 245	34,2	31,1 - 37,3	5 470	26,1	24,9 - 27,3	
55 ans ou plus	847	20,4	18 - 22,8	3 319	15,7	14,7 - 16,7	
En couple							
Oui	2 341	67,0	64 - 70,1	12 907	71,3	69,9 - 72,8	**
Non	1 149	33,0	29,9 - 36	4 296	28,7	27,2 - 30,1	
Niveau de diplôme							
Aucun diplôme (1)	554	18,3	15,8 - 20,8	2 063	13,0	12 - 14,1	***
Bac, BEP ou CAP	1 588	46,5	43,3 - 49,7	7 426	43,7	42,2 - 45,2	
Bac+2 ou plus	1 344	35,2	32,2 - 38,2	7 700	43,3	41,8 - 44,8	

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %.

Précisions ● (1) Aucun diplôme ou brevet des collèges ou équivalent

Notes ● Les données présentées concernent les effectifs bruts et pourcentages pondérés.

Lecture ● La répartition selon le sexe est significativement différente entre les deux populations étudiées, la proportion de femmes étant bien plus élevée parmi les actifs en emploi avec un problème de santé mentale repéré que parmi les autres (64,6 % *versus* 45,8 %) (au risque de 1 % de se tromper).

Source ● Dares-DGAFF-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Toujours au sein de l'échantillon de l'étude CT-RPS 2016, la situation professionnelle est distincte entre les deux sous-populations. Les salariés en CDI ou assimilés sont davantage représentés chez les actifs en emploi en souffrance mentale (78 % *versus* 74 %) à l'inverse des non salariés (7 % *versus* 11 %). La proportion des employés est supérieure de dix points à celle des autres répondants (37 % *versus* 27 %). Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont, quant à eux, moins nombreux (13 % *versus* 19 %), à l'instar des artisans, commerçants et chefs d'entreprise (4 % *versus* 7 %). Deux secteurs

d'activité, connus pour être fortement féminins⁹, sont surreprésentés : la santé humaine et l'action sociale (18 % *versus* 14 %) ainsi que l'administration publique et l'enseignement (20 % *versus* 17 %). Au contraire, l'industrie y est sous-représentée (11 % *versus* 15 %).

Si ces répartitions se retrouvent chez les hommes comme chez les femmes, on note, en complément, que les hommes en souffrance mentale sont sur-représentés dans la catégorie des ouvriers (37 % *versus* 31 % chez leurs homologues sans problème de santé mentale repéré). Chez les femmes, le secteur d'activité de la santé humaine et action sociale ne ressort pas spécifiquement parmi les femmes avec un problème de santé mentale repéré, comme c'est le cas dans l'échantillon hommes-femmes confondus.

Tableau 3 : Situation professionnelle des actifs en emploi selon la présence ou non d'un problème de santé mentale repéré

	Actifs en emploi AVEC problème de santé mentale repéré (N = 3 490)			Actifs en emploi SANS problème de santé mentale repéré (N = 17 203)			Test du Khi-deux p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
Type d'emploi							
Salarié en CDI ou assimilé	3 062	78,1	74,9 - 81,3	14 149	74,5	73 - 76	
Salarié avec contrat autre que CDI	240	14,8	11,8 - 17,8	1 292	14,5	13,1 - 15,8	***
Non salarié (1)	188	7,1	5,4 - 8,8	1 762	11,0	10,2 - 11,9	
Profession principale							
Agriculteurs exploitants	39	1,3	0,7 - 2	397	1,9	1,6 - 2,2	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	83	3,6	2,3 - 4,9	838	6,5	5,7 - 7,3	
Cadres et professions intellectuelles sup.	507	13,5	11,5 - 15,4	3 125	18,7	17,6 - 19,8	***
Professions intermédiaires	1 015	25,2	22,5 - 28	5 138	25,9	24,6 - 27,2	
Employés	1 336	36,9	33,8 - 40	4 914	26,8	25,5 - 28,1	
Ouvriers	508	19,5	16,8 - 22,2	2 749	20,2	18,9 - 21,5	
Secteur d'activité							
Agriculture	62	1,7	1 - 2,4	567	2,8	2,4 - 3,3	
Industrie	346	11,5	9,5 - 13,5	2 177	15,1	14 - 16,1	
Construction	98	4,5	3,1 - 5,9	827	6,3	5,5 - 7,1	
Autre tertiaire	1 034	44,4	41,1 - 47,6	5 736	45,4	43,9 - 46,9	***
Administration publique et enseignement	961	20,1	17,7 - 22,6	3 986	16,7	15,7 - 17,6	
Santé humaine et action sociale	989	17,8	15,6 - 20	3 895	13,8	12,8 - 14,8	

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %.

Précisions ● (1) Aidant un membre de sa famille sans être rémunéré ; chef d'entreprise, PDG ; indépendant ou à son compte
Notes ● Les données présentées concernent les effectifs bruts et pourcentages pondérés.

Lecture ● La répartition selon le type d'emploi est significativement différente entre les deux populations étudiées, la proportion de salariés en CDI ou assimilés étant plus élevée parmi les actifs en emploi avec un problème de santé mentale repéré que parmi les autres (78,1 % *versus* 74,5 %) (au risque de 1 % de se tromper).

Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Certaines particularités d'organisation du temps de travail, de rythme et d'autonomie caractérisent également nos deux sous-populations. Les actifs en emploi en souffrance mentale sont moins nombreux à travailler en horaires atypiques : 27 % déclarent travailler tôt le matin (*versus* 30 % chez ceux qui n'ont pas de problème de santé mentale repéré) et 12 % travailler la nuit (*versus* 16 %) ; l'écart est moins marqué (et non significatif) quant au fait de travailler entre 20 heures et minuit (33 % *versus* 36 %). Ces fréquences moindres d'horaires atypiques s'expliquent, au moins en partie, par la part élevée de femmes au sein des actifs en emploi avec un problème de santé mentale repéré, les études

⁹ Tableaux de l'économie française Collection Insee Références Édition 2019 (p. 54-55)

en population générale en emploi indiquant que les femmes sont moins concernées que les hommes par les horaires atypiques [13]. Finalement, ces écarts disparaissent lorsqu'on étudie distinctement les hommes et les femmes.

En revanche, les plus gros écarts observés, qui concernent les contraintes de rythme et d'autonomie, s'observent à la fois chez les hommes et chez les femmes : les actifs en emploi en souffrance mentale déclarent plus fréquemment devoir se dépêcher (55 % *versus* 44 %) et ne pas pouvoir intervenir sur leur quantité de travail (47 % *versus* 37 %). Concernant la sphère familiale, à nouveau en lien avec la prédominance des femmes parmi les actifs en emploi avec un problème de santé mentale repéré, ces derniers indiquent aussi plus largement consacrer plus de 6 heures par semaine aux tâches domestiques (50 % *versus* 41 %), ce qui peut constituer un frein supplémentaire à une bonne conciliation avec la vie professionnelle.

Tableau 4 : Organisation du temps de travail, rythme et autonomie des actifs en emploi selon la présence ou non d'un problème de santé mentale repéré

	Actifs en emploi AVEC problème de santé mentale repéré (N = 3 490)			Actifs en emploi SANS problème de santé mentale repéré (N = 17 203)			Test du Khi-deux
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	p
Horaires matinaux (1)							
Oui	1 006	26,6	23,9 - 29,4	5 510	30,2	28,9 - 31,6	**
Non	2 483	73,4	70,6 - 76,1	11 689	69,8	68,4 - 71,1	
Horaires tardifs (2)							
Oui	1 223	33,2	30,2 - 36,2	6 352	35,8	34,4 - 37,2	ns
Non	2 264	66,8	63,8 - 69,8	10 849	64,2	62,8 - 65,6	
Horaires de nuit (3)							
Oui	503	12,5	10,6 - 14,4	3 005	16,3	15,2 - 17,3	**
Non	2 985	87,5	85,6 - 89,4	14 196	83,7	82,7 - 84,8	
Dépassement d'horaires quotidien							
Oui	360	10,6	8,7 - 12,4	1 597	9,8	8,9 - 10,6	ns
Non	3 104	89,4	87,6 - 91,3	15 390	90,2	89,4 - 91,1	
Tâches domestiques							
Jusqu'à 6 heures/semaine	1 604	49,9	46,7 - 53,1	9 103	58,9	57,4 - 60,3	***
Plus de 6 heures/semaine	1 861	50,1	46,9 - 53,3	8 001	41,1	39,7 - 42,6	
Devoir se dépêcher							
Oui	1 997	55,1	51,9 - 58,3	7 628	43,8	42,4 - 45,3	***
Non	1 487	44,9	41,7 - 48,1	9 559	56,2	54,7 - 57,6	
Pouvoir intervenir sur sa quantité de travail							
Oui	1 877	53,2	50 - 56,5	10 582	63,3	61,9 - 64,8	***
Non	1 572	46,8	43,5 - 50	6 393	36,7	35,2 - 38,1	

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif.

Précisions • (1) entre 5 heures et 7 heures ; (2) entre 20 heures et minuit ; (3) entre minuit et 5 heures

Notes • Les données présentées concernent les effectifs bruts et pourcentages pondérés.

Lecture • Les actifs en emploi avec un problème de santé mentale repéré sont significativement plus nombreux que les autres à déclarer réaliser plus de 6 heures de tâches domestiques par semaine (50,1 % *versus* 41,1 %) (au risque de 1 % de se tromper).

Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Enfin, nos deux sous-populations se distinguent tout particulièrement au regard de leurs recours au soin (Tableau 4). **Les actifs en emploi en souffrance mentale sont ainsi bien plus nombreux à avoir eu un accident du travail (15 % *versus* 9 %) et un arrêt maladie (43 % *versus* 24 %) au cours des douze derniers mois. Ils déclarent beaucoup plus fréquemment avoir pris des médicaments pour dormir (42 % *versus* 10 %) et avoir vu un médecin (95 % *versus* 82 %) dans l'année. Ils pensent aussi plus largement devoir changer de qualification ou de métier dans les trois prochaines années (45 % *versus* 31 %). Enfin, plus de la moitié d'entre eux (55 %) obtiennent un score de bien-être inférieur à 50**

traduisant un bien-être réduit (versus 15 % seulement chez les actifs en emploi sans souffrance mentale repérée). Sur tous ces aspects de recours aux soins, les écarts observés hommes et femmes confondus restent vrais lorsqu'on considère les hommes d'une part et les femmes d'autre part. On note également que les pourcentages de réponses affirmatives sont toujours plus élevés chez les femmes, à l'exception des indicateurs relatifs aux accidents du travail et au fait de penser devoir changer de qualification ou de métier dans les 3 prochaines années, plus importants chez les hommes.

Tableau 5 : Accident du travail, santé et bien-être déclarés des actifs en emploi selon la présence ou non d'un problème de santé mentale repéré

	Actifs en emploi AVEC problème de santé mentale repéré (N = 3 490)			Actifs en emploi SANS problème de santé mentale repéré (N = 17 203)			Test du Khi-deux p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
Accident du travail (1)							
Oui	501	14,6	12,4 - 16,9	1 596	9,4	8,5 - 10,4	***
Non	2 984	85,4	83,1 - 87,6	15 597	90,6	89,6 - 91,5	
Arrêt maladie (2)							
Au moins 1 arrêt	903	42,8	38,2 - 47,4	2 324	24,3	22,7 - 25,9	***
Aucun arrêt	839	57,2	52,6 - 61,8	5 770	75,7	74,1 - 77,3	
Médicaments pour dormir (1)							
Oui	1 497	41,9	38,7 - 45,1	1 763	9,6	8,8 - 10,5	***
Non	1 991	58,1	54,9 - 61,3	15 436	90,4	89,5 - 91,2	
Avoir vu un médecin (1)							
Oui	3 288	95,3	94,1 - 96,5	14 149	81,9	80,7 - 83,1	***
Non	202	4,7	3,5 - 5,9	3 054	18,1	16,9 - 19,3	
Penser devoir changer de qualification ou de métier (3)							
Oui	1 214	45,3	41,9 - 48,7	4 015	30,7	29,2 - 32,2	***
Non	2 012	54,7	51,3 - 58,1	12 042	69,3	67,8 - 70,8	
Score de bien-être (4)							
Inférieur à 50	1 859	54,9	51,7 - 58	2 746	15,2	14,1 - 16,2	***
Supérieur ou égal à 50	1 600	45,1	42 - 48,3	14 328	84,8	83,8 - 85,9	

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %.

Précisions ● (1) au cours des 12 derniers mois ; (2) au cours des 12 derniers mois et hors maternité ;

(3) dans les 3 prochaines années ; (4) score de l'OMS (WHO-5) variant de 0 à 100 : plus le score est élevé, meilleur est le niveau de bien-être. Le seuil de 50 est souvent utilisé pour dépister des personnes à risque de dépression.

Notes ● Les données présentées concernent les effectifs bruts et pourcentages pondérés.

Lecture ● Les actifs en emploi avec un problème de santé mentale repéré sont significativement plus nombreux que les autres à déclarer avoir eu un accident du travail au cours des 12 derniers mois (14,6 % versus 9,4 %) (au risque de 1 % de se tromper).

Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Certaines caractéristiques **des actifs en emploi avec un problème de santé mentale repéré** se vérifient finalement quel que soit le genre, d'autres sont propres aux hommes ou aux femmes de cette sous-population (voir graphique 2).

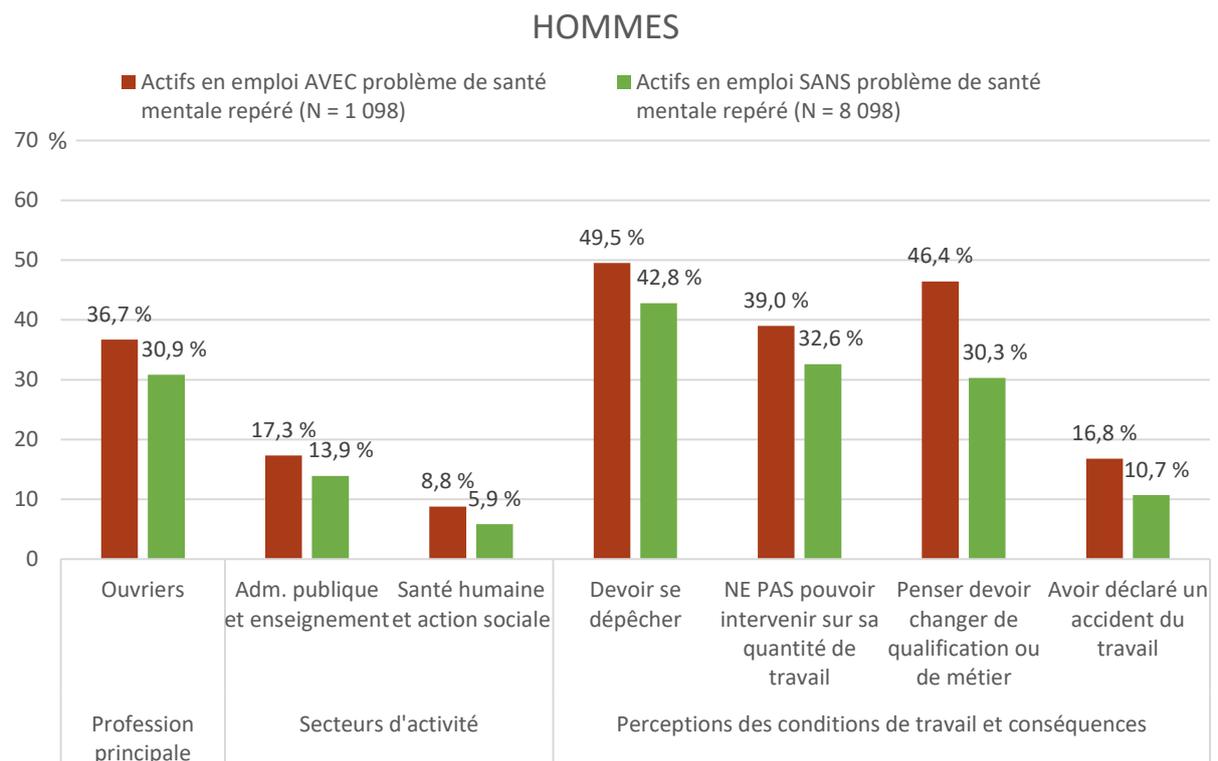
Tous sexes confondus, les individus ayant déclaré un épisode dépressif majeur (EDM) ou un trouble anxieux généralisé (TAG) et/ou présentant des problèmes de santé mentale au travers du SNDS sont donc **plus âgés et moins diplômés** que les autres actifs en emploi et ce **sont davantage des salariés en CDI ou assimilés**. Ils s'estiment **plus souvent soumis à des contraintes de rythme et quantité de travail et déclarent davantage de recours aux soins ; ces derniers aspects étant toutefois à nuancer selon le genre**.

Les hommes de cette sous-population sont : **plus souvent des ouvriers** que leurs homologues sans problème de santé mentale repéré et ils **travaillent plus souvent dans les secteurs d'activité de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé humaine et de l'action sociale**. Les **contraintes de rythme et quantité de travail sont plus fréquents, tout en étant moins importantes que chez les femmes en souffrance mentale**. Ils **déclarent plus fréquemment penser devoir changer**

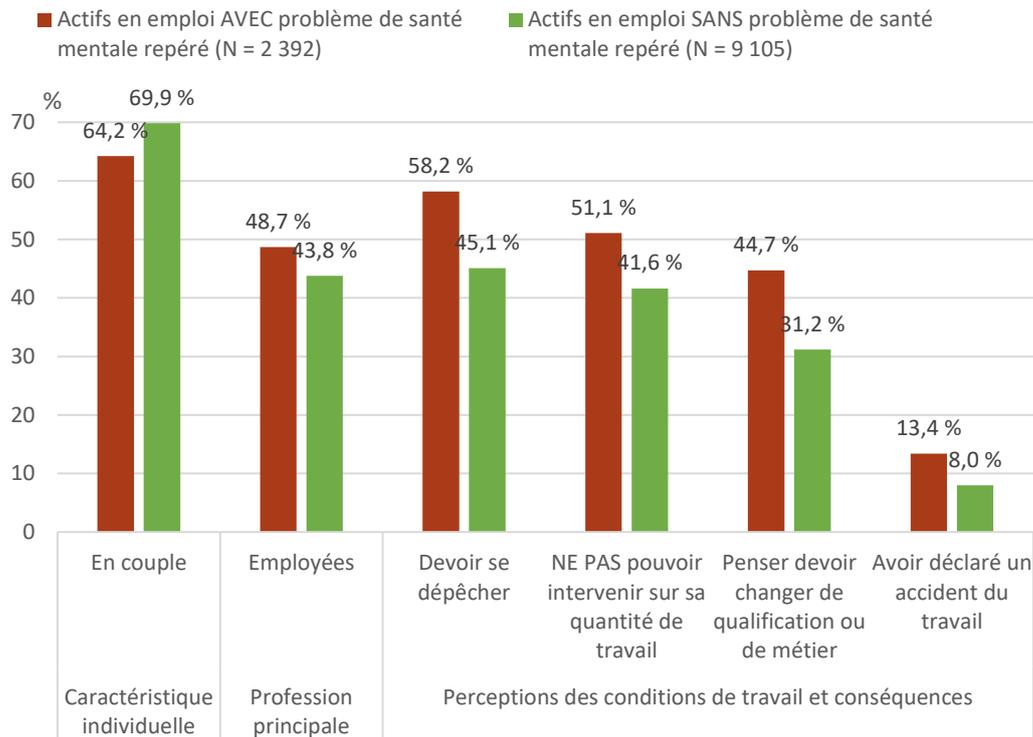
de qualification ou de métier dans les 3 prochaines années, et avoir eu un accident du travail dans l'année que les hommes actifs en emploi sans problème de santé mentale repéré, ceci de façon plus marquée que chez leurs homologues femmes.

Les femmes actives en emploi en souffrance mentale vivent moins fréquemment en couple que les autres actives en emploi. Les employées sont davantage représentées chez ces femmes. Du point de vue de la perception des conditions de travail, on retrouve les mêmes spécificités que chez les hommes avec des fréquences toutefois moins marquées pour les déclarations d'accidents du travail.

Graphique 2 : Eléments spécifiques des hommes et femmes actifs en emploi selon la présence ou non d'un problème de santé mentale repéré



FEMMES



Notes • Les données présentées concernent les pourcentages pondérés.

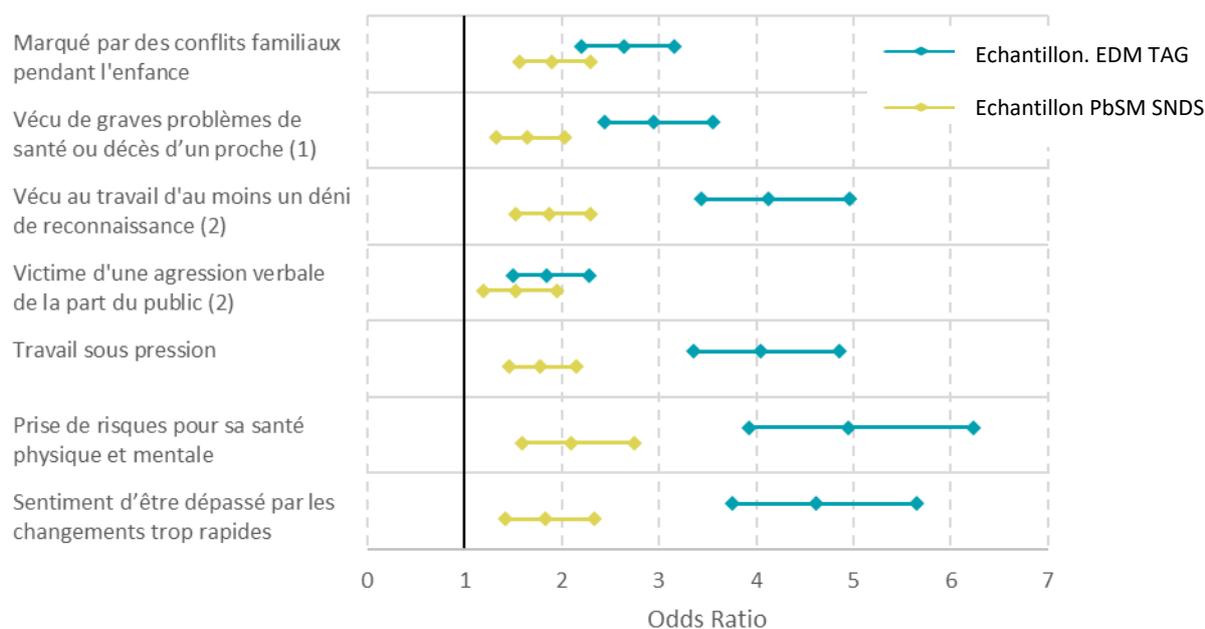
Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

3. Facteurs associés à un EDM TAG et à une prise en charge pour problème de santé mentale

L'échantillon d'étude présente donc des spécificités en termes de caractéristiques individuelles, professionnelles et de conditions de travail notamment. Afin d'affiner ces spécificités, on étudie ici quelques variables de travail et de vécu personnel, potentiellement facteurs de risque d'avoir déclaré un EDM ou un TAG d'une part, et d'avoir eu une prise en charge en soin pour une maladie psychiatrique ou une consommation de psychotropes d'autre part. Pour se faire, des modèles de régression logistique multiple ajustés sur le sexe, l'âge, la profession, le secteur d'activité et le type d'emploi cherchant à mesurer la probabilité d'être inclus dans l'échantillon EDM TAG d'abord, puis dans l'échantillon PbSM SNDS, ont été réalisés. Ces modèles sont ensuite déclinés par genre, en ajustant sur ces mêmes variables (hormis le sexe).

Les analyses « toutes choses égales par ailleurs » présentées pour quelques items relatifs au travail ou à la vie personnelle (Graphique 3) montrent que des associations sont plus fortes avec le fait de se trouver dans l'échantillon EDM TAG qu'avec celui d'être dans l'échantillon PbSM SNDS. Ainsi, les individus de l'échantillon EDM TAG ont 4 fois plus de risque d'avoir déclaré travailler sous pression que leurs homologues « hors échantillon EDM TAG », ceux de l'échantillon PbSM SNDS ont 1,8 fois plus de risque que leurs homologues « hors échantillon PbSM SNDS » d'être dans ce cas. En d'autres termes – comme cela a déjà pu être montré par ailleurs [14], l'exposition à certains facteurs de risques psychosociaux générerait un sentiment de mal-être, déclaré au travers du questionnaire CT-RPS 2016, sans forcément conduire à une prise en charge médicale pour un trouble psychique.

Graphique 3 : Facteurs associés au fait d'appartenir à l'échantillon EDM TAG et à l'échantillon PbSM SNDS



Situation de référence : Homme, de moins de 35 ans, appartenant à la catégorie socioprofessionnelle des cadres ou professions intellectuelles supérieures, travaillant dans le secteur de la santé humaine ou de l'action sociale en tant que salariée en CDI ou assimilé.

Précisions ● (1) au cours des 3 dernières années ; (2) au cours des 12 derniers mois

Lecture ● Toutes choses égales par ailleurs, les personnes qui ont répondu avoir été marquées par des conflits familiaux pendant leur enfance ont une probabilité 2,64 fois plus élevée par rapport à celles ayant répondu négativement à cet item d'appartenir à l'échantillon EDM TAG.

Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Le genre intervient de façon spécifique sur certains facteurs associés. Ainsi, le plus souvent, une réponse positive à l'un de ces 6 items augmente davantage le risque de déclarer un sentiment de mal-être pour les hommes que pour les femmes. Seul le fait de devoir prendre des risques pour sa santé physique et mentale joue plus fortement pour les femmes que pour les hommes, multipliant par 5,4 la probabilité de se trouver en situation d'EDM TAG pour celles-ci, contre 4,3 pour les hommes. Les écarts sont moindres quant à la probabilité d'avoir une prise en charge médicale pour un trouble psychique. Le fait d'avoir été victime d'une agression verbale de la part du public au cours des 12 derniers mois double cette probabilité pour les hommes, et la multiplie par 1,37 pour les femmes. Le sentiment d'être dépassé par les changements trop rapides joue également dans le même sens (odds ratio de 2,4 chez les hommes *versus* 1,6 chez les femmes). A l'inverse, le fait de devoir prendre des risques pour sa santé physique et mentale a un effet plus marqué chez les femmes (odds ratio de 2,4 *versus* 1,7 chez les hommes), tout comme celui d'avoir été marqué par de graves problèmes de santé ou le décès d'un proche au cours des 3 dernières années (odds ratio de 1,7 chez les femmes et de 1,5 chez les hommes).

Aide à l'interprétation d'un odds ratio

Les odds ratio s'expriment comparativement à une modalité de référence qui vaut 1. Un odds ratio supérieur à 1 pour une autre modalité suggère, lorsque la valeur est significative, une probabilité accrue pour la modalité observée par rapport à la modalité de référence de subir l'événement analysé. Un odds ratio inférieur à 1 est, par contre, le signe d'un risque moins important de subir l'événement (pour autant que la valeur soit significative).

Tableau 6 : Facteurs associés au fait d'appartenir à l'échantillon EDM TAG et à l'échantillon PbSM SNDS selon le genre

Facteurs associés au fait d'appartenir...	à l'échantillon EDM TAG				à l'échantillon PbSM SNDS			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Variabiles explicatives	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %
Avoir été marqué par des conflits familiaux pendant l'enfance	3,12	2,35 - 4,15	2,38	1,89 - 2,98	1,92	1,4 - 2,61	1,9	1,49 - 2,41
Avoir été marqué par de graves problèmes de santé ou le décès d'un proche au cours des 3 dernières années	3,79	2,8 - 5,11	2,53	2 - 3,2	1,54	1,07 - 2,19	1,7	1,31 - 2,19
Avoir vécu au travail au moins un déni de reconnaissance au cours des 12 derniers mois	5,1	3,78 - 6,87	3,66	2,91 - 4,6	2	1,45 - 2,75	1,82	1,4 - 2,36
Avoir été victime d'une agression verbale de la part du public au cours des 12 derniers mois	1,92	1,3 - 2,82	1,81	1,4 - 2,33	2,01	1,36 - 2,94	1,37	1 - 1,88
Travailler sous pression	4,49	3,37 - 5,98	3,78	2,97 - 4,8	1,8	1,32 - 2,45	1,79	1,39 - 2,29
Devoir prendre des risques pour sa santé physique et mentale	4,33	2,99 - 6,27	5,4	4,02 - 7,25	1,74	1,11 - 2,73	2,35	1,67 - 3,3
Avoir le sentiment d'être dépassé par les changements trop rapides	5,15	3,71 - 7,14	4,29	3,3 - 5,57	2,39	1,62 - 3,53	1,6	1,17 - 2,19

Situations de référence : Personne de moins de 35 ans, appartenant à la catégorie socioprofessionnelle des cadres ou professions intellectuelles supérieures, travaillant dans le secteur de la santé humaine ou de l'action sociale en tant que salariée en CDI ou assimilé.

Précisions • (1) au cours des 3 dernières années ; (2) au cours des 12 derniers mois

Lecture • Toutes choses égales par ailleurs, les hommes qui ont répondu avoir été marqués par des conflits familiaux pendant leur enfance ont une probabilité 3,12 fois plus élevée par rapport à ceux ayant répondu négativement à cet item d'appartenir à l'échantillon EDM TAG.

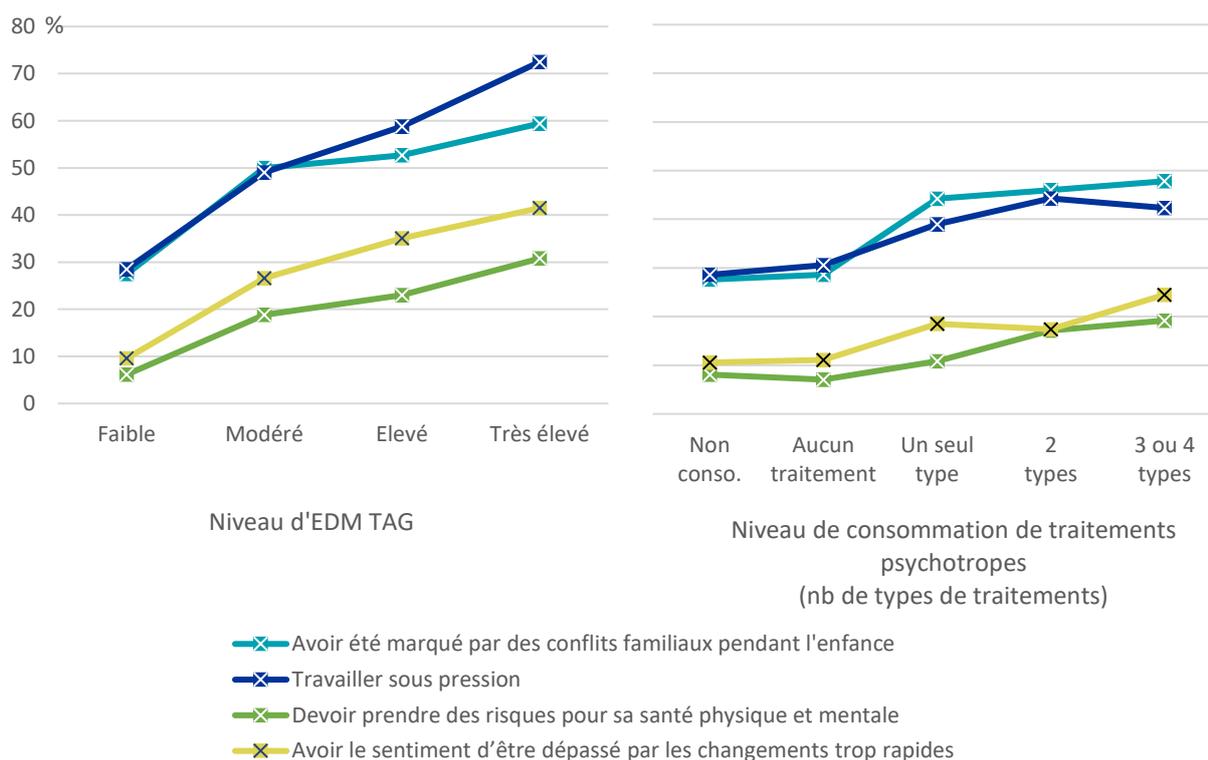
Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Une analyse plus fine, selon le niveau de sévérité de l'EDM TAG et le niveau de consommations de traitements psychotropes, permet d'observer un gradient dans les pourcentages de réponses positives aux items de vécu du travail. A titre illustratif, si près d'un tiers des actifs en emploi enquêtés estiment travailler sous pression, la moitié de ceux qui présentent un niveau d'EDM TAG modéré, et jusqu'à plus des deux tiers de ceux avec un EDM TAG très élevé sont dans ce cas. De même, plus de 40 % des individus ayant consommé 2, 3 ou 4 types de traitements psychotropes s'estiment sous pression au travail.

A nouveau, un niveau d'EDM TAG modéré à très élevé est fortement corrélé à des réponses positives d'items de contraintes de travail. Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence : dans le déroulement de l'enquête CT-RP 2016, le questionnaire MINI - qui donne lieu à la mesure du niveau d'EDM TAG - est passé à la suite d'une série d'items de contraintes de travail, pouvant conduire certains individus à répondre plus négativement que si celui-ci avait été posé dans un autre cadre. Bien que les écarts soient moins nets lorsqu'il s'agit du niveau de consommations de traitements psychotropes, les liens avec la déclaration de facteurs de risques psychosociaux sont plus forts quand le niveau de consommation est important.

Ces résultats s'observent de la même manière en distinguant les hommes des femmes, malgré quelques limites statistiques du fait d'effectifs faibles pour certaines modalités.

Graphique 4 : Quelques variables de travail selon le niveau d'EDM TAG et de consommation de traitements psychotropes



Notes • Les données présentées concernent les pourcentages pondérés.

Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

4. Description des 3 sous-échantillons d'étude

Après la présentation d'éléments de comparaison entre les personnes présentant un problème de santé mentale et les autres personnes ayant participé à l'enquête CT-RPS 2016, les résultats qui suivent sont centrés sur les 3 490 individus de notre échantillon d'étude (cf. figure 2 Partie 2 I.1). Il s'agit ici de comparer les trois sous-échantillons entre eux. Les résultats sont présentés sur des données brutes, sans pondération.

Avec 49 % de personnes âgées de moins de 45 ans, l'échantillon [EDM TAG exclusif] est plus jeune que les 2 autres sous-groupes (40 % de personnes de cette tranche d'âge dans l'échantillon global) : cette observation va de pair avec l'augmentation des soins avec l'âge. C'est aussi le sous-groupe où l'on trouve le plus de personnes vivant en couple.

L'échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS] est davantage représenté par des femmes que les deux autres sous-groupes (76 % contre 67 %), moins souvent en couple (62 % contre 67 % au global).

L'échantillon [PbSM SNDS exclusif] est plutôt constitué de personnes de plus de 45 ans (68 % contre 60 % au global).

Tableau 7 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon d'étude selon les 3 sous-groupes d'appartenance

	Echantillon EDM TAG exclusif (N=1 543)		Echantillon EDM TAG et PbSM SNDS (N=531)		Echantillon PbSM SNDS exclusif (N=1 416)		Echantillon global (N=3 490)		Test du Khi-deux
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Sexe									
Femme	1 041	67,5	401	75,5	950	67,1	2 392	68,5	***
Homme	502	32,5	130	24,5	466	32,9	1 098	31,5	
Classe d'âges									
Moins de 35 ans	315	20,4	65	12,2	135	9,5	515	14,8	
35-44 ans	439	28,5	123	23,2	321	22,7	883	25,3	***
45-54 ans	497	32,2	205	38,6	543	38,4	1 245	35,7	
55 ans ou plus	292	18,9	138	26,0	417	29,4	847	24,3	
En couple	1 065	69,0	328	61,8	948	66,9	2 341	67,1	***
Niveau de diplôme									
Aucun diplôme (1)	219	14,2	88	16,6	247	17,5	554	15,9	ns
Bac, BEP ou CAP	714	46,4	243	45,7	631	44,6	1 588	45,5	
Bac+2 ou plus	607	39,4	200	37,7	537	37,9	1344	38,6	

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %.

Précisions ● (1) Aucun diplôme ou brevet des collèges ou équivalent

Source ● Dares-DGAFF-Drees, Enquête CT-RPS 2016

En termes de situations professionnelles, on trouve davantage d'individus non-salariés et salariés en contrat temporaire, travaillant dans les secteurs de l'agriculture, l'industrie ou la construction au sein de l'échantillon [EDM TAG exclusif]. L'échantillon [PbSM SNDS exclusif] se distingue plutôt par une surreprésentation des secteurs d'activité « Administration publique et enseignement » et « Santé humaine et action sociale ». L'échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS] présente davantage d'employés au détriment des cadres et professions intellectuelles supérieures, également dans les secteurs d'activité « Administration publique et enseignement » et « Santé humaine et action sociale », en lien avec la part plus importante de femmes dans ce sous-échantillon.

Tableau 8 : Situation professionnelle de l'échantillon d'étude selon les 3 sous-groupes d'appartenance

	Echantillon EDM TAG exclusif (N=1 543)		Echantillon EDM TAG et PbSM SNDS (N=531)		Echantillon PbSM SNDS exclusif (N=1 416)		Echantillon global (N=3 490)		Test du Khi-deux
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Type d'emploi									
Salarié en CDI ou assimilé	1 299	84,2	489	92,1	1 274	90,0	3 062	87,7	***
Salarié avec contrat autre que CDI	119	7,7	28	5,3	93	6,6	240	6,9	
Non salarié	125	8,1	14	2,6	49	3,4	188	5,4	
Profession principale									
Agriculteurs expl., artisans, commerçants et chefs d'entr.	98	6,4	10	1,9	14	1,0	122	3,5	***
Cadres et professions intellectuelles sup.	227	14,7	67	12,6	213	15,0	507	14,5	
Professions intermédiaires	445	28,9	156	29,4	414	29,3	1 015	29,1	
Employés	545	35,3	226	42,5	565	39,9	1 336	38,3	
Ouvriers	227	14,7	72	13,6	209	14,8	508	14,6	
Secteur d'activité									
Agriculture/Industrie	219	14,2	41	7,7	148	10,4	408	11,7	***
Construction	63	4,1	10	1,9	25	1,8	98	2,8	
Autre tertiaire	507	32,8	156	29,4	371	26,2	1 034	29,6	
Administration publique et enseignement	373	24,2	161	30,3	427	30,2	961	27,5	
Santé humaine et action sociale	381	24,7	163	30,7	445	31,4	989	28,4	

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %.

Précisions ● (1) Aidant un membre de sa famille sans être rémunéré ; chef d'entreprise, PDG ; indépendant ou à son compte
Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Au niveau de l'organisation du temps de travail, l'échantillon [EDM TAG exclusif] cumule les horaires atypiques, les dépassements d'horaires quotidiens et le fait de devoir se dépêcher, à l'inverse de l'échantillon [PbSM SNDS exclusif]. Les individus de l'échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS] sont un peu moins concernés par les horaires de nuit (12 % *versus* 17 % pour l'échantillon [EDM TAG exclusif]) et sont proportionnellement moins nombreux à pouvoir intervenir sur leur quantité de travail (49 % *versus* 56 % pour l'échantillon [PbSM SNDS exclusif]). Les tâches domestiques importantes concernent davantage l'échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS] et un peu moins l'échantillon [PbSM SNDS exclusif] (respectivement 58 % *versus* 52 %).

Tableau 9 : Organisation du temps de travail, rythme et autonomie de l'échantillon d'étude selon les 3 sous-groupes d'appartenance

	Echantillon EDM TAG exclusif (N=1 543)		Echantillon EDM TAG et PbSM SNDS (N=531)		Echantillon PbSM SNDS exclusif (N=1 416)		Echantillon global (N=3 490)		Test du Khi-deux
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Horaires matinaux (1)	492	31,9	141	26,6	373	26,4	1 006	28,8	***
Horaires tardifs (2)	579	37,6	186	35,0	458	32,4	1 223	35,1	**
Horaires de nuit (3)	261	16,9	62	11,7	180	12,7	503	14,4	***
Dépassement d'horaires quotidien	205	13,4	52	9,9	103	7,3	360	10,4	***
Tâches domestiques + de 6h/semaine	827	54,0	306	58,1	728	51,8	1 861	53,7	**
Devoir se dépêcher	995	64,6	332	62,5	670	47,5	1 997	57,3	***
Pouvoir intervenir sur sa quantité de travail	833	54,6	255	48,8	789	56,4	1 877	54,4	**

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif.

Précisions ● (1) entre 5 heures et 7 heures ; (2) entre 20 heures et minuit ; (3) entre minuit et 5 heures

Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Du côté des aspects de santé déclarée, les individus de l'échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS] se distinguent des autres : ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu un accident du travail ou un arrêt maladie dans l'année, ont plus fréquemment déclaré avoir pris des médicaments pour dormir ou consulté un médecin généraliste. Ils présentent également davantage un score de bien-être inférieur à 50 traduisant un bien-être réduit. Les individus de l'échantillon [EDM TAG exclusif] sont moins nombreux à déclarer avoir pris des médicaments pour dormir dans l'année, tandis que près de la moitié d'entre eux (49 %) pensent devoir changer de qualification ou de métier dans les 3 ans à venir (44 % pour l'échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS] et 24 % pour l'échantillon [PbSM SNDS exclusif]). Parmi les personnes de l'échantillon [PbSM SNDS exclusif], 28 % ont un score de bien-être faible (68 % pour l'échantillon [EDM TAG exclusif] et 81 % pour l'échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS]).

Tableau 10 : Accident du travail, santé et bien-être déclarés de l'échantillon d'étude selon les 3 sous-groupes d'appartenance

	Echantillon EDM TAG exclusif (N=1 543)		Echantillon EDM TAG et PbSM SNDS (N=531)		Echantillon PbSM SNDS exclusif (N=1 416)		Echantillon global (N=3 490)		Test du Khi-deux
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Accident du travail (1)	244	15,8	120	22,7	137	9,7	501	14,4	***
Au - 1 arrêt maladie (2)	355	48,8	203	71,5	345	47,3	903	51,8	***
Médicaments pour dormir (1)	508	32,9	359	67,7	630	44,5	1 497	42,9	***
Avoir vu un médecin (1)	1411	91,5	520	97,9	1357	95,8	3 288	94,2	***
Penser devoir changer de qualification ou de métier (3)	688	48,8	212	43,8	314	23,6	1 214	37,6	***
Score de bien-être < 50 (4)	1 041	67,9	425	81,0	393	28,1	1 859	53,7	***

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif.

Précisions ● (1) au cours des 12 derniers mois ; (2) au cours des 12 derniers mois et hors maternité ;

(3) dans les 3 prochaines années ; (4) score de l'OMS (WHO-5) variant de 0 à 100 : plus le score est élevé, meilleur est le niveau de bien-être. Le seuil de 50 est souvent utilisé pour dépister des personnes à risque de dépression.

Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Concernant les soins remboursés par l'Assurance Maladie, les individus de l'échantillon [EDM TAG exclusif] présentent moins de consultations chez le médecin généraliste dans l'année (23 % n'en n'ont aucune) et moins d'accidents du travail. Chez les personnes de l'échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS], 39 % ont eu un accident du travail, 8 % un arrêt maladie et 2 % n'ont pas consulté de médecin généraliste dans l'année.

Tableau 11 : Soins remboursés par l'assurance maladie dans l'échantillon d'étude selon les 3 sous-groupes d'appartenance

	Echantillon EDM TAG exclusif (N=1 543)		Echantillon EDM TAG et PbSM SNDS (N=531)		Echantillon PbSM SNDS exclusif (N=1 416)		Echantillon global (N=3 490)		Test du Khi-deux
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Consultations d'un médecin dans l'année									
Aucune	358	23,2	9	1,7	67	4,7	434	12,4	***
1 à 3 consultations	577	37,4	112	21,1	374	26,4	1 063	30,5	
4 ou 5 consultations	326	21,1	123	23,2	402	28,4	851	24,4	
6 consultations ou plus	282	18,3	287	54,1	573	40,5	1 142	32,7	
Arrêt maladie	82	5,3	41	7,7	69	4,9	192	5,5	**
Accident du travail	375	24,3	206	38,8	464	32,8	1 045	29,9	***

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif.

Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

De manière synthétique, les 3 sous-échantillons d'étude se distinguent ainsi :

L'échantillon [EDM TAG exclusif], c'est-à-dire les personnes ayant déclaré une santé mentale dégradée sans prise en charge médicale, est plus jeune, avec davantage de personnes vivant en couple. Les secteurs d'activité de l'agriculture, industrie ou construction y sont surreprésentés, à l'inverse des secteurs de l'administration publique et enseignement et de la santé humaine et action sociale. L'organisation du temps de travail y est plus contrainte avec des horaires atypiques et des dépassements d'horaires quotidiens importants. Les aspects de consommations de soins sont moins présents avec moins de prises de médicaments déclarées, moins de consultations chez le médecin généraliste dans l'année et moins d'accident du travail.

L'échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS], composé des personnes ayant déclaré une santé mentale dégradée conjointement à une prise en charge médicale, est davantage représenté par des femmes, et moins de personne en couple. Il présente davantage d'employés au détriment des cadres et professions intellectuelles supérieures. Les recours aux soins se distinguent nettement avec plus d'un accident du travail ou un arrêt maladie déclarés dans l'année, plus de prises de médicaments pour dormir et de consultations de médecin généraliste.

L'échantillon [PbSM SNDS exclusif], c'est-à-dire les personnes avec une prise en charge médicale pour un problème de santé mentale sans pour autant avoir déclaré un problème de santé mentale, est plutôt constitué de personnes de plus de 45 ans. Il se distingue par des contraintes horaires moindres. Les individus déclarent moins d'arrêts maladie et d'accidents du travail, et sont moins nombreux à penser devoir changer de qualification ou de métier dans les trois prochaines années.

5. Sélection des variables d'analyse de CT-RPS 2016

Préalablement aux analyses factorielles, l'estimation de modèles de régression logistique multiple ajustés sur l'âge, la profession, le secteur d'activité et le type d'emploi a permis de sélectionner les variables pour lesquelles le genre était discriminant au seuil de 5 %. Le tableau 5 présente les odds ratio des régressions logistiques effectuées sur les 41 variables retenues au final.

Les analyses « toutes choses égales par ailleurs » montrent que **les hommes ont une probabilité plus élevée, comparée aux femmes, de ne pas connaître longtemps à l'avance leurs horaires de travail ainsi que d'avoir des contraintes plus fréquentes concernant leurs horaires quotidiens** (contrôles d'horaires, horaires décalés, dépassement d'horaires, être joint en dehors des heures de travail). De fait, les hommes indiquent plus souvent avoir des proches qui se plaignent de leurs horaires de travail qui les rendent trop peu disponibles. A l'inverse, **les femmes sont plus nombreuses à déclarer avoir des horaires de travail qui s'accordent très bien avec leurs engagements sociaux et familiaux**. Mais **elles sont aussi plus nombreuses à confier être trop fatiguées en arrivant au travail pour bien travailler** à cause de tout ce qu'elles ont fait à la maison. Par ailleurs, **les femmes déclarent plus fréquemment consacrer plus de 6 heures par semaine aux tâches domestiques**.

Les femmes sont plus nombreuses à dénoncer à la fois un rythme de travail soutenu et un manque de marge de manœuvre sur la quantité de travail qui leur est attribuée. Elles manifestent plus communément ressentir des émotions violentes dans leur travail. **Les hommes témoignent davantage vivre des situations de tension avec leur hiérarchie mais aussi que des solutions sont le plus souvent recherchées par la direction en cas de difficultés dans l'entreprise**. En outre, ils sont moins nombreux que les femmes à être d'avis que leurs supérieurs ou responsables font toujours confiance aux salariés pour bien faire leur travail et à estimer pouvoir faire toujours confiance aux informations venant d'eux. En termes d'évolution professionnelle, **d'avantage d'hommes pensent devoir changer de qualification ou de métier dans les 3 prochaines années**.

Toujours « toutes choses égales par ailleurs », le niveau de formation se distingue également selon le sexe. Ainsi, **les hommes ont une probabilité plus élevée par rapport aux femmes d'être peu ou pas diplômés**.

Parmi les questions relatives à la santé au cours des douze derniers mois, **les femmes déclarent plus souvent avoir pris des médicaments pour dormir ou encore avoir vu un médecin**. De leur côté, **les hommes indiquent davantage avoir eu un accident du travail qui les a obligés à se faire soigner**.

Les réponses à l'auto-questionnaire concernant la vie personnelle révèlent que les femmes ont une probabilité plus élevée, comparée aux hommes, d'avoir subi de mauvais traitements physiques et/ou psychologiques qui les ont marquées (de leur naissance à leurs 18 ans ou au cours des 3 dernières années). Les hommes, quant à eux, reconnaissent plus fréquemment avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois et notamment pour des raisons professionnelles.

Pour l'ensemble des autres variables explicatives discriminantes retenues dans l'auto-questionnaire, on observe que **les hommes expriment plus souvent des insatisfactions et des difficultés liées au travail** (travailler sous pression, continuer à penser à son travail même quand on n'y est pas, vivre des changements imprévisibles ou mal préparés, devoir faire des choses inutiles ou dégradantes...). Il est également mis en lumière que les femmes sont plus nombreuses à considérer qu'elles ne seraient pas à l'abri financièrement si elles devaient s'arrêter de travailler.

Enfin, la mesure du score de bien-être de l'OMS (WHO-5) indique que **les hommes ont une probabilité plus élevée, comparée aux femmes, de présenter un meilleur niveau de bien-être et par conséquent que celles-ci peuvent plus fréquemment être dépistées comme des personnes à risque de dépression**.

Tableau 12 : Facteurs associés présentant une différence significative selon le sexe chez les actifs en emploi avec un problème de santé mentale repéré

	Variables à expliquer	OR	IC à 95 %
ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL			
Prévision des horaires	1. Ne pas avoir connaissance des horaires à effectuer au moins pour le mois à venir	1,34	1,02 - 1,76
Horaires quotidiens	2. Être soumis à un contrôle d'horaires	1,34	1,06 - 1,69
	3. Travailler entre cinq heures et sept heures le matin	2,73	2,14 - 3,48
	4. Travailler entre vingt heures et minuit	2,11	1,68 - 2,65
	5. Travailler entre minuit et cinq heures du matin	2,94	2,19 - 3,95
	6. Travailler tous les jours au-delà de l'horaire prévu	1,51	1,11 - 2,06
	7. Avoir été joint par des personnes extérieures à l'entreprise en dehors de vos horaires de travail pour les besoins du travail au cours des douze derniers mois	2,18	1,69 - 2,83
	8. Avoir des horaires de travail qui s'accordent très bien avec vos engagements sociaux et familiaux en dehors de votre travail	0,69	0,53 - 0,89
	9. Arriver au travail trop fatigué(e) pour bien travailler à cause de tout ce que vous avez fait à la maison	0,54	0,43 - 0,67
	10. Avoir des proches qui se plaignent que vos horaires de travail vous rendent trop peu disponible pour eux	1,30	1,04 - 1,62
	11. Être impliqué(e) plus de 6 heures par semaine dans les tâches domestiques	0,27	0,21 - 0,34
ORGANISATION DU TRAVAIL			
Rythme de travail	12. Être toujours ou souvent obligé(e) de se dépêcher	0,77	0,62 - 0,97
Autonomie, marge de manœuvre	13. Pouvoir intervenir sur la quantité de travail qui vous est attribuée	1,41	1,13 - 1,75
Ambiance de travail	14. Dans votre unité de travail, les supérieurs ou responsables font toujours confiance aux salariés pour bien faire leur travail	0,78	0,61 - 0,99
	15. Pouvoir faire toujours confiance aux informations venant de vos supérieurs ou responsables	0,74	0,58 - 0,94
	16. En cas de tensions ou de difficultés dans l'entreprise, la direction cherche le plus souvent des solutions (seule ou après consultation)	1,54	1,10 - 2,16
	17. Vivre des situations de tension dans vos rapports avec vos supérieurs hiérarchiques	1,32	1,05 - 1,66
	18. Dans votre travail, il vous arrive d'être bouleversé(e), secoué(e), ému(e)	0,60	0,46 - 0,78
Evolution	19. Penser devoir changer de qualification ou de métier dans les 3 prochaines années	1,35	1,06 - 1,72
SANTÉ			
Santé déclarée	20. Avoir pris des médicaments pour dormir au cours des douze derniers mois	0,74	0,60 - 0,93
	21. Avoir vu un médecin au cours des douze derniers mois	0,66	0,44 - 0,99

Accidents du travail	22. Avoir eu un ou plusieurs accidents, même bénins, au cours de votre travail qui vous ont obligé à vous faire soigner dans les douze derniers mois	1,41	1,06 - 1,86
FORMATION			
Diplôme	23. Avoir le brevet des collèges comme diplôme le plus élevé ou aucun diplôme	1,50	1,19 - 1,89
AUTO-QUESTIONNAIRE			
Vie personnelle	24. De votre naissance à vos 18 ans, vous avez subi de mauvais traitements physiques, psychologiques qui vous ont marqués	0,61	0,46 - 0,80
	25. Au cours des 3 dernières années, vous avez subi de mauvais traitements physiques, psychologiques qui vous ont marqués	0,73	0,54 - 0,98
	26. Avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois	1,55	1,21 - 1,99
	27. Avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois pour des raisons professionnelles	2,06	1,29 - 3,28
Satisfactions et difficultés au travail	28. Au cours des douze derniers mois, il vous est arrivé qu'une ou plusieurs personnes critiquent injustement et systématiquement votre travail	1,49	1,19 - 1,86
	29. Si je devais m'arrêter de travailler, je ne serais pas à l'abri financièrement	0,56	0,36 - 0,85
	30. Entendre des propos désobligeants ou des blagues sur les femmes à son travail (toujours ou souvent)	1,53	1,25 - 1,87
	31. Travailler sous pression (toujours ou souvent)	1,32	1,05 - 1,66
	32. Continuer à penser à son travail même quand on n'y est pas (toujours ou souvent)	1,37	1,07 - 1,75
	33. Savoir à l'avance quelles tâches on aurait le mois suivant (toujours ou souvent)	0,71	0,57 - 0,89
	34. Vivre des changements imprévisibles ou mal préparés (toujours ou souvent)	1,31	1,05 - 1,63
	35. Devoir faire des choses inutiles ou dégradantes (toujours ou souvent)	1,84	1,26 - 2,67
	36. Devoir toujours prendre des risques pour sa santé physique et mentale	1,50	1,23 - 1,83
	37. Être toujours amené à exercer une contrainte sur des personnes	1,84	1,43 - 2,36
	38. Avoir peur pendant son travail pour sa sécurité ou celle des autres (toujours ou souvent)	1,73	1,25 - 2,38
	39. Avoir le sentiment d'être dépassé par les changements trop rapides (toujours ou souvent)	1,32	1,05 - 1,65
	40. Avoir le sentiment de s'ennuyer (toujours ou souvent)	1,64	1,26 - 2,13
	41. Score de bien-être (1) inférieur à 50	0,73	0,57 - 0,92

OR= Odds Ratio. IC à 95 %= intervalle de confiance à 95 %. Significativité au seuil de 5 %.

Situations de référence : Femme, de 55 ans ou plus, appartenant à la catégorie socioprofessionnelle des cadres ou professions intellectuelles supérieures, travaillant dans le secteur de la santé humaine ou de l'action sociale en tant que salariée en CDI ou assimilé.

Précisions • (1) score de l'OMS (WHO-5) variant de 0 à 100 : plus le score est élevé, meilleur est le niveau de bien-être. Le seuil de 50 est souvent utilisé pour dépister des personnes à risque de dépression.

Lecture • Toutes choses égales par ailleurs, les hommes ont une probabilité 1,34 fois plus élevée par rapport aux femmes (référence) de ne pas connaître les horaires à effectuer au moins un mois en avance.
Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

6. Analyses multivariées

Après exclusion des individus avec données manquantes, l'échantillon utilisé pour les typologies est réduit à 2 526 individus.

Typologie sur l'ensemble de l'échantillon d'étude

Au total, 13 variables déclinées en 21 modalités ont été incluses dans l'AFCM. Il s'agit de variables issues de l'enquête CT-RPS 2016, les variables du SNDS ne contribuant pas assez fortement dans les analyses. Les variables actives peuvent se décliner en plusieurs catégories.

Des variables concernant **l'organisation du temps de travail, en particulier les horaires de travail** :

- Travail entre 5h et 7h le matin (PT_MATIN_O/PT_MATIN_N)
- Travail entre 20h et minuit (SOIR_O/SOIR_N)
- Travail de nuit, entre minuit et 5h du matin (NUIT_O/NUIT_N)

Des variables **d'organisation du travail -ambiance de travail et rythmes de travail** :

- Vivre des situations de tension dans les rapports avec les supérieurs hiérarchiques (TENSION_sup_O/TENSION_sup_N)
- Être obligé de se dépêcher (DEPECH_O/DEPECH_N)
- Travailler sous pression (Pression_Tjs/Pression_Jamais)

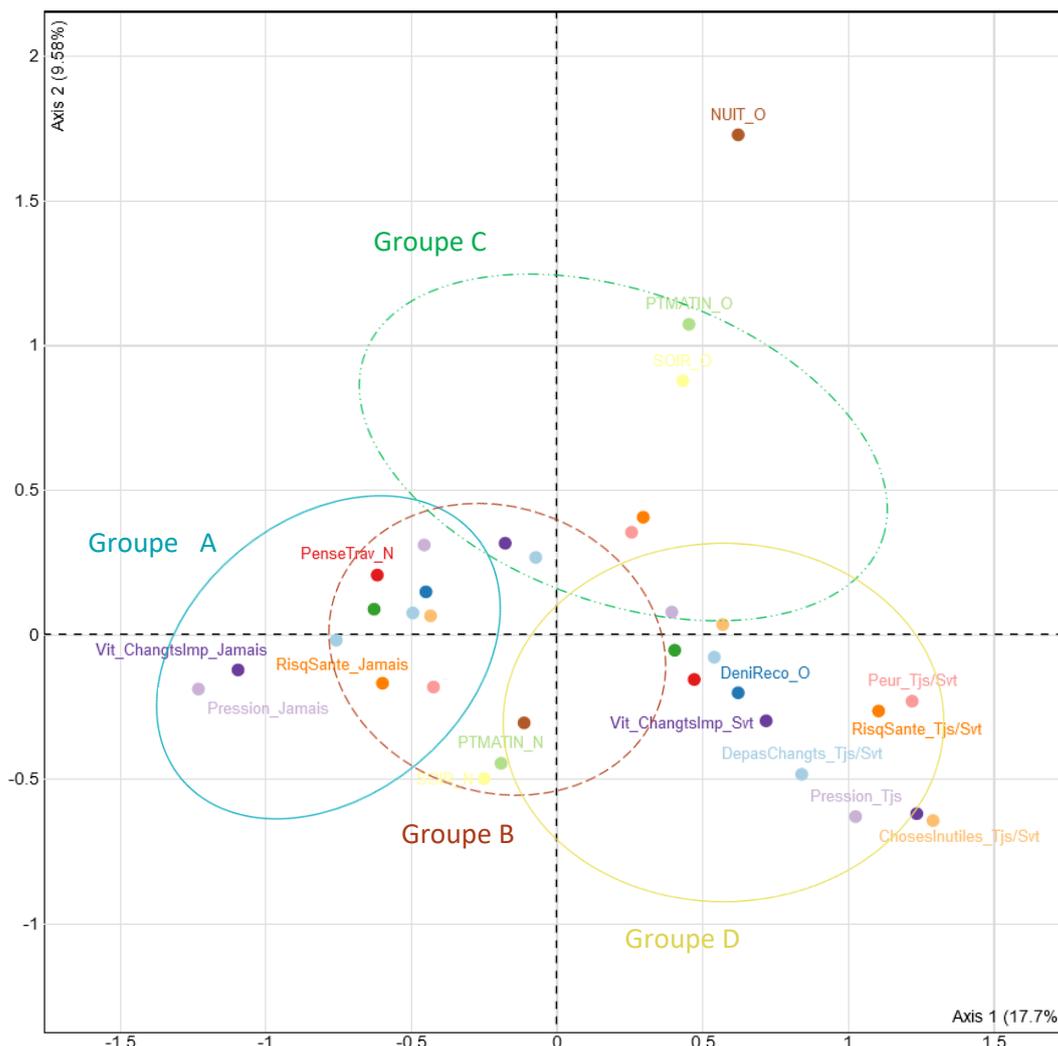
Des variables issues de l'auto-questionnaire, **sur la satisfaction et les difficultés au travail et sur les relations avec les autres** :

- Vivre des changements imprévisibles ou mal préparés (Vit_ChangtsImp_Svt/Vit_ChangtsImp_Jamais)
- Avoir peur pendant son travail pour sa sécurité ou celle des autres (Peur_TjsSvt/Peur_Jamais)
- Continuer à penser à son travail même quand on n'y est pas (PenseTrav_O/PenseTrav_N)
- Devoir faire des choses inutiles ou dégradantes (ChosesInutiles_TjsSvt/ChosesInutiles_Jamais)
- Devoir toujours prendre des risques pour sa santé physique et mentale (RisqSante_TjsSvt/RisqSante_Jamais)
- Eprouver le sentiment d'être dépassé par les changements trop rapides (DepasChangts_TjsSvt/DepasChangts_Jamais)
- Avoir vécu au travail au moins un déni de reconnaissance au cours des 12 derniers mois (DeniReco_O/DeniReco_N)

Les variables les plus contributives à la construction du 1^{er} axe factoriel ont plutôt trait à la satisfaction et aux difficultés au travail, opposant à gauche de cet axe des aspects positifs aux aspects négatifs à droite. Les variables les plus contributives au 2^e axe factoriel ont, quant à elles, principalement trait aux horaires de travail, opposant des horaires atypiques en haut de cet axe, à des horaires normaux en bas de l'axe.

La CAH ensuite réalisée a permis de distinguer 4 groupes d'individus. La figure 3 représente le plan factoriel formé par les 2 premières dimensions de l'AFCM ainsi que la projection des 4 groupes-types d'individus.

Figure 3 : Plan factoriel formé par les deux premières dimensions de l'analyse des correspondances multiples et projection des 4 groupes-types



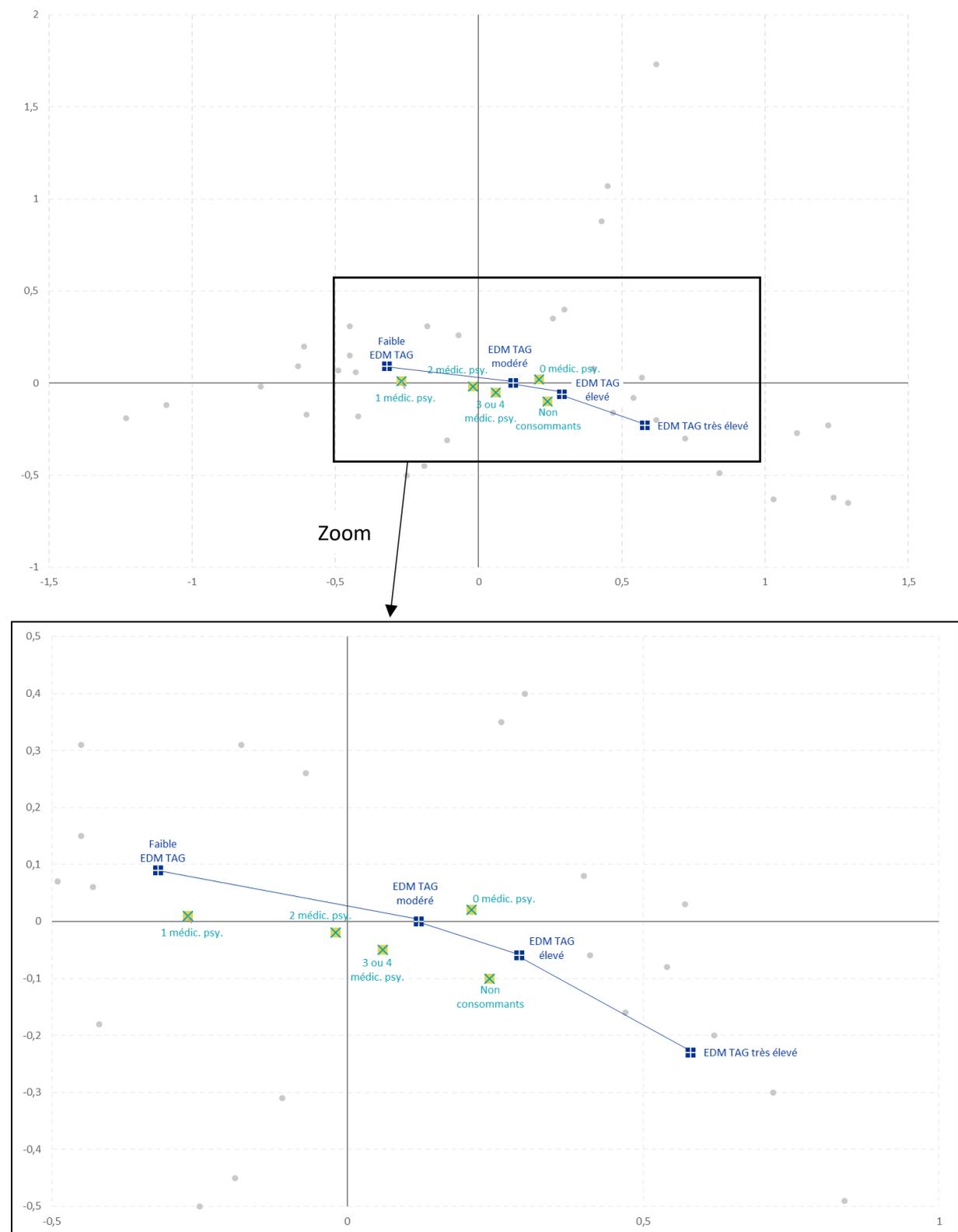
Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

La projection des variables catégorielles d'EDM TAG et de consommations de traitements psychotropes, montre quelques contrastes sur le plan factoriel formé par les deux premières dimensions (Figure 4). Les différences les plus marquées concernent le degré d'EDM TAG : plus celui-ci augmente plus les difficultés au travail augmentent et la satisfaction diminue.

Concernant les différents types de traitements psychotropes consommés, c'est surtout la catégorie « un seul type de traitements » qui s'oppose à celles des « non consommateurs » ou « aucun traitement psychotrope », ces dernières étant plutôt associées à des difficultés importantes et une satisfaction moindre vis-à-vis du travail. Ce résultat, qui peut surprendre en première lecture, est sans doute dû à la définition même de notre échantillon d'étude, et à la manière dont il a été sélectionné, mobilisant 2 sous-ensembles de personnes, à partir de données déclaratives d'une part (réponses à l'enquête CT-RP 2016), et de données de consommation de soins (dès lors qu'un remboursement par l'Assurance Maladie a lieu) d'autre part.



Figure 4 : Projection sur le plan factoriel formé par les deux premières dimensions de données illustratives concernant les degrés d'EDM TAG et de consommation de traitements psychotropes

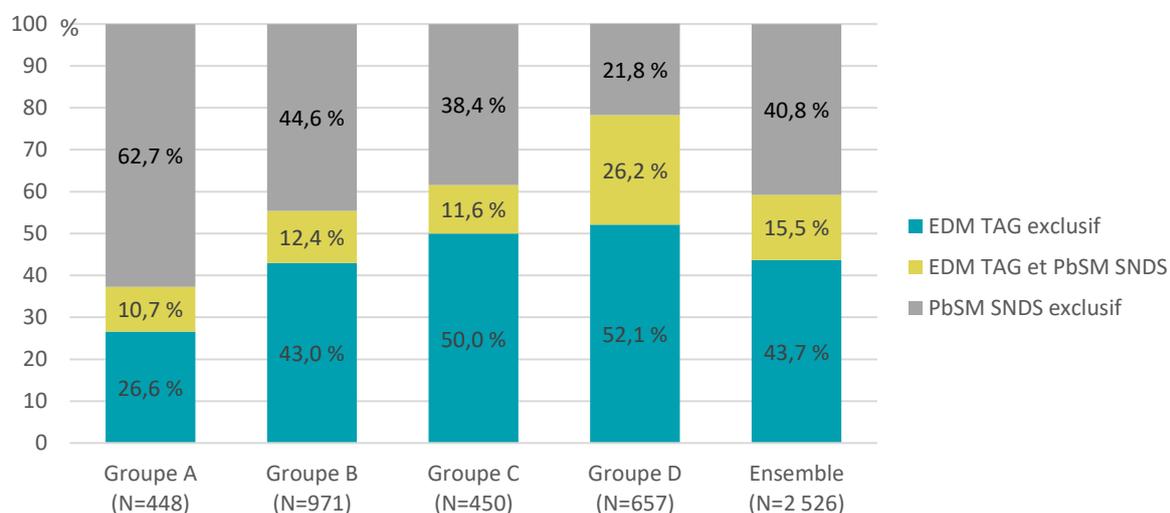


Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

La position du genre sur le plan factoriel est proche du centre des axes (non représenté ici), il semble peu influencé par ce plan. La répartition relativement homogène du genre dans les 4 groupes-types confirme ce constat. Globalement, sur les 2 526 individus pris en compte dans la classification, 69 % sont des femmes (même pourcentage dans le groupe D). Elles sont proportionnellement un peu plus nombreuses dans les groupes A et B (respectivement 74 et 72 %), et à l'inverse, moins représentées dans le groupe C (60 %).

Les 3 sous-échantillons d'étude décrits plus haut (Partie 2, I-4) se répartissent différemment au sein des 4 groupes -types. Le groupe A est constitué en majorité (63 %) d'individus du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif]. Le groupe B présente des parts quasiment équilibrées de personnes du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif] (45 %) et du sous-échantillon [EDM TAG exclusif] (43 %). La moitié des individus du groupe C sont issus du sous-échantillon [EDM TAG exclusif]. Le groupe D est également composé d'une part importante d'individus du sous-échantillon [EDM TAG exclusif] (52 %), mais c'est aussi celui qui comprend le plus d'individus du sous-échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS] (26 %).

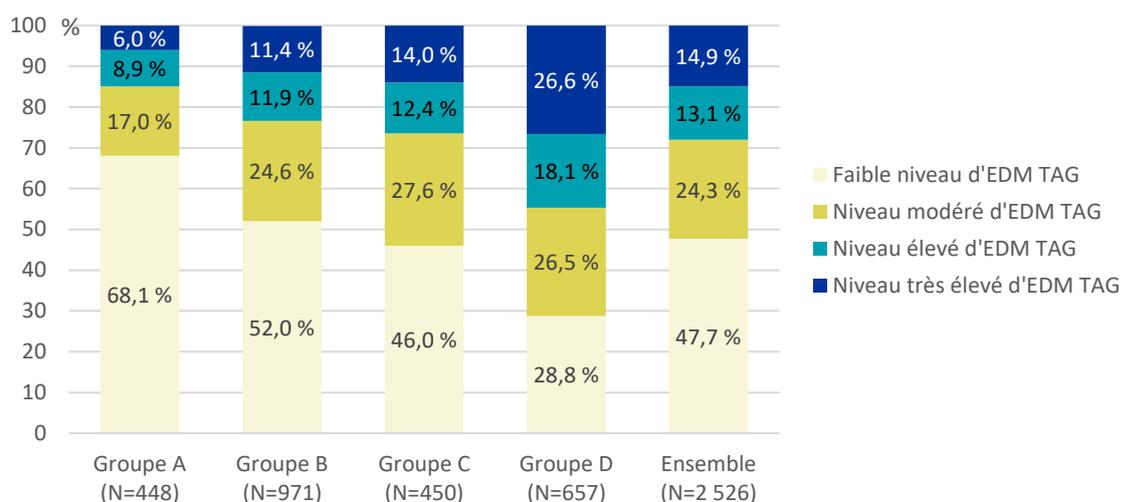
Graphique 5 : Répartition des 3 sous-échantillons d'étude dans chacun des groupes-types (%)



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

En affinant la description des groupes-types selon le niveau d'EDM TAG, on observe un gradient de sévérité. Plus des 2 tiers des individus du groupe A (68 %) se situent à un faible niveau d'EDM TAG et 6 % à un niveau très élevé. A l'inverse, 29 % des individus du groupe D sont à un faible niveau d'EDM TAG et plus d'un quart (27 %) à un niveau très élevé.

Graphique 6 : Répartition du niveau d'EDM TAG dans chacun des groupes-types (%)



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Dans l'échantillon global, les hommes se situent en majorité à un niveau faible d'EDM TAG (52 % d'entre eux), puis se répartissent assez équitablement entre le niveau modéré (25 %) et les niveaux élevé et très élevé (23 %). Si les femmes sont proportionnellement aussi nombreuses que les hommes dans la catégorie d'EDM TAG élevé à très élevé (24 %), 30 % d'entre elles se situent à un niveau modéré et 46 % à un niveau faible. Au sein des groupes-types A et B, les hommes sont à un niveau d'EDM TAG moindre que les femmes. Dans le groupe C, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à un niveau modéré, tandis qu'on trouve davantage d'hommes à un niveau élevé ou très élevé. Dans le groupe D, la répartition diffère pour les niveaux faible et modéré, avec davantage d'hommes en niveau d'EDM TAG faible et davantage de femmes en niveau modéré.

Tableau 13 : Niveau d'EDM TAG par genre dans les 4 groupes-types (% en colonne)

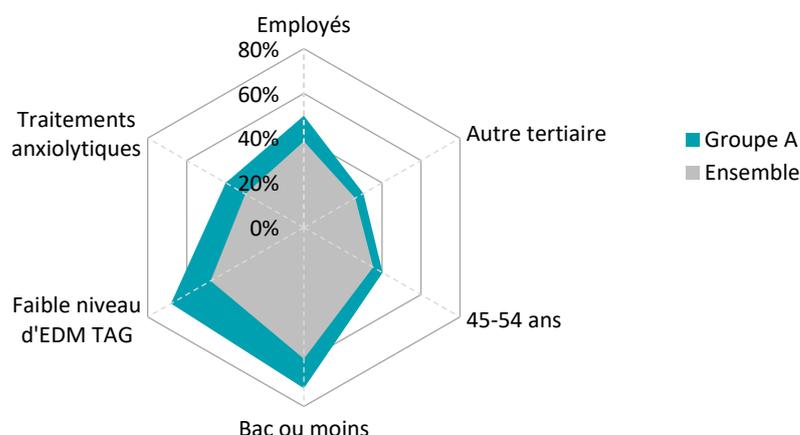
Niveau d'EDM TAG	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Groupe D		Ensemble	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Faible niveau	77,1	64,8	57,5	49,9	45,6	46,3	35,7	25,6	51,9	45,9
Niveau modéré	15,3	21,5	24,9	30,1	30,6	33,0	24,2	36,2	24,6	30,5
Niveau élevé à très élevé	7,6	13,6	17,6	20,1	23,9	20,7	40,1	38,2	23,5	23,6

Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

La description détaillée des 4 groupes-types selon les caractéristiques individuelles, professionnelles, d'organisations de travail, de vie personnelle et de santé figure en annexe 2. La synthèse de ces profils est présentée ici.

Groupe A (n=448 soit 18 % de l'échantillon d'étude – 26 % d'hommes/74 % de femmes)

Graphique 7 : Quelques caractéristiques du groupe A, comparé à l'échantillon global



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Ce groupe est davantage représenté par des individus du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif] (63 % de la classe) et des individus présentant un faible niveau d'EDM TAG (68 %). Du point de vue de la prise en charge de soins liée à un problème de santé mentale, 12 % des individus de ce groupe ont eu une prise en charge pour maladie psychiatrique (9 % dans l'ensemble de l'échantillon d'étude), et 70 % ont reçu au moins 3 remboursements de traitements psychotropes par an en 2015 ou 2016 (54 % dans l'échantillon global), en particulier des anxiolytiques (40 % *versus* 30 % dans l'échantillon global).

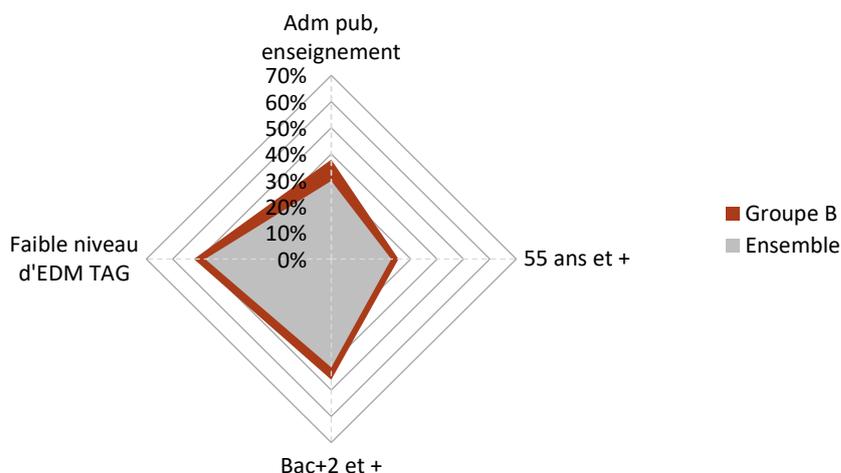
Concernant l'organisation du temps de travail, ce sont des personnes peu soumises aux horaires atypiques, et qui déclarent un peu moins de temps passé aux tâches domestiques que les autres groupes (48 % *versus* 54 % dans l'ensemble). Elles déclarent moins fréquemment des contraintes de rythme, d'autonomie et d'ambiance de travail. Leurs relations de travail avec d'autres sont plus satisfaisantes que dans les autres groupes. Du point de vue personnel, elles sont proportionnellement moins marquées par des problèmes de santé de proches ou des conflits familiaux ayant eu lieu dans l'enfance ou plus récemment.

En termes de santé, si seuls 35 % ont un score de bien-être faible (56 % dans l'ensemble), elles sont tout de même 36 % à avoir pris des médicaments pour dormir dans les 12 derniers mois (43 % dans l'ensemble), et surtout, 32 % à avoir eu au moins un arrêt maladie en 2015 ou 2016 (30 % dans l'ensemble).

En termes de caractéristiques individuelles, et de situation professionnelle, ce groupe est un peu plus représenté par des employés (17 % *versus* 14 % dans l'ensemble), travaillant dans le secteur tertiaire hors administration publique et enseignement, et santé humaine et action sociale (31 % *versus* 26 % dans l'ensemble), des personnes âgées de 45 à 54 ans (40 % *versus* 36 % dans l'ensemble), avec un niveau de diplôme bac ou en deçà (72 % *versus* 59 % dans l'ensemble).

Groupe B (n=971 soit 38 % de l'échantillon d'étude – 28 % d'hommes/72 % de femmes)

Graphique 8 : Quelques caractéristiques du groupe B, comparé à l'échantillon global



Source • Dares-DGAFF-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Ce groupe est partagé entre 43 % d'individus du sous-échantillon [EDM TAG exclusif], 45 % d'individus du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif] et 12 % d'individus du sous-échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS]. Dans une moindre mesure que dans le groupe A, il s'agit plutôt d'individus présentant un faible niveau d'EDM TAG (52 %). Du point de vue de la prise en charge de soins liée à un problème de santé mentale, ce groupe présente des caractéristiques proches de l'échantillon global (8 % des individus de ce groupe ont eu une prise en charge pour maladie psychiatrique, 55 % ont reçu au moins 3 remboursements de traitements psychotropes par an en 2015 ou 2016).

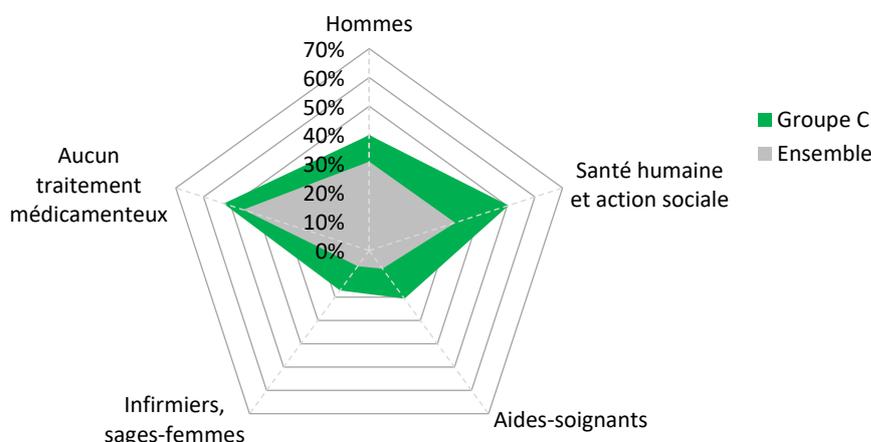
Concernant l'organisation du temps de travail, ce sont des personnes peu soumises aux horaires atypiques, et qui ne déclarent pas plus de temps passé aux tâches domestiques que les autres groupes (54 %). Elles déclarent un peu plus de contraintes de rythme, d'autonomie et d'ambiance de travail que les personnes du groupe A, mais cela reste moindre que la moyenne. Il en est de même sur le plan des relations de travail avec d'autres. Du point de vue personnel, elles présentent des caractéristiques proches de celles de l'échantillon global.

En termes de santé, 52 % ont un score de bien-être faible (56 % dans l'ensemble). Comme dans l'ensemble de l'échantillon, elles sont 43 % à avoir pris des médicaments pour dormir dans les 12 derniers mois et 30 % à avoir eu au moins un arrêt maladie en 2015 ou 2016.

En termes de caractéristiques individuelles et de situation professionnelle, ce groupe est un peu plus représenté par des personnes travaillant dans le secteur de l'administration publique et enseignement (38 % *versus* 30 % dans l'ensemble), et dans une moindre mesure, des personnes âgées de 55 ans et plus (32 % *versus* 30 % dans l'ensemble), avec un niveau de diplôme bac +2 (46 % *versus* 41 % dans l'ensemble).

Groupe C (n=450 soit 18 % de l'échantillon d'étude – 40 % d'hommes/60 % de femmes)

Graphique 9 : Quelques caractéristiques du groupe C, comparé à l'échantillon global



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Ce groupe est constitué pour moitié d'individus du sous-échantillon [EDM TAG exclusif], l'autre moitié répartie entre 38 % d'individus du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif] et 12 % d'individus du sous-échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS]. La répartition par niveau d'EDM TAG y est assez proche de celle de l'échantillon global : 46 % pour le faible niveau d'EDM TAG, 28 % pour le niveau modéré, 12 % de niveau élevé et 14 % très élevé. Du point de vue de la prise en charge de soins liée à un problème de santé mentale, elle est légèrement plus faible que la moyenne : 7 % des individus de ce groupe ont eu une prise en charge pour maladie psychiatrique (9 % dans l'ensemble de l'échantillon d'étude), et 53 % n'ont reçu aucun traitement psychotrope en 2015 ou 2016 (46 % dans l'échantillon global).

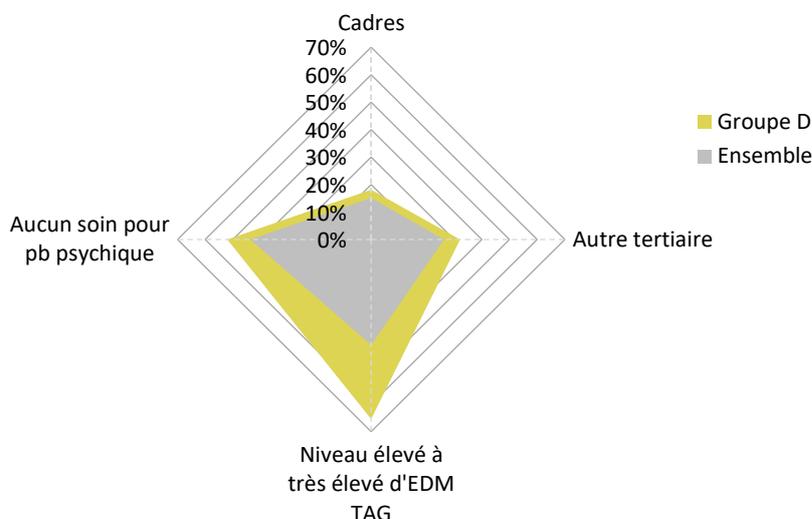
Concernant l'organisation du temps de travail, les horaires atypiques y sont très fréquents : 93 % des individus déclarent travailler entre 5 et 7 heures (30 % dans l'ensemble de l'échantillon d'étude), 97 % entre 20 heures et minuit (36 % dans l'ensemble), et 73 % de nuit (15 % dans l'ensemble). Elles déclarent aussi un peu plus de temps passé aux tâches domestiques que les autres (58 % versus 54 % dans l'ensemble de l'échantillon d'étude). Les contraintes de rythme, d'autonomie et d'ambiance de travail sont mentionnées aussi fréquemment que dans l'échantillon global. Les relations de travail avec d'autres sont parfois un peu dégradées par rapport à l'échantillon global : 58 % estiment travailler sous pression (51 % dans l'ensemble), 15 % avoir peur pour leur sécurité ou celles des autres pendant leur travail (11 % dans l'ensemble), ou encore 22 % devoir prendre des risques pour leur santé mentale ou physique (18 % dans l'ensemble). Du point de vue personnel, elles présentent des caractéristiques proches de celles de l'échantillon global.

En termes de santé, 21 % déclarent avoir eu un accident du travail dans les 12 derniers mois (15 % dans l'échantillon global). Cet écart ne se retrouve pas au niveau des arrêts de travail remboursés par l'Assurance Maladie (6 % dans les 2 cas). Les arrêts maladie, de même que le fait d'avoir consulté un médecin généraliste ou encore d'avoir pris de médicaments pour dormir sont un peu moindre que la moyenne. Le score de bien-être faible concerne 58 % des personnes ce groupe (56 % dans l'ensemble).

En termes de caractéristiques individuelles et de situation professionnelle, ce groupe est un peu plus représenté par des hommes (40 % *versus* 31 % dans l'ensemble). On y trouve davantage de personnes travaillant dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (50 % *versus* 31 % dans l'ensemble), en particulier des aides-soignants (21 % *versus* 8 % dans l'ensemble) et des infirmiers ou sages-femmes (17 % *versus* 7 % dans l'ensemble).

Groupe D (n=657 soit 26 % de l'échantillon d'étude – 31 % d'hommes/69 % de femmes)

Graphique 10 : Quelques caractéristiques du groupe D, comparé à l'échantillon global



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Ce groupe est celui pour lequel la part d'individus du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif] est moindre (22 % de la classe). Le niveau d'EDM TAG y est plutôt élevé voire très élevé : plus d'un quart des individus de ce groupe se situent à un niveau très élevé d'EDM TAG (27 % dans l'ensemble). Du point de vue de la prise en charge de soins liée à un problème de santé mentale, elle est légèrement plus faible que la moyenne, en particulier pour ce qui concerne les remboursements de traitements : 53 % n'ont reçu aucun traitement psychotrope en 2015 ou 2016 (46 % dans l'échantillon global) et 8 % des individus de ce groupe ont eu une prise en charge pour maladie psychiatrique (9 % dans l'ensemble de l'échantillon d'étude).

Concernant l'organisation du temps de travail, les horaires atypiques y sont un peu moins fréquents que dans l'échantillon global. En revanche, les contraintes de rythme, d'autonomie et d'ambiance de travail sont importantes : 88 % estiment devoir se dépêcher (61 % au global), 77 % vivre des situations de tension avec leurs supérieurs hiérarchiques (48 % au global) et, en termes de perspectives, 53 % pensent devoir changer de qualification ou de métier dans les 3 prochaines années (39 % au global). Les difficultés au travail (dénier de reconnaissance ou comportement méprisant) sont très fréquentes, et les relations avec les autres sont très dégradées. Du point de vue personnel, ce groupe est aussi un peu plus marqué par des problèmes de santé de proches ou des conflits familiaux ayant eu lieu dans l'enfance ou plus récemment.

En termes de santé, 23 % déclarent avoir eu un accident du travail dans les 12 derniers mois (15 % dans l'échantillon global) et 63 % au moins un arrêt maladie (55 % dans l'échantillon global). Cet écart se retrouve, dans une moindre mesure, au niveau des accidents du travail et arrêts de travail remboursés par l'Assurance Maladie (respectivement 8 % et 33 % *versus* 6 % et 31 % dans l'échantillon global). De plus, 73 % ont un score de bien-être faible (56 % dans l'ensemble) et 51 % ont déclaré avoir pris des médicaments pour dormir dans les 12 derniers mois (43 % dans l'ensemble).

En termes de caractéristiques individuelles et de situation professionnelle, ce groupe est un peu plus représenté par des cadres (18 % *versus* 15 % dans l'ensemble), travaillant dans le secteur tertiaire principalement marchand¹⁰ (32 % *versus* 26 % dans l'ensemble).

La description de ces 4 groupes-types ne met pas en évidence de groupe spécifique aux hommes ou aux femmes. Afin d'affiner les analyses et identifier des spécificités par genre, 2 nouvelles typologies, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes, sont proposées dans la section suivante.

Par ailleurs, sur le plan qualitatif, il est apparu impossible de recruter des individus issus des 4 groupes-types identifiés ci-dessus. A nouveau, le fait qu'aucun de ces groupes ne soit genré a complexifié la méthode. Afin de préciser les critères de recrutement aux entretiens, tout en se concentrant sur des métiers issus de la santé et de l'action sociale¹¹, le ciblage d'un métier est apparu nécessaire. Les aides-soignants et infirmiers étant davantage présents dans un des groupes de la typologie (groupe C), le choix s'est donc orienté vers ces métiers pour la mise en œuvre de la phase qualitative. Une analyse descriptive de ces métiers, chez les individus présentant un problème de santé mentale, en comparaison de leurs homologues sans problème repéré, est présentée au point I.6.

Typologie par genre

A la différence de la typologie globale, des variables de santé ont été conservées en variables actives, les variables relatives aux horaires de travail n'ayant plus autant de poids dans les contributions aux axes factoriels dans l'analyse factorielle genrée. Au total, 13 variables déclinées en 24 modalités ont été incluses dans les 2 AFCM genrées. Elles peuvent se décliner en 4 catégories.

Des variables d'organisation du travail-ambiance de travail et rythmes de travail :

-  Vivre des situations de tension dans les rapports avec les supérieurs hiérarchiques (TENSION_sup_O/TENSION_SUP_O)
-  Travailler sous pression (Pression_Tjs/Pression_Jamais)
-  Recevoir des plaintes des proches, relatives aux horaires de travail qui rendent trop peu disponible pour eux (INDISPO_O/INDISPO_N)

Des variables issues de l'auto-questionnaire, sur la satisfaction et les difficultés au travail et sur les relations avec les autres :

-  Continuer à penser à son travail même quand on n'y est pas (PenseTrav_O/PenseTrav_N)
-  Devoir faire des choses inutiles ou dégradantes (ChosesInutiles_TjsSvt/ChosesInutiles_Jamais)
-  Devoir toujours prendre des risques pour sa santé physique et mentale (RisqSante_TjsSvt/RisqSante_Jamais)
-  Eprouver le sentiment d'être dépassé par les changements trop rapides (DepasChangts_TjsSvt/DepasChangts_Jamais)

¹⁰ Le secteur tertiaire recouvre un vaste champ d'activités qui s'étend du commerce à l'administration, en passant par les transports, les activités financières et immobilières, les services aux entreprises et services aux particuliers, l'éducation, la santé et l'action sociale. Il est composé du :

- tertiaire principalement marchand (commerce, transports, activités financières, services rendus aux entreprises, services rendus aux particuliers, hébergement-restauration, immobilier, information-communication) ;
- tertiaire principalement non-marchand (administration publique, enseignement, santé humaine, action sociale).

¹¹ Apparus au cours de l'analyse comme particulièrement exposés à une souffrance mentale déclarée dans l'étude CT-RPS 2016

- Avoir vécu au travail au moins un déni de reconnaissance au cours des 12 derniers mois (DeniReco_O/DeniReco_N)

Des variables de santé issues du questionnaire CT-RPS 2016 :

- Avoir pris des médicaments pour dormir au cours des 12 derniers mois (DORMED_O/DORMED_N)
- Avoir eu au moins un arrêt maladie (hors maternité) au cours des 12 derniers mois (Decl_ARMAL_O/Decl_ARMAL_N).

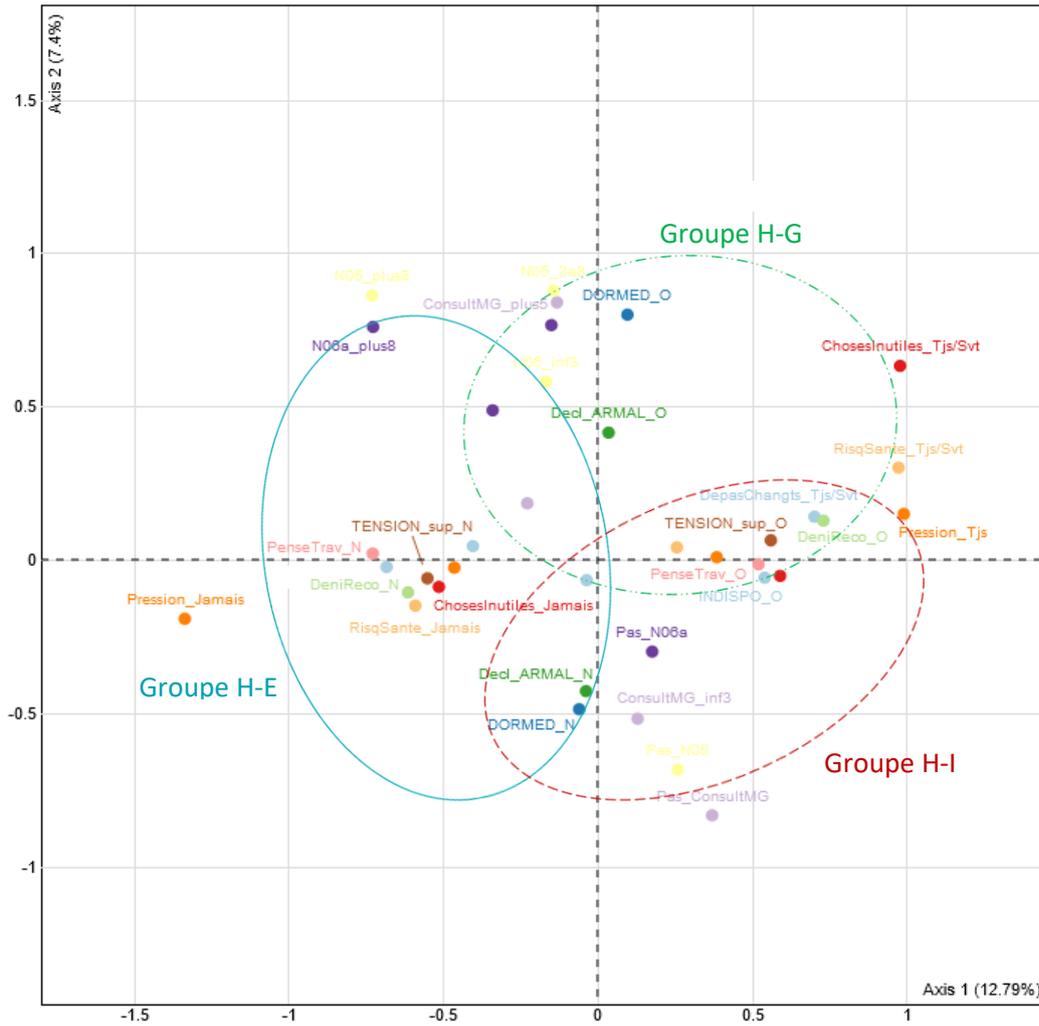
Des variables de santé issues de l'appariement au SNDS :

- Nombre de consultations chez le médecin généraliste remboursées dans l'année autour de la date d'enquête, en 4 classes – aucune consultation, 1 à 3 consultations, 4 ou 5 consultations, 6 consultations et plus - (PasConsultMG/ConsultMG_inf3/ConsultMG_3_5/ ConsultMG_plus5)
- Nombre de délivrances de traitements antidépresseurs (codes ATC3 N06A) remboursées dans l'année autour de la date d'enquête, en 4 classes – Aucun traitement, 1 à 3 traitements, 4 à 8 traitements, 9 et plus - (Pas_N06a/N06a_inf3/N06a_3a8/N06a_plus8)
- Nombre de délivrances de traitements psycholeptiques (codes ATC3 N05A, N05B ou N05C) remboursées dans l'année autour de la date d'enquête, en 4 classes – Aucun traitement, 1 à 3 traitements, 4 à 8 traitements, 9 et plus - (Pas_N05/N05_inf3/N05_3a8/N05_plus8)

Pour les hommes comme pour les femmes, **les variables les plus contributives à la construction du 1^{er} axe factoriel ont plutôt trait à la satisfaction et aux difficultés au travail, opposant à gauche de cet axe des aspects positifs, aux aspects négatifs à droite. Les variables les plus contributives au 2^e axe factoriel ont quant à elles trait à la santé, opposant des consommations de soins importantes en haut de cet axe, à des consommations moindres voire nulles en bas de l'axe.** La représentation sur le plan factoriel formé par les 2 premières dimensions de l'AFCM met en évidence une opposition moins nette de la non consommation de soins face à la consommation de soins élevée chez les hommes (figure 4) que chez les femmes (figure 5).

Les 2 CAH réalisées à la suite des AFCM ont permis de distinguer 3 groupes d'hommes et 3 groupes de femmes, représentées également sur les figures 4 et 5.

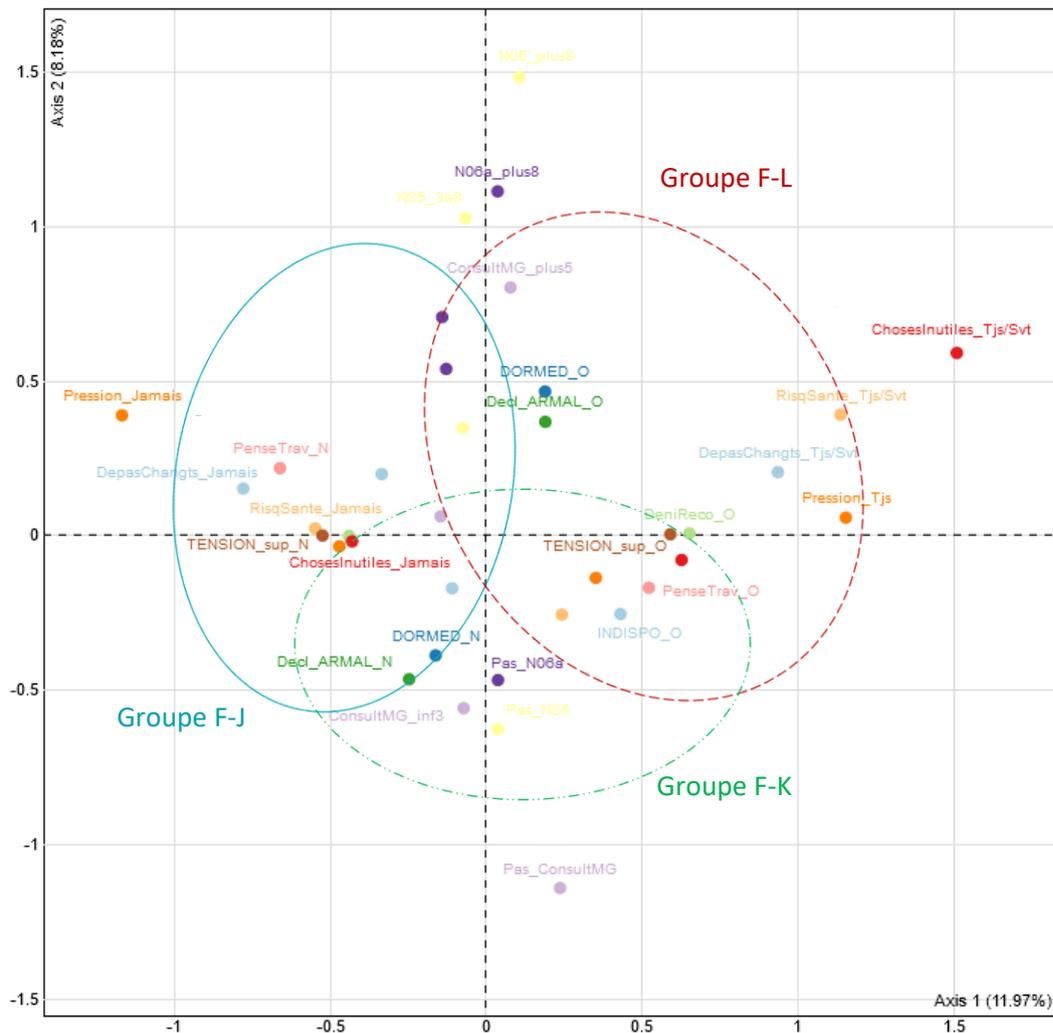
Figure 5 : Plan factoriel formé par les deux premières dimensions de l'analyse des correspondances multiples et projection des 3 groupes-types pour l'échantillon des hommes



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016



Figure 6 : Plan factoriel formé par les deux premières dimensions de l'analyse des correspondances multiples et projection des 3 groupes-types pour l'échantillon des femmes



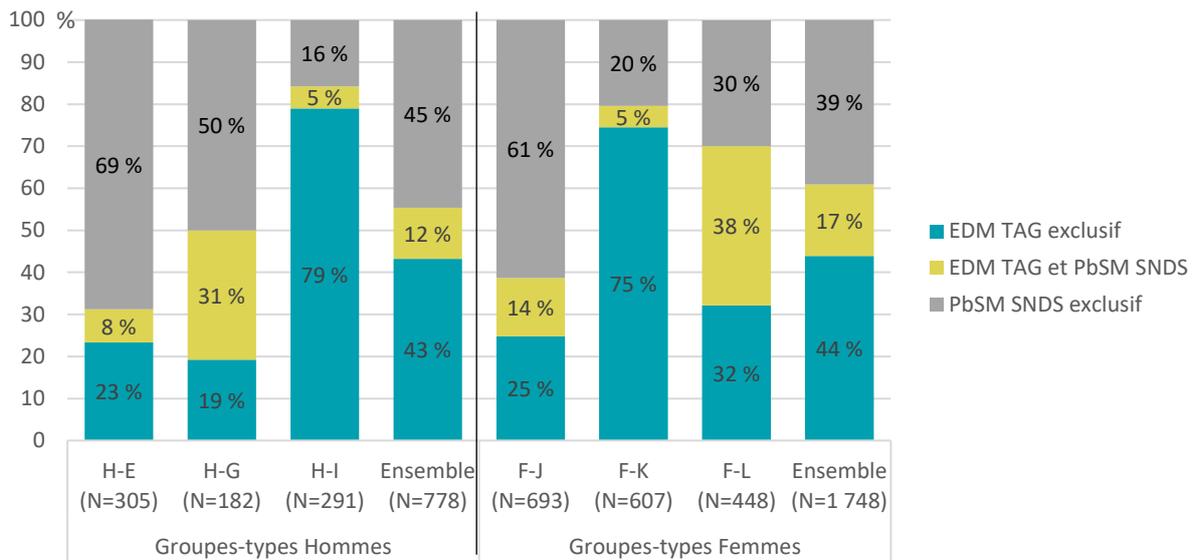
Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Les 3 sous-échantillons d'étude décrits plus haut se répartissent différemment au sein des groupes - types des hommes comme des femmes.

Chez les hommes, le groupe H-E est constitué en majorité (69 %) d'individus du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif]. Le groupe H-G est constitué pour moitié d'individus du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif] et de près d'un tiers d'individus issus du sous-échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS]. Pour le groupe H-I, près de 8 individus sur 10 se situent dans le sous-échantillon [EDM TAG exclusif].

Du côté des femmes, le groupe F-J est constitué en majorité (61 %) d'individus du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif]. Les 3 quarts des individus du groupe F-K sont issus du sous-échantillon [EDM TAG exclusif]. Le groupe F-L présente une répartition plus équilibrée : 32 % d'individus du sous-échantillon [EDM TAG exclusif], 30 % du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif] et 38 % du sous-échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS].

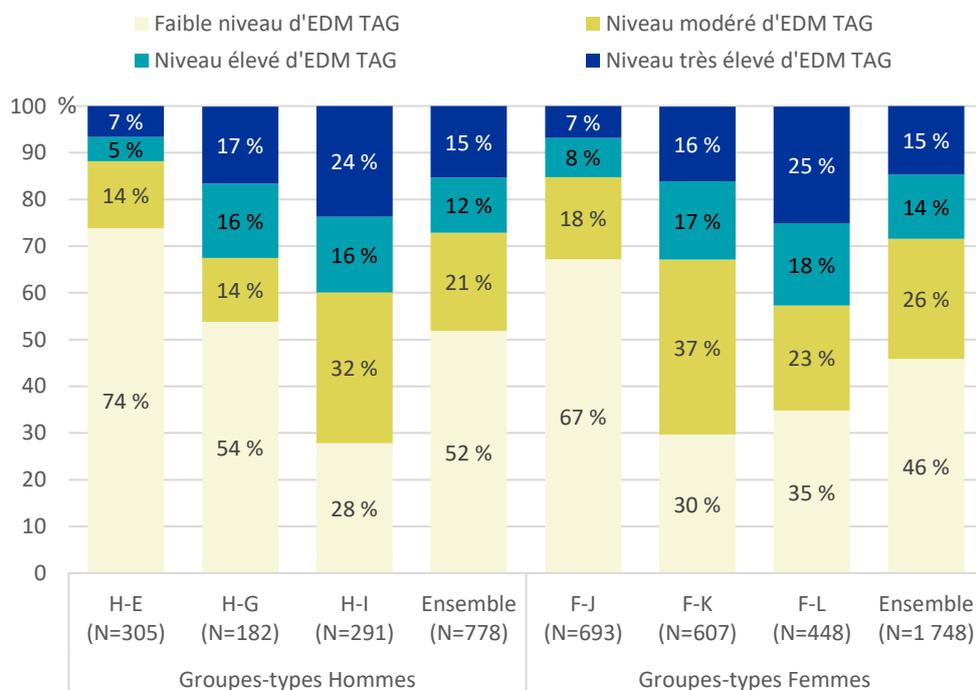
Graphique 11 : Répartition des 3 sous-échantillons d'étude dans chacun des groupes-types genrés (%)



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

En affinant la description des groupes-types selon le niveau d'EDM TAG, on retrouve un gradient de sévérité dans l'analyse genrée. Pour les hommes comme pour les femmes, les groupes-types H-E et F-J sont constitués d'individus à niveau faible d'EDM TAG (respectivement 74 % et 67 %). Chez les hommes, plus de la moitié des individus du groupe H-G présentent également un faible niveau d'EDM TAG, tandis que le groupe H-I est plus dispersé, avec notamment un tiers de personnes en situation modéré d'EDM TAG. Chez les femmes, 37 % du groupe F-K est en EDM TAG modéré, et un quart du groupe F-L à un niveau très élevé.

Graphique 12 : Répartition du niveau d'EDM TAG dans chacun des groupes-types genrés (%)



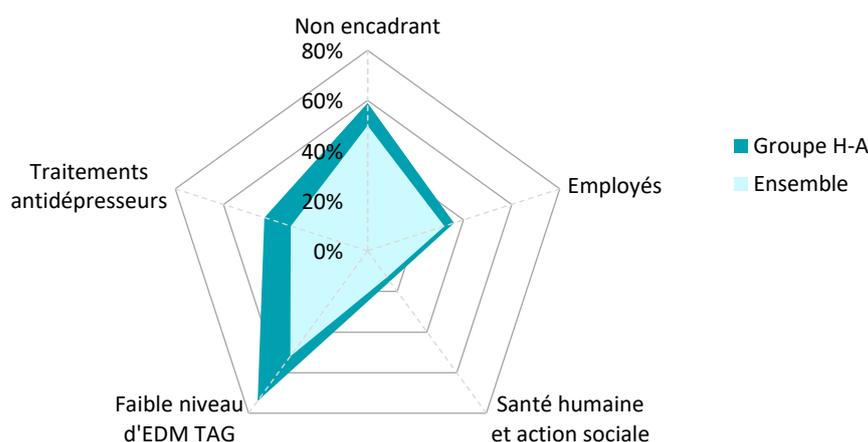
Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

La description détaillée des 3 groupes-types d'hommes et 3 groupes-types de femmes selon les caractéristiques individuelles, professionnelles, d'organisations de travail, de vie personnelle et de santé figure en annexe 3. La synthèse de ces profils est présentée ici.

Description des 3 groupes-types chez les hommes

Groupe H-E (n=305 soit 39 % des hommes l'échantillon d'étude)

Graphique 13 : Quelques caractéristiques du groupe H-E, comparé à l'échantillon global masculin



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Ce groupe est davantage représenté par des individus du sous-échantillon PbSM SNDS (69 % de la classe) et des individus présentant un faible niveau d'EDM TAG (74 %). Du point de vue de la prise en charge de soins liée à un problème de santé mentale, 17 % des individus de ce groupe ont eu une prise en charge pour maladie psychiatrique (12 % chez l'ensemble des hommes de l'échantillon d'étude), et 72 % ont reçu au moins 3 remboursements de traitements psychotropes par an en 2015 ou 2016 (54 % chez l'ensemble des hommes de l'échantillon global), en particulier des antidépresseurs (43 % *versus* 32 % dans l'échantillon global).

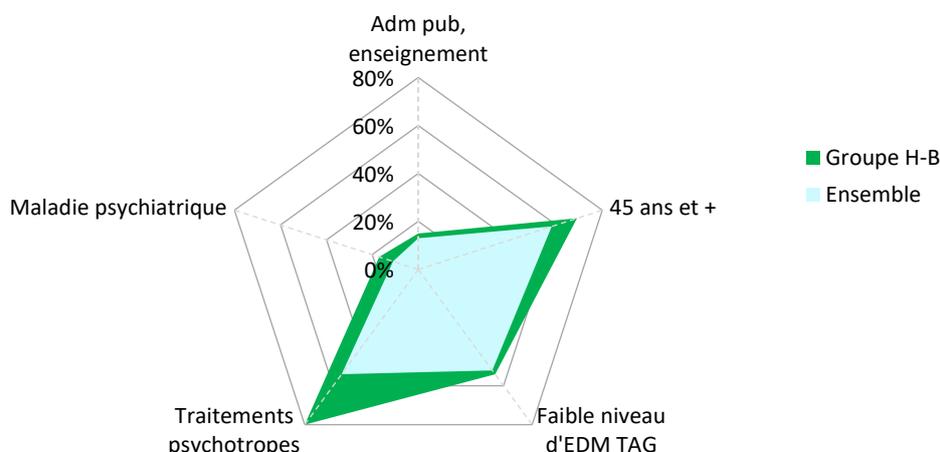
Concernant l'organisation du temps de travail, ce sont des hommes peu soumis aux horaires atypiques, et qui déclarent un peu moins de temps passé aux tâches domestiques que les autres groupes d'hommes (28 % *versus* 33 % dans l'ensemble). Ils déclarent moins fréquemment des contraintes de rythme, d'autonomie et d'ambiance de travail. Leurs relations de travail avec d'autres sont plus satisfaisantes que dans les autres groupes. Du point de vue personnel, ils sont proportionnellement moins marqués par des problèmes de santé de proches ou des conflits familiaux ayant eu lieu dans l'enfance ou plus récemment.

En termes de santé, 31 % ont un score de bien-être faible (49 % chez l'ensemble des hommes), ils sont 33 % à avoir pris des médicaments pour dormir dans les 12 derniers mois (38 % chez l'ensemble des hommes) et 31 % à avoir eu au moins un arrêt maladie en 2015 ou 2016 (comme chez l'ensemble des hommes).

En termes de caractéristiques individuelles et de situation professionnelle, il s'agit plutôt de personnels non encadrants (59 % *versus* 50 % chez l'ensemble des hommes). On trouve un peu plus d'employés (36 % *versus* 32 % dans l'ensemble), travaillant dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (15 % *versus* 13 % dans l'ensemble).

Groupe H-G (n=182 soit 23 % des hommes de l'échantillon d'étude)

Graphique 14 : Quelques caractéristiques du groupe H-G, comparé à l'échantillon global masculin



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Ce groupe est constitué pour moitié d'individus du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif], l'autre moitié répartie entre 31 % d'individus du sous-échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS] et 19 % d'individus du sous-échantillon [EDM TAG exclusif]. La répartition par niveau d'EDM TAG y est assez proche de celle de l'ensemble des hommes de l'échantillon global : 54 % pour le faible niveau d'EDM TAG, 14 % pour le niveau modéré, 16 % de niveau élevé et 17 % très élevé. Du point de vue de la prise en charge de soins liée à un problème de santé mentale, ce groupe est constitué de 13 % d'individus pris en charge pour maladie psychiatrique, et il s'agit du groupe d'hommes présentant la plus forte part de remboursements de traitements psychotropes par an (80 % des individus ont reçu au moins 3 remboursements de traitements psychotropes par an en 2015 ou 2016).

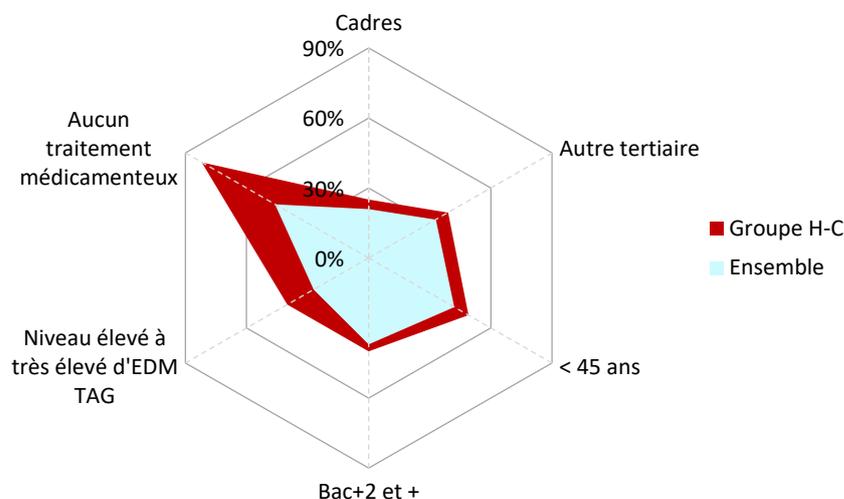
Concernant l'organisation du temps de travail, les horaires atypiques sont aussi fréquents dans ce groupe que chez l'ensemble des hommes, avec un peu plus d'individus déclarant un temps passé aux tâches domestiques supérieur à 6 heures par semaine que les autres groupes (40 % versus 33 % chez l'ensemble des hommes). Ils déclarent plus de contraintes de rythme, d'autonomie et d'ambiance de travail que l'ensemble des hommes : 69 % estiment devoir se dépêcher (55 % au global), et 68 % vivre des situations de tension avec leurs supérieurs hiérarchiques (50 % au global). Les difficultés au travail (déni de reconnaissance ou comportement méprisant) sont très fréquentes, et les relations avec les autres sont très dégradées. Du point de vue personnel, ce groupe est aussi un peu plus marqué par des problèmes de santé de proches ou des conflits familiaux ayant eu lieu dans l'enfance ou plus récemment.

En termes de santé, 20 % déclarent avoir eu un accident du travail dans les 12 derniers mois (16 % dans l'échantillon global) et 68 % au moins un arrêt maladie (51 % dans l'échantillon global). Cet écart se retrouve, dans une moindre mesure, au niveau des arrêts de travail remboursés par l'Assurance Maladie (40 % versus 31 % dans l'échantillon global). De plus, 61 % ont un score de bien-être faible (50 % dans l'ensemble) et 78 % ont déclaré avoir pris des médicaments pour dormir dans les 12 derniers mois (38 % dans l'ensemble).

En termes de caractéristiques individuelles et de situation professionnelle, ce groupe est un peu plus représenté par des personnes travaillant dans le secteur de l'administration publique et enseignement (35 % versus 28 % dans l'ensemble), et de personnes âgées de 45 ans et plus (69 % versus 58 % dans l'ensemble).

Groupe H-I (n=291 soit 37 % des hommes de l'échantillon d'étude)

Graphique 15 : Quelques caractéristiques du groupe H-I, comparé à l'échantillon global masculin



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Ce groupe est celui pour lequel la part d'individus du sous-échantillon [PbSM SNDS exclusif] est moindre (16 % de la classe) et celle d'individus du sous-échantillon [EDM TAG exclusif] largement majoritaire (79 % de la classe). Le niveau d'EDM TAG y est plutôt élevé voire très élevé : près d'un quart des individus de ce groupe se situent à un niveau très élevé d'EDM TAG (24 %). Du point de vue de la prise en charge de soins liée à un problème de santé mentale, elle est bien plus faible que la moyenne masculine : 82 % n'ont reçu aucun traitement psychotrope en 2015 ou 2016 (46 % dans l'échantillon global masculin) et seuls 4 % des individus de ce groupe ont eu une prise en charge pour maladie psychiatrique (11 % dans l'ensemble de l'échantillon d'étude).

Concernant l'organisation du temps de travail, les horaires atypiques y sont plus fréquents que chez les hommes de l'échantillon global et les contraintes de rythme, d'autonomie et d'ambiance de travail sont assez importantes : 69 % estiment devoir se dépêcher (54 % au global), 69 % vivre des situations de tension avec leurs supérieurs hiérarchiques (50 % au global) et, en termes de perspectives, 53 % pensent devoir changer de qualification ou de métier dans les 3 prochaines années (43 % au global). Les difficultés au travail (dénî de reconnaissance ou comportement méprisant) sont également assez fréquentes, et les relations avec les autres sont plutôt dégradées. Du point de vue personnel, les individus de ce groupe déclarent moins fréquemment avoir quelqu'un sur qui compter pour discuter des choses (86 % *versus* 91 %). Dans une moindre mesure par rapport au groupe H-E, ce groupe est aussi marqué par des problèmes de santé de proches ou des conflits familiaux ayant eu lieu dans l'enfance ou plus récemment.

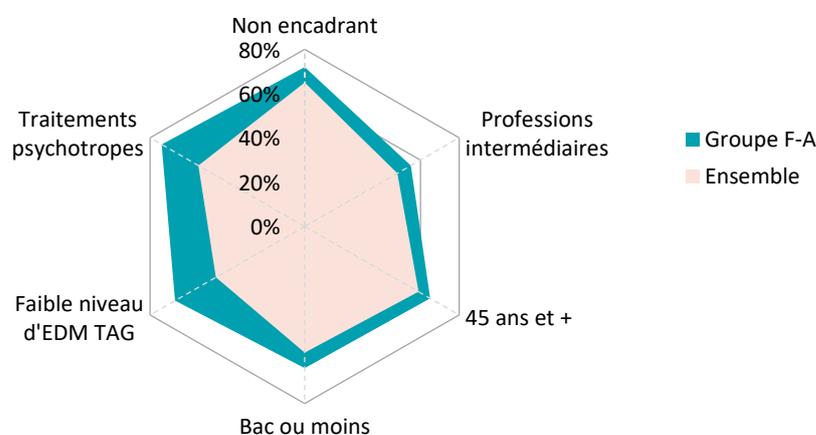
En termes de santé, si 21 % déclarent avoir eu un accident du travail dans les 12 derniers mois (16 % dans l'échantillon global), les arrêts maladies, de même que la prise de médicaments ou le suivi médical y sont bien plus rares que la moyenne masculine.

En termes de caractéristiques individuelles et de situation professionnelle, ce groupe est un peu plus représenté par des cadres (25 % *versus* 21 % dans l'ensemble des hommes), travaillant dans le secteur tertiaire hors administration publique et enseignement, et santé humaine et action sociale (39 % *versus* 33 % dans l'ensemble). Il s'agit plutôt de jeunes (49 % ont moins de 45 ans *versus* 42 %), avec un niveau de diplôme bac + 2 (40 % *versus* 37 %).

Description des 3 groupes-types chez les femmes

Groupe F-J (n=693 soit 40 % des femmes l'échantillon d'étude)

Graphique 16 : Quelques caractéristiques du groupe F-J, comparé à l'échantillon global féminin



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Ce groupe est davantage représenté par des femmes du sous-échantillon PbSM SNDS (61 % de la classe) et des individus présentant un faible niveau d'EDM TAG (67 %). Du point de vue de la prise en charge de soins liée à un problème de santé mentale, 9 % des femmes de ce groupe ont eu une prise en charge pour maladie psychiatrique (7 % dans l'ensemble de l'échantillon d'étude), et 74 % ont reçu au moins 3 remboursements de traitements psychotropes par an en 2015 ou 2016 (55 % dans l'échantillon global).

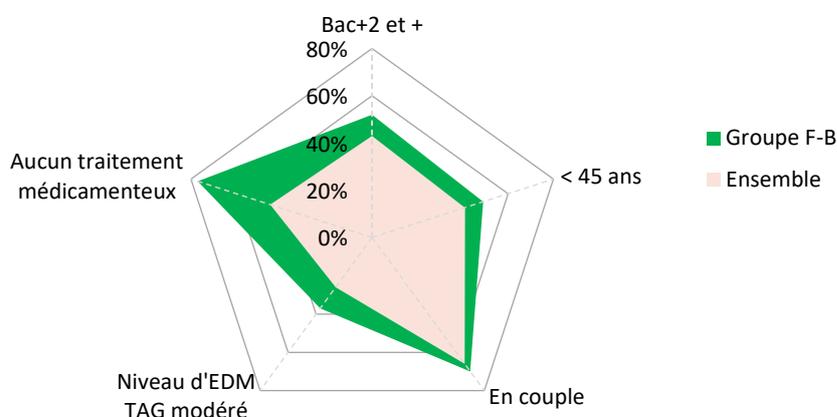
Concernant l'organisation du temps de travail, ce sont des personnes peu soumises aux horaires atypiques, et qui déclarent un peu moins de temps passé aux tâches domestiques que les autres groupes (60 % *versus* 63 % dans l'ensemble). Elles déclarent moins fréquemment des contraintes de rythme, d'autonomie et d'ambiance de travail. Leurs relations de travail avec d'autres sont plus satisfaisantes que dans les autres groupes. Du point de vue personnel, elles sont proportionnellement moins marquées par des problèmes de santé de proches ou des conflits familiaux ayant eu lieu dans l'enfance ou plus récemment.

En termes de santé, si seules 41 % ont un score de bien-être faible (58 % dans l'ensemble), elles sont tout de même 44 % à avoir pris des médicaments pour dormir dans les 12 derniers mois (46 % dans l'ensemble) et 31 % à avoir eu au moins un arrêt maladie en 2015 ou 2016 (30 % chez l'ensemble des femmes). Elles sont aussi 48 % à avoir reçu au moins une délivrance d'antidépresseurs dans l'année d'enquête (37 % chez l'ensemble des femmes) et 61 % au moins une délivrance de psychotropes (48 % chez l'ensemble des femmes).

En termes de caractéristiques individuelles et de situation professionnelle, il s'agit plutôt de personnel non encadrant (72 % *versus* 65 % chez l'ensemble des femmes). On trouve un peu plus de femmes âgées de 45 ans ou plus (65 % *versus* 59 % dans l'ensemble), de niveau d'étude bac (49 % *versus* 43 %), exerçant une profession intermédiaire (55 % *versus* 48 % chez l'ensemble des femmes).

Groupe F-K (n=607 soit 35 % des femmes de l'échantillon d'étude)

Graphique 17 : Quelques caractéristiques du groupe F-K, comparé à l'échantillon global féminin



Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

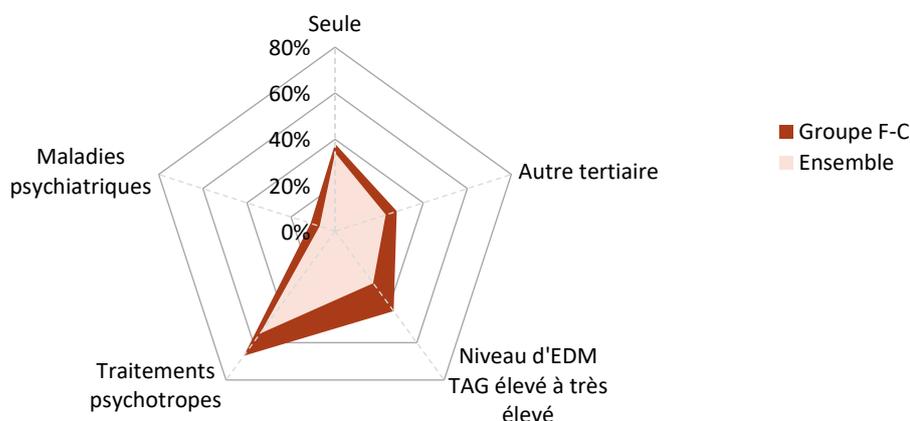
Ce groupe est constitué de 3 quarts de femmes issues du sous-échantillon [EDM TAG exclusif]. Le niveau d'EDM TAG y est plutôt modéré (37 %), avec tout de même un tiers de femmes à un niveau d'EDM TAG élevé à très élevé. Du point de vue de la prise en charge de soins liée à un problème de santé mentale, elle est bien plus faible que la moyenne féminine : 77 % n'ont reçu aucun traitement psychotrope en 2015 ou 2016 (45 % dans l'échantillon global féminin) et 3 % des femmes de ce groupe ont eu une prise en charge pour maladie psychiatrique (7 % dans l'ensemble de l'échantillon d'étude). Concernant l'organisation du temps de travail, les horaires atypiques y sont plus fréquents que chez les femmes de l'échantillon global et les contraintes de rythme, d'autonomie et d'ambiance de travail sont importantes : 76 % estiment devoir se dépêcher (63 % au global), 51 % vivre des situations de tension avec leurs supérieurs hiérarchiques (47 % au global). Les difficultés au travail (déni de reconnaissance ou comportement méprisant) sont également un peu plus fréquentes que dans l'ensemble de l'échantillon féminin, avec des relations avec les autres relativement comparables à la moyenne. Du point de vue personnel, ce groupe est aussi proche des caractéristiques de l'échantillon global.

En termes de santé, les arrêts maladies, de même que la prise de médicaments ou le suivi médical y sont bien plus rares que la moyenne féminine, tandis que 67 % ont un score de bien-être faible (58 % chez l'ensemble des femmes de l'échantillon).

En termes de caractéristiques individuelles et de situation professionnelle, ce groupe est un peu plus représenté par des femmes avec un diplôme de niveau bac + 2 (52 % *versus* 43 % dans l'ensemble des femmes), âgées de moins de 45 ans (49 % *versus* 41 % dans l'ensemble), vivant en couple (70 % *versus* 66 %).

Groupe F-L (n=448 soit 26 % des femmes de l'échantillon d'étude)

Graphique 18 : : Quelques caractéristiques du groupe F-L, comparé à l'échantillon global féminin



Source • Dares-DGAFF-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Ce groupe est réparti de manière relativement homogène entre des femmes du sous-échantillon PbSM SNDS (30 % de la classe), du sous-échantillon [EDM TAG exclusif] (32 %) et du sous-échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS] (38 %). Le niveau d'EDM TAG y est également assez partagé : 35 % des individus de ce groupe se situent à un niveau faible d'EDM TAG, 23 % à un niveau modéré, 18 % à un niveau élevé et 25 % à un niveau très élevé. Du point de vue de la prise en charge de soins liée à un problème de santé mentale, elle est plus élevée que pour l'ensemble des femmes : 67 % ont reçu au moins 3 remboursements de traitements psychotropes par an en 2015 ou 2016 (55 % dans l'échantillon féminin global) et 11 % des individus de ce groupe ont eu une prise en charge pour maladie psychiatrique (7 % dans l'ensemble de l'échantillon d'étude).

Concernant l'organisation du temps de travail, les horaires atypiques y sont un peu plus fréquents que dans l'échantillon global. En revanche, les contraintes de rythme, d'autonomie et d'ambiance de travail sont très importantes : 82 % estiment devoir se dépêcher (63 % au global), 77 % vivre des situations de tension avec leurs supérieurs hiérarchiques (47 % au global) et, en termes de perspectives, la moitié pensent devoir changer de qualification ou de métier dans les 3 prochaines années (37 % au global). Les difficultés au travail (dénier de reconnaissance ou comportement méprisant) sont très fréquentes également, et les relations avec les autres sont très dégradées. Du point de vue personnel, ce groupe est aussi un peu plus marqué par des problèmes de santé de proches ou des conflits familiaux ayant eu lieu dans l'enfance ou plus récemment.

En termes de santé, 23 % déclarent avoir eu un accident du travail dans les 12 derniers mois (15 % dans l'échantillon global) et 80 % au moins un arrêt maladie (56 % chez les femmes de l'échantillon global). Cet écart se retrouve au niveau des accidents du travail et arrêts de travail remboursés par l'Assurance Maladie (respectivement 10 % et 40 % *versus* 6 % et 30 % dans l'échantillon global). De plus, 73 % ont un score de bien-être faible (58 % dans l'ensemble) et 67 % ont déclaré avoir pris des médicaments pour dormir dans les 12 derniers mois (46 % dans l'ensemble). Au cours de l'année d'enquête, plus de la moitié de ce groupe de femmes a consulté au moins 6 fois dans l'année à médecin généraliste (35 % chez l'ensemble des femmes), 40 % ont eu au moins 4 délivrances de traitement antidépresseurs (26 % au global) et 71 % au moins une délivrance de psychotropes (48 %).

En termes de caractéristiques individuelles et de situation professionnelle, ce groupe est un peu plus représenté par des femmes travaillant dans le secteur tertiaire hors administration publique et enseignement, et santé humaine et action sociale (28 % *versus* 23 % dans l'ensemble des femmes), qui vivent un peu plus souvent seule (38 % *versus* 34 % chez l'ensemble des femmes).

7. Zoom sur les professions d'aides-soignants et infirmiers

Du fait de la surreprésentation des professions d'aides-soignants et infirmiers dans le groupe-type C de la typologie, et afin de permettre une exploration qualitative de cette observation statistique, ces professions ont été retenues pour composer l'échantillon qualitatif. Nous présentons donc quelques éléments complémentaires chiffrés sur les métiers d'aides-soignants et infirmiers.

Les aides-soignants et infirmiers pour lesquels un problème de santé mentale a été repéré montrent des caractéristiques socio-démographiques qui diffèrent de celles des aides-soignants et infirmiers sans problème de santé mentale repéré, en matière d'âge et de sexe. Ainsi, 96 % des aides-soignants et infirmiers en souffrance mentale sont des femmes contre 89 % chez ceux ne présentant pas de problème de santé mentale. Ils sont également plus âgés, 62 % ayant 45 ans ou plus contre 36 % chez les autres. Dans une bien moindre mesure (au seuil de risque de 5 %), ils sont moins nombreux à avoir un niveau de diplôme élevé (Bac+2 ou plus) (45 % *versus* 63 %). La proportion de personnes en couple n'est pas significativement différente entre les deux sous-populations.

Tableau 14 : Caractéristiques socio-démographiques des aides-soignants, infirmiers selon la présence ou non d'un problème de santé mentale repéré

	Aides-soignants, infirmiers AVEC problème de santé mentale repéré (N = 432)			Aides-soignants, infirmiers SANS problème de santé mentale repéré (N = 1 850)			Test du Khi-deux
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	p
Sexe							
Femme	405	95,8	93,2 - 98,4	1 646	89,2	86,2 - 92,1	***
Homme	27	4,2	1,6 - 6,8	204	10,8	7,9 - 13,8	
Classe d'âges							
Moins de 35 ans	70	17,1	10,4 - 23,8	510	38,2	32,5 - 43,8	***
35-44 ans	103	21,3	13,7 - 28,9	526	25,9	21,7 - 30,2	
45-54 ans	171	40,9	30,9 - 50,9	541	23,8	19,8 - 27,8	
55 ans ou plus	88	20,6	11,8 - 29,5	273	12,1	9,3 - 14,9	
En couple							
Oui	302	67,9	58,4 - 77,3	1394	71,9	66,7 - 77,2	ns
Non	130	32,1	22,7 - 41,6	456	28,1	22,8 - 33,3	
Niveau de diplôme							
Aucun diplôme (1)	18	8,2	0 - 16,8	68	3,4	1,8 - 5	**
Bac, BEP ou CAP	201	46,7	36,8 - 56,6	641	33,4	28,9 - 38	
Bac+2 ou plus	213	45,1	35,3 - 54,9	1138	63,2	58,4 - 67,9	

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif.

Précisions ● (1) Aucun diplôme ou brevet des collèges ou équivalent

Notes ● Les données présentées concernent les effectifs bruts et pourcentages pondérés.

Lecture ● La répartition selon le sexe est significativement différente entre les deux populations étudiées, la proportion de femmes étant bien plus élevée parmi les aides-soignants, infirmiers avec un problème de santé mentale repéré que parmi les autres (95,8 % *versus* 89,2 %) (au risque de 1 % de se tromper).

Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

En termes d'organisation du temps de travail, de rythme et d'autonomie, seul le temps important passé aux tâches domestiques (72 % des aides-soignants en souffrance mentale *versus* 62 % chez les autres) et le fait de devoir se dépêcher (70 % des aides-soignants en souffrance mentale *versus* 59 % chez les autres) sont mis en évidence mais seulement au risque de 10 %.

Tableau 15 : Organisation du temps de travail, rythme et autonomie des aides-soignants, infirmiers selon la présence ou non d'un problème de santé mentale repéré

	Aides-soignants, infirmiers AVEC problème de santé mentale repéré (N = 432)			Aides-soignants, infirmiers SANS problème de santé mentale repéré (N = 1 850)			Test du Khi-deux p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
Horaires matinaux (1)							
Oui	258	48,5	38,6 - 58,5	1 096	57,6	52,5 - 62,8	ns
Non	174	51,5	41,5 - 61,4	754	42,4	37,2 - 47,5	
Horaires tardifs (2)							
Oui	291	56,4	46,1 - 66,7	1 235	64,7	59,8 - 69,5	ns
Non	140	43,6	33,3 - 53,9	615	35,3	30,5 - 40,2	
Horaires de nuit (3)							
Oui	154	28,3	20,1 - 36,6	681	33,9	28,7 - 39,1	ns
Non	277	71,7	63,4 - 79,9	1 169	66,1	60,9 - 71,3	
Dépassement d'horaires quotidien							
Oui	43	11,7	5,5 - 17,9	148	7,4	5,3 - 9,6	ns
Non	386	88,3	82,1 - 94,5	1 698	92,6	90,4 - 94,7	
Tâches domestiques							
Jusqu'à 6 heures/semaine	130	27,7	18,8 - 36,6	630	38,0	32,4 - 43,6	*
Plus de 6 heures/semaine	298	72,3	63,4 - 81,2	1 205	62,0	56,4 - 67,6	
Devoir se dépêcher							
Oui	325	69,8	59,7 - 80	1 144	58,8	53,5 - 64,1	*
Non	106	30,2	53,5 - 64,1	704	41,2	35,9 - 46,5	
Pouvoir intervenir sur sa quantité de travail							
Oui	170	45,2	35 - 55,4	842	46,6	41,2 - 52	ns
Non	257	54,8	44,6 - 65	992	53,4	48 - 58,8	

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif.

Précisions • (1) entre 5 heures et 7 heures ; (2) entre 20 heures et minuit ; (3) entre minuit et 5 heures

Notes • Les données présentées concernent les effectifs bruts et pourcentages pondérés.

Lecture • La proportion d'aides-soignants, infirmiers déclarant travailler quotidiennement au-delà de l'horaire prévu n'est pas significativement différente selon la présence ou non d'un problème de santé mentale repéré (11,7 % *versus* 7,4 %).

Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Enfin, certaines particularités distinguent nos deux sous-populations d'un point de vue sanitaire. Les aides-soignants et infirmiers en souffrance mentale sont ainsi bien plus nombreux à avoir eu un accident du travail ou un arrêt maladie au cours des douze derniers mois (respectivement 26 % *versus* 12 %, et 56 % *versus* 35 %). Ils déclarent beaucoup plus fréquemment avoir pris des médicaments pour dormir (41 % *versus* 15 %) et avoir vu un médecin (95 % *versus* 83 %) dans l'année. Plus de la moitié d'entre eux obtiennent un score de bien-être inférieur à 50 traduisant un bien-être réduit : 60 % *versus* 17 % seulement chez les aides-soignants et infirmiers sans souffrance mentale repérée. Dans une moindre mesure (au seuil de risque de 5 %), ils sont plus nombreux à avoir déclaré penser devoir changer de qualification ou de métier dans les trois prochaines années (30 % *versus* 19 %).

Tableau 16 : Accident du travail, santé et bien-être déclarés des aides-soignants, infirmiers selon la présence ou non d'un problème de santé mentale repéré

	Aides-soignants, infirmiers AVEC problème de santé mentale repéré (N = 432)			Aides-soignants, infirmiers SANS problème de santé mentale repéré (N = 1 850)			Test du Khi-deux p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
Accident du travail (1)							
Oui	98	25,8	16,7 - 35	248	12,4	9,5 - 15,3	***
Non	332	74,2	65 - 83,3	1 601	87,6	84,7 - 90,5	
Arrêt maladie (2)							
Au moins 1 arrêt	158	56,2	45,4 - 67	428	34,9	29,8 - 40,1	***
Aucun arrêt	132	43,8	33 - 54,6	820	65,1	59,9 - 70,2	
Médicaments pour dormir (1)							
Oui	207	41,3	31,6 - 50,9	266	14,8	9,9 - 19,7	***
Non	225	58,7	49,1 - 68,4	1 583	85,2	80,3 - 90,1	
Avoir vu un médecin (1)							
Oui	407	95,0	91,6 - 98,5	1 490	83,2	80 - 86,4	***
Non	25	5,0	1,5 - 8,4	360	16,8	13,6 - 20	
Penser devoir changer de qualification ou de métier (3)							
Oui	113	30,2	20,9 - 39,4	298	18,8	14,2 - 23,4	**
Non	306	69,8	60,6 - 79,1	1 500	81,2	76,6 - 85,8	
Score de bien-être (4)							
Inférieur à 50	241	60,2	50,6 - 69,8	302	16,9	13,5 - 20,4	***
Supérieur ou égal à 50	189	39,8	30,2 - 49,4	1 540	83,1	79,6 - 86,5	

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif.

Précisions • (1) au cours des 12 derniers mois ; (2) au cours des 12 derniers mois et hors maternité ;

(3) dans les 3 prochaines années ; (4) score de l'OMS (WHO-5) variant de 0 à 100 : plus le score est élevé, meilleur est le niveau de bien-être. Le seuil de 50 est souvent utilisé pour dépister des personnes à risque de dépression.

Notes • Les données présentées concernent les effectifs bruts et pourcentages pondérés.

Lecture • Les aides-soignants, infirmiers avec un problème de santé mentale repéré sont significativement plus nombreux que les autres (au risque de 1 % de se tromper) à déclarer avoir eu un accident du travail au cours des 12 derniers mois (25,8 % versus 12,4 %).

Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Afin de compléter cette description, il aurait été intéressant d'observer les spécificités de genre au sein de l'échantillon des aides-soignants et infirmiers présentant un problème de santé mentale. Malheureusement, les effectifs d'hommes sont trop faibles pour permettre de telles analyses.

8. Synthèse

Échantillon d'étude versus Autres répondants à l'enquête CT-RPS 2016

Les personnes en souffrance mentale de notre échantillon d'étude présentent des spécificités par rapport aux autres répondants de l'enquête CT-RPS 2016 n'ayant pas de problème de santé mentale repéré. En accord avec de nombreuses études [1-4], ce sont davantage des femmes. Notre échantillon d'étude est également plus âgé, moins diplômé et avec davantage de salariés en CDI ou assimilé que

celui des autres actifs en emploi. En termes de métiers et de secteurs d'activité, les employés et les secteurs de l'administration publique et enseignement et de la santé humaine et action sociale y sont davantage représentés, avec certaines nuances à apporter du fait du caractère très féminin de ces situations professionnelles. Pour autant, les hommes de l'échantillon d'étude travaillent plus souvent dans les secteurs d'activité de l'administration publique et enseignement et de la santé humaine et action sociale que leurs homologues sans problème de santé mentale repéré. Du point de vue de la perception des conditions de travail, les contraintes de rythme et quantité de travail sont plus fréquents chez les personnes en souffrance mentale, ceci de manière globalement plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

A une échelle plus fine dans la construction de l'échantillon d'étude, l'analyse de variables de travail, potentiellement facteurs de risque d'avoir déclaré un EDM ou un TAG d'une part, et d'avoir eu une prise en charge en soin pour une maladie psychiatrique ou une consommation de psychotropes d'autre part, montre des associations plus fortes avec le fait de se trouver dans l'échantillon EDM TAG qu'avec celui d'être dans l'échantillon PbSM SNDS¹². En d'autres termes, comme cela a déjà été établi par ailleurs [14], l'exposition à certains facteurs de risques psychosociaux génèrerait un sentiment de mal-être, déclaré au travers du questionnaire CT-RPS 2016, sans forcément conduire à une prise en charge médicale pour un trouble psychique. Globalement, les effets sont les mêmes selon le genre, avec toutefois quelques spécificités de genre : le risque d'appartenir à l'échantillon EDM TAG est en général plus important pour les hommes soumis à un facteur de risque psychosocial par rapport à leurs homologues sans risque, que pour les femmes dans le même cas ; les écarts sont moindres entre hommes et femmes du côté du risque d'appartenir à l'échantillon PbSM SNDS. Toutefois, certains items, comme celui relatif au fait de devoir prendre des risques pour sa santé physique et mentale, a un effet plus marqué chez les femmes.

Une analyse plus détaillée, selon le niveau de sévérité de l'EDM TAG et le niveau de consommation de traitements psychotropes, permet d'observer un gradient dans les pourcentages de réponses positives aux items de vécu du travail. Un niveau d'EDM TAG modéré à très élevé est fortement corrélé à des réponses positives d'items de contraintes de travail. Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence : dans le déroulement de l'enquête CT-RP 2016, le questionnaire MINI - qui donne lieu à la mesure du niveau d'EDM TAG - est passé à la suite d'une série d'items de contraintes de travail, pouvant conduire certains individus à répondre plus négativement que si celui-ci avait été posé dans un autre cadre. Bien que les écarts soient moins nets lorsqu'il s'agit du niveau de consommation de traitements psychotropes, les liens avec la déclaration de risques psychosociaux sont plus forts quand le niveau de consommation est important. Ces résultats s'observent de la même manière en distinguant les hommes des femmes, malgré quelques limites statistiques du fait d'effectifs faibles pour certaines modalités.

Cette première partie des analyses quantitatives met en évidence toute la complexité des interactions entre problèmes de santé mentale - déclaré par le salarié, et observé au travers d'une prise en charge en soins -, conditions de vie incluant conditions de travail mais aussi conditions extra-professionnelles, et caractéristiques individuelles en particulier de genre. L'objet de notre étude étant davantage centré sur l'échantillon de personnes en souffrance mentale, nous n'avons pas poussé davantage les analyses. Il serait sans doute opportun d'affiner encore les aspects de facteurs de risque en fonction du genre.

¹² A titre illustratif, on note que les individus de l'échantillon EDM TAG ont 4 fois plus de risque d'avoir déclaré travailler sous pression que leurs homologues « hors échantillon EDM TAG », ceux de l'échantillon PbSM SNDS ont 1,8 fois plus de risque que leurs homologues « hors échantillon PbSM SNDS » d'être dans ce cas.

Trois sous-échantillons d'étude

A l'intérieur de l'échantillon d'étude, on distingue 3 sous-échantillons :

- 1 543 individus (soit 44 % de l'échantillon d'étude) identifiés exclusivement à partir d'un EDM et/ou un TAG déclarés ;
- 1 416 individus (soit 41 % de l'échantillon d'étude) pris en charge en soins exclusivement, pour un trouble psychique via le SNDS ;
- 531 identifiés à partir des 2 sources (soit 15 % de l'échantillon d'étude), présentant donc un EDM et/ou TAG et pris en charge en soins pour un trouble psychique via le SNDS.

Les individus de l'échantillon [EDM TAG exclusif], ayant déclaré une santé mentale dégradée sans prise en charge médicale sont plus jeunes, vivent plus souvent en couple et travaillent plus fréquemment dans les secteurs de l'agriculture, l'industrie ou la construction. Au niveau de l'organisation du temps de travail, Ce sous-échantillon cumule les horaires atypiques, les dépassements d'horaires quotidiens et le fait de devoir se dépêcher. A l'inverse, du côté des aspects de santé, les individus de ce sous-échantillon sont moins nombreux à déclarer avoir pris des médicaments pour dormir dans l'année. Ils présentent moins de consultations chez le médecin généraliste dans l'année (23 % n'en n'ont aucune) et moins d'accident du travail.

L'échantillon [EDM TAG et PbSM SNDS], composé des personnes ayant déclaré une santé mentale dégradée conjointement à une prise en charge médicale est davantage représenté par des femmes que les deux autres sous-groupes, moins souvent en couple. Il présente davantage d'employés au détriment des cadres et professions intellectuelles supérieures, travaillant dans les secteurs d'activité « Administration publique et enseignement » et « Santé humaine et action sociale », en lien avec la part plus importante de femmes dans ce sous-échantillon. Les individus de ce sous-échantillon sont un peu moins concernés par les horaires de nuit et sont proportionnellement moins nombreux à pouvoir intervenir sur leur quantité de travail. Les tâches domestiques importantes les concernent davantage. Du côté des aspects de santé déclarée, ils se distinguent nettement des autres : ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir déclaré un accident du travail ou un arrêt maladie dans l'année, ont plus fréquemment mentionné avoir pris des médicaments pour dormir ou consulté un médecin généraliste et présentent également davantage un score de bien-être inférieur à 50 traduisant un bien-être réduit. Enfin, ils ont plus de soins remboursés par l'Assurance Maladie.

L'échantillon [PbSM SNDS exclusif], c'est-à-dire les personnes avec une prise en charge médicale pour un problème de santé mentale sans pour autant avoir déclaré un problème de santé mentale est plutôt constitué de personnes de plus de 45 ans. Il se distingue par une surreprésentation des secteurs d'activité « Administration publique et enseignement » et « Santé humaine et action sociale ». Les individus de ce sous-échantillon sont moins concernés par les tâches domestiques et sont proportionnellement moins nombreux à présenter un score de bien-être faible. Ils sont plutôt dans la moyenne de l'échantillon d'étude pour les autres caractéristiques.

Items du questionnaire CT-RPS 2016 discriminants selon le genre

Des analyses réalisées « toutes choses égales par ailleurs » ont permis d'identifier certains items du questionnaire CT-RPS 2016, pour lesquels les hommes et les femmes se distinguent. Ainsi, les hommes sont davantage soumis à des contraintes d'horaires directement liées au travail (contrôles d'horaires, horaires décalés, dépassement d'horaires, être joint en dehors des heures de travail) et témoignent

davantage vivre des situations de tension avec leur hiérarchie, tandis que les femmes déclarent davantage de contraintes extra-professionnelles (fatigue au travail à cause de tout ce qu'elles ont fait à la maison, temps consacré aux tâches domestiques supérieur 6 heures par semaine) mais aussi de rythmes de travail soutenu et de manque de marge de manœuvre. Les hommes expriment plus souvent des insatisfactions et des difficultés liées au travail tels que travailler sous pression, continuer à penser à son travail même quand on n'y est pas, vivre des changements imprévisibles ou mal préparés, devoir faire des choses inutiles ou dégradantes. Il est également mis en lumière que les femmes sont plus nombreuses à considérer qu'elles ne seraient pas à l'abri financièrement si elles devaient s'arrêter de travailler.

Parmi les questions relatives à la santé, les femmes déclarent plus souvent avoir pris des médicaments pour dormir ou encore avoir vu un médecin. De leur côté, les hommes indiquent davantage avoir eu un accident du travail qui les a obligés à se faire soigner. Ils pensent aussi plus souvent devoir changer de qualification ou de métier dans les trois prochaines années. Sur les aspects de vie personnelle, les femmes disent davantage avoir subi des mauvais traitements physiques et/ou psychologiques qui les ont marquées (de leur naissance à leurs 18 ans ou au cours des trois dernières années), quand les hommes reconnaissent plus fréquemment avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois et notamment pour des raisons professionnelles.

Profils d'individus, non genrés puis genrés

La typologie sur l'échantillon global met en évidence 2 groupes-types d'individus (groupes A et B) avec un faible niveau d'EDM TAG et peu de conditions de travail dégradées par rapport à l'ensemble de l'échantillon d'étude. Dans le premier groupe, la prise en charge en soins pour problèmes psychiques y est importante, dans le second, elle est dans la moyenne de l'échantillon global. Le groupe C se distingue surtout par des horaires de travail atypiques et une prise en charge en soins faible, tandis que le groupe D cumule un niveau d'EDM TAG élevé et des conditions de travail déclarées très mauvaises, la consommation de soins étant dans la moyenne de l'échantillon global.

S'il n'est pas possible de conclure si ce sont les conditions de travail détériorées qui entraînent un niveau d'EDM TAG élevé, ou l'inverse, il semble que - pour certains individus - le fait d'avoir recours à des soins pour troubles psychiques, permette de conserver un niveau d'EDM TAG relativement faible (groupe A), ce qui n'est pas le cas pour d'autres (groupe D). Ici aussi, on ne peut malgré tout pas savoir si c'est le ressenti de mal-être qui conduit au recours aux soins, ou l'inverse. Par ailleurs, certains individus (groupe C) sont non consommateurs ou moins consommateurs de soins que les autres. Pour eux, le fait d'être en EDM et/ou TAG, élevé ou non, viendrait surtout de l'organisation des temps de travail, en particulier des horaires de travail atypiques.

Les 2 typologies genrées permettent d'identifier des groupes-types d'hommes et de femmes assez analogues (groupes H-E et F-J et groupes H-I et F-K), avec toutefois un niveau d'EDM TAG toujours légèrement plus faible chez les hommes. Les premiers groupes-types (H-E et F-J) présentent un faible niveau d'EDM TAG, peu de conditions de travail dégradées, et une prise en charge en soins pour problèmes psychiques assez importante ; les seconds (H-I et F-K), des niveaux d'EDM TAG modérés à très élevés et des prises en charge en soins plus faibles que la moyenne respective de l'ensemble des hommes et femmes. Les 2 derniers groupes sont, en revanche, assez différents : celui des hommes (groupe H-G) affiche un niveau d'EDM TAG proche de celui de l'ensemble des hommes, des prises en charge en soins plus élevées et des conditions de travail un peu plus dégradées ; celui des femmes (groupe F-L) présente la part la plus élevée d'individus identifiés à la fois à partir des critères EDM TAG

et prises en charge en soins pour troubles psychiques, il cumule un niveau d'EDM TAG élevé à très élevé, des fréquences de soins importantes et de mauvaises conditions de travail.

Ces 3 typologies montrent donc des spécificités de groupe selon les niveaux d'EDM TAG, de prises en charge en soins et de conditions de travail. Il s'avère pourtant assez difficile d'identifier des caractéristiques individuelles et socio-professionnelles propres à ces groupes-types. Ces analyses montrent toute la complexité dans le fait de déclarer ou non un problème de santé mentale, du fait de la variété de facteurs – en termes de quantité, de niveau ou encore de cumul - qui peuvent y conduire.

II. Analyse qualitative

1. Le choix de la population cible

Ce projet de recherche visant à comparer les trajectoires des hommes et des femmes déclarant des problèmes de santé mentale au travail allie approches quantitatives et qualitatives. L'enjeu de ce second volet qualitatif est d'étudier les parcours des femmes et des hommes au regard des profils, établis par la typologie (*cf page 32*) selon le genre.

Cette analyse multidimensionnelle a révélé quatre profils aux caractéristiques bien distinctes face à des conditions de travail variables, des métiers dont les degrés de responsabilités sont plus ou moins étendus, des contraintes physiques dont les origines d'expositions sont multiples, ... correspondant à des métiers et secteurs d'activité bien différents. Face à ces résultats, la nécessité de concentrer notre recherche sur un seul métier est apparu afin de réduire les facteurs de confusions et les facteurs spécifiques aux métiers et secteurs, qui auraient pu nuire à la réalisation d'une observation fine des singularités hommes/femmes face à la souffrance au travail. Sans ce resserrement de la population cible, il aurait sans doute été difficile d'extraire de l'analyse des discours, ce qui dépendait des organisations distinctes, des particularités des métiers et des organisations, des spécificités du travail, de ce qui relevait les singularités des hommes et des femmes au travers de leurs parcours.

Aussi, à la lumière des résultats issus de la typologie, deux secteurs d'activité sont ressortis : administration publique et enseignement d'une part, et santé humaine et action sociale d'autre part. Plus finement dans ce dernier secteur, les aides-soignants et infirmiers apparaissent dans le profil C (21 % d'aides-soignants dans ce profil C vs 8 % dans l'ensemble de l'échantillon global et 17 % d'infirmiers vs 7 % dans l'ensemble). Les experts de cette recherche ont soutenu le choix de cibler ces deux métiers pour lesquels différentes enquêtes comme l'enquête « Sumer » de 2010 pointent les souffrances en raison d'un manque de reconnaissance professionnelle, de modifications organisationnelles fortes, accroissant les risques psychosociaux.

Une des difficultés face à ce groupe est celle d'une surreprésentation majoritaire de professionnelles féminines pour ces deux métiers. Toutefois, à l'aune de la description du profil C de la typologie, il ressort que ce profil est ici plus souvent composé d'hommes (40 % du profil C vs 31 % dans l'ensemble de l'échantillon global).

2. Profils des enquêtés et cadrage

Pour répondre aux objectifs décrits plus avant, une enquête qualitative a été réalisée. 30 soignants (AS), infirmiers, aides médico-psychologique (AMP), ont été interrogés au cours d'entretiens semi-directifs. Une grille d'entretien a été construite au préalable par l'équipe comportant les thèmes suivants : description du parcours professionnel ; l'émergence et les causes de la souffrance ; les ressources mobilisées face à cette souffrance. Notre corpus se constitue de 15 femmes dont 8 aides-soignantes, 5 infirmières et 2 aides médico-psychologique ; et de 15 hommes dont, 7 aides-soignants, 7 infirmiers et 1 aide médico-psychologique.

Nous nous sommes attachés à investiguer les parcours de ces professionnels en lien avec la souffrance psychique ressentie et vécue au long de leur exercice professionnel. Nous faisons le choix d'utiliser le terme de « souffrances psychiques » en lien avec le travail pour caractériser le mal-être déclaré par les individus, qui, nous le verrons, renvoie dans leurs discours à diverses terminologies, telles que l'épuisement professionnel, le burn-out, la dépression, l'anxiété, etc. Le terme de « souffrance », utilisé notamment dans le domaine de la psychopathologie du travail se différencie, selon Christophe Dejours (2016)¹³ du champ d'investigation de la maladie mentale. Au-delà d'une caractéristique individuelle vécue et intériorisée comme étant « personnelle », la souffrance au travail revêt une dimension sociale s'intégrant dans des organisations et des identités professionnelles particulières qui vont contraindre, créer des frictions dans les capacités d'action et de négociation des individus quant à leur rôle et leur place au travail.

Nous nous focalisons au cours de ce travail sur deux métiers spécifiques au domaine du soin, du « care » qui sont les aides-soignants et les infirmiers. Nous verrons comment la construction d'une identité professionnelle et le genre du métier¹⁴ influent sur la façon de percevoir son activité professionnelle et les contraintes inhérentes à celle-ci, et comment les organisations du travail, les conditions d'exercice peuvent se nourrir de cette identité et créer de la souffrance psychique au travail.

Si ces métiers du soin comportent des spécificités dans leur organisation, identité, etc., nous verrons que certaines caractéristiques créant chez les professionnels de la souffrance psychique sont communes à des schémas et des caractéristiques déjà étudiés en santé du travail. Nous nous appuyerons sur le modèle de Karasek¹⁵ et plus particulièrement sur ce qu'il nomme « job strain »¹⁶. Nous montrerons, à l'aide d'éléments recueillis sur le terrain et du modèle de Karasek que la souffrance au travail s'inscrit dans différentes composantes telles que la demande psychologique, la latitude décisionnelle des travailleurs et le soutien social.

Nous traiterons également de la question du genre, des singularités femmes/hommes dans la souffrance psychique au travail. Nous aborderons le genre sous l'angle du genre du métier, comment

¹³ Dejours Christophe, « Note de travail sur la notion de souffrance », Travailler, 2016/1 (n° 35), p. 145-154. DOI : 10.3917/trav.035.0145. URL : <https://www.cairn.info/revue-travailler-2016-1-page-145>

¹⁴ « Genre de métier » : manières d'agir et de penser d'un milieu professionnel, caractérisé par une mémoire impersonnelle et collective qui donne sa contenance à l'activité personnelle en situation : manières de se tenir, de s'adresser, de commencer une activité et de la finir etc. Ces manières de prendre les choses et les gens forment un répertoire des actes convenus ou déplacés que l'histoire de ce milieu a retenu. (Divay, 2013)

¹⁵ Dares, « Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003 », mai 2008, n° 22-1

¹⁶ Modèle d'analyse du stress au travail développé par Robert Karasek, psychosociologue, en 1979. Karasek développe par ce modèle la notion de « job strain » ou tensions au travail qui mènent les travailleurs à une situation à risque pour leur santé, où les marges de manœuvre individuelles ne permettent pas aux acteurs de faire face aux exigences qu'ils ressentent dans leur travail

il se construit et ce qu'il produit sur les individus. Les relations au travail entre les hommes et les femmes seront traitées sous le prisme des rapports sociaux de sexe, « *en France, le concept de rapports sociaux de sexe a été élaboré en connexion forte avec celui de division sexuelle du travail. Celle-ci renvoie d'abord au constat de l'assignation des hommes et des femmes à des tâches différentes, tant dans la sphère professionnelle que dans la sphère domestique. Le concept de rapports sociaux de sexe vise à articuler rapports de sexe et rapports de classe et à souligner la dimension antagonique des rapports entre la classe des hommes et celle des femmes, sans oublier la centralité du travail. Celui-ci est le levier de la domination qui s'exerce sur elles dans le cadre des rapports sociaux de sexe, mais aussi, et en même temps, celui de leur émancipation*¹⁷ ».

3. Un métier genré au féminin

Les métiers d'aides-soignants et d'infirmiers, qui constituent notre population d'étude, sont deux métiers très largement investis par les femmes. L'Insee montre, en effet, en 2011 que 90,4 % des aides-soignants sont des femmes et 87,7 % des infirmiers sont des infirmières. Au-delà de la large proportion de femmes, les métiers d'AS et d'infirmière sont considérés par l'espace social et institutionnel comme des métiers genrés au féminin. Cette partie s'attache à décrire les éléments qui font de ces métiers « des métiers de femmes » (Perrot, M, 1987).

La profession d'infirmière et le métier d'AS sont des activités reliées à la notion de travail du « care ». Cette notion, floue, renvoie au fait de prendre soin, donner de l'attention, manifester de la sollicitude, etc. De nombreuses activités s'inscrivant dans le « care » sont largement exercées par des femmes comme l'aide à domicile¹⁸, le travail social et plus généralement le travail du secteur tertiaire, relié aux services. Ce sont des professions qui mettent en avant des compétences silencieuses, discrètes, telles que le relationnel, le travail émotionnel, l'aide, etc. Elles sont considérées comme féminines puisqu'elles s'inscrivent dans le prolongement des fonctions, des dispositions socialement construites comme féminines, apparaissant comme naturelles et prolongeant les activités maternelles et ménagères¹⁹ dévolues traditionnellement aux femmes.

Ces qualités associées « naturellement » aux femmes comme dispositions personnelles presque innées sont silencieuses, exercées majoritairement dans l'espace domestique et donc elles contribuent à invisibiliser le travail de ces professionnelles. Le travail professionnel et domestique entretiennent, une forte relation de proximité, très ancrée dans les dispositions au travail de care²⁰. Les tâches réalisées apparaissent alors comme « naturelles », « allant de soi » pour l'espace social et institutionnel et parfois pour les acteurs eux-mêmes.

La dimension genrée du métier et par là la naturalisation des savoirs crée une confusion entre les qualités et les valeurs personnelles et professionnelles. Pascale Molinier (2009) explique que les AS (mais aussi les infirmières) situent leur travail et leur vie personnelle sur le même plan, ce qui crée une perméabilité entre les différents types d'expérience et d'investissement. Schématiquement on est AS ou infirmière à la fois dans la vie professionnelle mais également dans l'espace domestique et intime.

Nous verrons, grâce aux exemples donnés plus avant, que si les hommes se singularisent par certains détails, les discours concernant le métier et ses valeurs sont essentiellement les mêmes pour les

¹⁷ Pfefferkorn, Roland. « Sexe et genre. De quoi parle-t-on ? », Raison présente, vol. 190, no. 2, 2014, pp. 97-108.

¹⁸ Cf les travaux de Christelle Avril sur la question

¹⁹ Perrot, Michelle. "Qu'est-Ce Qu'un Métier de Femme ?" Le Mouvement Social, no. 140, 1987, pp. 3-8

²⁰ Sophie Divay, « Soignantes dans un hôpital local : des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation », 2013, Presses de l'EHESP

hommes et les femmes. Nous verrons, également, comment se construit l'éthos professionnel et en quoi il découle des représentations genrées du métier.

Un discours « vocationnel » pour justifier sa trajectoire professionnelle

Cette perméabilité et l'incorporation des qualités dites féminines s'observent notamment dans les parcours qui mènent les acteurs de notre corpus au métier d'AS ou à la profession d'infirmier. Si ces parcours sont multiples et renvoient à différentes réalités personnelles ou sociales, et que le « choix » du métier ne semble pas toujours s'imposer à soi, certains enquêtés et particulièrement les femmes AS utilisent une rhétorique de la vocation pour justifier leur trajectoire professionnelle. Alors, le métier d'AS apparaît pour ces actrices comme une évidence, un « don », des caractéristiques personnelles considérées comme innées ou reliées à une logique, une histoire familiale. « *La notion de vocation renvoie à un penchant ou à une disposition qui anime la personne indépendamment de sa volonté, et qui n'est aucunement le produit d'un choix délibéré.* »²¹

"Franchement, ce métier, moi, je me dis que déjà, sur Terre, on a tous une mission. Moi, ma mission, c'est de soigner, écouter, soutenir, accompagner et de transmettre tout ce que j'ai appris."

(AS, femme, 49 ans, BFC 1)

L'utilisation de la « vocation » comme présentation de soi et facteur explicatif du choix du métier a été étudiée, notamment par les sociologues,^{22 23} concernant d'autres professions ou domaines tels que les activités artistiques ou religieuses par exemple. Ils montrent que ce discours « vocationnel » ne doit pas faire oublier aux chercheurs les dimensions sociales, genrées, etc., menant les individus vers différentes carrières professionnelles. L'utilisation de ce discours permet aux aides-soignantes d'envisager leur carrière comme une sorte de continuité entre des caractéristiques et des dispositions qu'elles jugent personnelles et leur exercice professionnel. Ces discours soulignent l'idée d'une « *correspondance parfaite ou l'adéquation totale entre la personne et l'activité, le métier ou la fonction*²⁴ ». L'analyse des parcours montrent, au contraire, que le choix opéré par les acteurs s'explique aussi du fait d'autres facteurs.

Certaines expériences vécues durant la vie personnelle des enquêtés peuvent contribuer à mener vers une carrière ou une reconversion dans le milieu du soin, notamment en lien avec des ruptures biographiques vécues durant l'enfance (la maladie d'un parent, par exemple), ou plus tard dans la vie, telle qu'une expérience du rôle d'aidante pour un proche âgé et malade. C'est le cas, notamment, de cette enquêtée qui occupait un poste dans le domaine du commerce et qui, suite à la survenue d'un cancer chez son père, quitte son emploi afin d'assurer le rôle d'aidante auprès de lui. A son décès, l'enquêtée décide d'entreprendre des démarches pour devenir aide médico-psychologique (AMP) dans un EHPAD. L'entreprise d'une carrière d'AS peut également prendre la forme d'une transmission familiale, dans le cas de cette AS qui trouve « naturel » de choisir cette voie, que sa mère a elle-même empruntée. Ces exemples montrent la porosité entre l'espace privé et la construction des dispositions, ici genrées, permettant de se diriger vers une carrière soignante.

²¹ Lahire Bernard, « Avoir la vocation », Sciences sociales et sport, 2018/2 (N° 12), p. 143-150.

²² Aubry, F. (2012) « Une histoire de vocation ? Comment les aides-soignantes occultent le processus de transmission de leurs compétences professionnelles. », Emulations - Revue de sciences sociales, 0(11), p. 111-121

²³ Suaud Charles, « La vocation, force et ambivalence d'un concept « nomade ». Pour un usage idéal-typique », Sciences sociales et sport, 2018/2 (N° 12), p. 19-44.

²⁴ Lahire Bernard (Op. Cit. 2012)

« Alors, tout simplement, la maladie de mon père et au décès de mon père. Au départ, j'étais plus dirigée sur aide-soignante. Mon papa est décédé d'un cancer du poumon en 2011. Et en faisant... du coup, j'ai quitté mon travail dans le commerce pour être auprès de mon papa dans ses derniers moments. »

(AMP, Femme, 36 ans, BFC 2)

« Diplômée depuis 2016 et justement pour moi les études d'aides-soignantes en fait c'était une suite logique parce que ma mère est aide-soignante depuis que je suis toute petite, et à l'époque on pouvait encore amener les enfants au travail, et du coup ben j'ai un peu baigné dedans... A la place de me faire garder par euh une gardienne, j'étais au travail avec ma maman. Donc c'est de là que ça a commencé le fait d'aider les autres, et par la suite, j'ai quitté les études, enfin le BAC en 2009, et depuis 2009 en fait j'essayais d'avoir le concours, que j'ai raté très souvent, jusqu'en 2016... Enfin j'ai été diplômée en décembre 2016. »

(Aide-soignante, 32 ans, GE 1)

Les enquêtés mettant en avant des raisons pratiques, « matérielles » à l'entreprise d'une carrière de personnel soignant sont peu nombreux. Le travail d'AS ou d'infirmier apparaît pour ces acteurs comme un travail « concret » avec l'assurance de trouver un emploi et d'avoir la capacité d'être plus facilement mobile. Elle apparaît également comme le moyen d'accéder à une position sociale parfois plus élevée que celle de ses parents par exemple.

La mise en avant de motivations « pratiques », « terre-à-terre » a davantage été observée chez les hommes de notre corpus que chez les femmes privilégiant dans leurs discours le sens du métier. Si les hommes font intervenir la question du sens et parfois celle de la vocation, ils semblent plus nombreux à évoquer des conditions matérielles et de nécessité à l'entreprise d'une carrière d'AS en particulier. Des raisons économiques sont invoquées et celle d'accéder, grâce à des études plutôt « courtes » selon eux, à un emploi stable.

« Ça fait 45 ans un truc comme ça, je sais plus (rire). En 2009 et j'ai 60 ans. De 61 à 2009, voilà. J'ai fait tous les concours de la fonction publique, bien sûr tu es admis partout, mais toujours sur la liste d'attente, le seul où il n'y avait pas de liste d'attente c'était l'école des AS et inf de Strasbourg, donc j'ai entamé parce qu'il y en a marre des CDD, quand tu as une famille, tout ça. »

(Aide-soignant, 60 ans, GE 4)

« Je cherchais du travail étant plus jeune, 18 ans donc, à l'époque j'étais avec quelqu'un qu'était infirmière dans les urgences, et du coup y avait des postes de brancardier de ville, donc j'avais postulé pour brancardier, et en fait lors de l'entretien ça s'est fini que... à l'époque j'avais pas le permis ; donc parce que le brancardier faisait des transports aussi... donc vu que j'avais pas le permis, ils m'ont proposé un poste d'agent de service hospitalier, d'ASH, dans un long séjour. Donc j'ai accepté. Déjà à l'époque les ASH faisaient fonction d'aide-soignant, donc je faisais un peu les deux, j'étais sur un poste ASH, mais je faisais aussi fonction aide-soignant, donc les filles, mes collègues à l'époque, m'ont dit : « quitte à faire le métier autant passer le diplôme », ce que j'ai fait. »

(Aide-soignant, 37 ans, CVL 5)

Ces paramètres sont moins mis en avant que ceux concernant le désir d'embrasser une carrière qui a du « sens » notamment dans le cas des reconversions professionnelles.

« Je voulais donner un sens à ma vie. J'ai toujours voulu travailler pour l'hôpital public, parce que je considère que tout le monde a droit à l'accès aux soins et qu'on est en train de le démanteler. »

(Infirmière, 52 ans, BFC 5)

Les valeurs associées à la fonction : Le travail avec l'humain, le relationnel et l'émotionnel

L'aspect le plus valorisé par les enquêtés, à propos de leur métier, a trait aux valeurs en lien avec le travail humain, à l'importance de la relation créée avec les patients, les résidents et les familles. Le relationnel comme qualité « féminine », figure de proue de l'exercice, apparaît dans l'ensemble des discours et ce quel que soit le milieu d'exercice. Toutefois, il semble plus particulièrement invoqué par les AS comme principale source de satisfaction au travail. Le travail avec l'humain, avec le vivant, pour faire le parallèle avec le métier d'éleveur (Salmona, 1994), constitue un des aspects spécifiques du métier. Il mobilise des compétences considérées comme féminines dans lesquels s'inscrivent des savoirs axés autour de l'affect, de la prise en charge des émotions.

"Et le plaisir que j'ai, c'est un sourire, c'est : on tient dans la main, avec le Covid c'est compliqué, mais c'est des rapprochements, c'est des confidences, c'est des familles qui viennent vous voir, qui vous disent : Elle a beaucoup... Voilà, quoi. On les accompagne aussi, parce que le travail avec la famille est aussi prenant qu'avec le résident. Et voilà, c'est d'avoir cette satisfaction du public, de celui qui est en face de vous."

(Aide-soignant, 58 ans, BFC 6)

« Le métier AS, c'est un des plus beaux métiers du monde, c'est sûr c'est super beau, on est là jusqu'à leur fin de leur vie en fait, on les accompagne jusqu'à la fin, et c'est super beau, on nous dit de ne pas nous attacher, mais ils se rendent même pas compte, on est obligé de s'attacher à ces personnes, parce qu'on est toujours avec eux, on fait les anniversaires, les fêtes de fin d'année, des moments forts, des moments de tristesse avec eux, ben des fois, ils ont des coups de blues, donc on est là aussi pour les rassurer, on est là toujours avec eux, c'est des moments merveilleux, qui permettent de créer un lien juste magnifique. Voilà (rire). »

(Aide-soignant, 24 ans, GE 2)

La sociologue Anne-Marie Arborio (2001) a montré que la question de la relation, du lien, est l'aspect du métier qui est le plus valorisé par les AS et considéré par les acteurs comme l'objet et la raison de leur « vocation ». La valorisation du travail relationnel, du contact avec l'humain semble permettre aux professionnels de légitimer leur fonction. Il permet également de dépasser certaines de leurs difficultés et justifie le travail considéré comme « non-prestigieux » par l'institution, le travail avec le « sale », telles que les tâches liées à la prise en charge de l'hygiène, par exemple.

"Toute façon le métier d'aide-soignante, ce n'est pas que torcher le cul. Excusez-moi le terme que je dis, mais moi, on m'a toujours dit, quand je suis sortie à l'école d'infirmière, on m'a dit : « Oui, SXXXX, t'es aide-soignante, mais tu torches le cul des gens ! » Ben non, moi le métier d'aide-soignante, c'est pas ça. Déjà, c'est une vocation, avant tout, aussi." (

Aide-soignante, 49 ans, BFC 1)

Si, les activités de soins techniques comme la toilette font partie intégrante de leurs tâches quotidiennes, les AS mobilisent également des compétences relevant du travail émotionnel (Hochschild, 2003). Les AS sont, en effet, les professionnels qui sont le plus en contact régulier avec les patients, parfois considérés comme interlocuteurs privilégiés des familles. Ils et elles répondent à leurs questions, leurs inquiétudes, rassurent, etc. L'empathie, l'écoute, la communication, l'attention sont au cœur des pratiques et des discours des AS rencontrés ainsi que la dimension la plus appréciée et la plus mise en avant du travail.

« Donc ça, c'est mon point fort : le contact, la communication. Sans rentrer dans le détail de l'opération, moi, je ne suis pas chirurgien, mais le fait d'être là, qu'ils sachent qu'on est là, ça c'est primordial. Quand ils remontent du bloc, on est là pour les accueillir. On reprend avec eux, ce qui va pas, tout ça. On répond à leurs demandes. Et puis, même dans les autres services. Moi, je sais, pour moi, on va dire 30 % du soin, c'est la communication avec le patient. Tu peux arriver faire ta piqûre, puis t'en aller, t'as fait ton travail. Mais s'il est anxieux, il est anxieux : t'as traité la douleur, mais t'as pas traité l'anxiété, si jusqu'au lendemain il rumine. C'était déjà mon point fort dans le milieu bancaire, c'était la communication avec les gens : ils venaient pour acheter une voiture, ils venaient pas pour acheter une carte à 20 % de taux d'intérêt. Ils faisaient un prêt voiture. »

(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

« J'aime bien ce métier, j'ai toujours aimé ce métier et ouais il y a des valeurs humaines, moi ce que je voulais c'est être près des gens, quand je travaillais chez P, je disais simplement quand des gens râlaient qu'ils avaient pas récupéré leur voiture, je leur disais que c'était que du matériel quoi... Le matériel on s'en passe, on s'arrange, c'était vraiment... C'était bizarre, c'était pas une ambiance très sympathique, alors que là d'être dans l'humain et ben on apporte beaucoup, moi je sais que d'être au contact des gens, des personnes âgées, personnes en fin de vie, même malades, parce que tout le monde n'est pas en fin de vie tout de suite quand les gens arrivent ils sont pas forcément en fin de vie... Ben il y a des échanges... Même les gens qui commencent à perdre la tête, ils perdent pas la tête comme ça du jour au lendemain... On arrive quand même à avoir des échanges avec eux, et le fait de les aider, de leur apporter du bien-être, ça, ça n'a pas de prix tout ça... »

(Aide-soignante, 50 ans, GE 5)

Si les gestes et compétences dits « techniques » sont peu mis en avant par les AS, il semble que cela soit dû au fait que ces professionnels prennent en charge les activités considérées comme peu prestigieuses, appartenant au « sale-boulot »²⁵. La notion de « sale-boulot » prend ici deux formes différentes, la première étant de participer à la prise en charge cachée du soin et la seconde réside dans les représentations que détiennent les tâches réalisées par les AS comme des tâches déléguées, notamment par les infirmières qui apparaissent, comme dit plus haut, comme invisibles et non reconnues par l'institution.

Les AS prennent en charge des activités en lien avec le soin, apparentées aux travaux domestiques et ne relevant pas du travail « prestigieux » du soin. En d'autres termes, Dominique Lhuillier (2005)²⁶ explique qu'il existe « une division morale des tâches ordonnée autour d'une répartition clivant les activités au service de la vie (les activités thérapeutiques, celles des médecins d'abord, des infirmières ensuite) et les activités au service de l'épuration des traces de [souillures], de la mort (les aides-soignantes et les personnels d'entretien) ».

D'autre part, le « sale-boulot » renvoie, également, à des tâches socialement dévalorisées, stigmatisées et généralement jugées comme dégradantes ou ne nécessitant pas de compétences spécifiques (puisque relevant des caractéristiques et qualités féminines) et laissées aux catégories sociales les plus basses. La valorisation du travail relationnel permet la restauration du travail réalisé comme professionnel du soin et pas seulement de l'élimination du sale et des déjections corporelles. En argumentant autour des compétences émotionnelles, comme l'écoute, l'attention, l'empathie ;

²⁵ La notion de « sale boulot » (traduction de *dirty work*) est empruntée à E. C. Hughes et ses essais de sociologie du travail pour caractériser parmi un ensemble de tâches celles qui se situent en bas de l'échelle des valeurs, qui sont jugées serviles, fastidieuses voire dégradantes et ne procurent aucun prestige social, exposant au contraire ceux qui les réalisent au mépris des autres. La notion de sale boulot, particulièrement heuristique pour penser la division morale du travail dans les activités de service aux personnes.

²⁶ Lhuillier, Dominique. « Le « sale boulot » », *Travailler*, vol. 14, no. 2, 2005, pp. 73-98

intériorisées comme le résultat de dispositions personnelles, les professionnels justifient et restaurent, au moins pour eux-mêmes, l'importance de leur travail. Si les soins et savoirs techniques ne sont pas au centre des discours, ils sont pourtant bien au centre des pratiques, mais ne sont pas perçus par les enquêtés comme des qualités permettant de se distinguer, au contraire des compétences relationnelles, apparaissant comme des qualités personnelles précieuses qui ne sont pas à la portée de tous et toutes.

C'est ce que nous observons dans l'exemple de cet AS qui explique que le travail technique peut être « réalisé par n'importe qui », au contraire du travail humain, émotionnel et relationnel.

« Le soin c'est pas juste donner un cachet, faire une piqûre, je dirais : ça c'est à la portée pratiquement de n'importe qui. La preuve : à domicile, il y a des aides ménagères, elles ont pas beaucoup de formation, elles viennent donner les cachets aux papis, mamies, c'est pas un souci ça, de donner un cachet, on s'en fout. Par contre, les écouter et les prendre... et on passe une nuit paisible et souvent le deuxième tour, au milieu de nuit, t'as rien à faire. »

(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

Concernant les différences en termes de genre à propos des valeurs identifiées par les professionnels, il semble que les AS, femmes et hommes, investissent très largement la question du travail humain dans leur pratique et dans la mise en avant de leurs compétences. Toutefois, contrairement au métier d'infirmière, mobilisant davantage d'actes de soin dits « techniques », le relationnel semble au cœur des activités des AS, ceci explique peut-être cette absence de véritable différence de discours selon le genre.

Certains aides-soignants intègrent dans leur discours un vocabulaire comportant des qualités attribuées socialement aux femmes en les justifiant comme des caractéristiques personnelles en décalage avec leur genre. Prenons l'exemple de cet AS qui, pour parler de sa fonction et de ses compétences, utilise le verbe « materner » et explique qu'au contraire de beaucoup d'hommes, lui possède des dispositions lui permettant de prendre soin, d'accompagner, de rassurer et de communiquer. Le genre de cet AS s'est effacé et il est mis à distance au profit d'une rhétorique professionnelle axée autour du genre du métier. Il se déclare en décalage avec son genre tout en intégrant les attendus du genre du métier d'AS. Les aides-soignants semblent plus nombreux que les infirmiers à reprendre à « leur compte » ces qualités féminines.

« Je suis pas Mère Teresa, j'en ai bien conscience, mais je suis un petit peu trop impliqué, des fois dans le cocooning, c'est mon truc. C'est un peu ma... Je materne, enfin, pas à l'extrême, je les infantilise pas ! C'est vraiment : je les sens inquiets, moi, je dis : « Attends deux minutes, moi, je discute avec la personne ». Donc, voilà, et c'est tout ça. »

(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

Du côté des infirmiers, le relationnel et le travail humain sont également largement mis en avant dans les valeurs et sources de satisfaction de la profession, toutefois, on observe davantage de différences en termes de genre dans les discours.

« C'est vraiment, dans chaque évaluation annuelle, dans mon travail, c'était le mot « relationnel » qui ressortait tout le temps. C'est la relation à l'autre qui nous emmène aussi, mine de rien, qu'on le veuille ou non, à soi-même, aussi. Et d'échanger, de connaître l'histoire de l'autre. C'est toujours... je l'ai encore aujourd'hui, de savoir : comme là, je suis au centre de rétention, je m'occupe des gens qui viennent des fois avec une trajectoire de milliers de kilomètres, même de nombre d'années, où ils ont marché. Quand ils arrivent, ils me racontent leur vie. Je suis très curieuse, ça m'interpelle et pour moi, c'est à chaque fois quelque chose de nouveau. C'est jamais la même chose. »

(Infirmière, 40 ans, BFC 4)

Si les infirmières argumentent davantage sur l'importance du relationnel et de leur rôle auprès des patients, les hommes ont été plus nombreux à mettre en avant l'aspect plus technique et médical lié à la fonction. D'autre part, les infirmiers de ce corpus sont plus nombreux que les femmes à occuper des postes dans des structures hospitalières et dans des services de spécialité tels que la réanimation, la chirurgie orthopédique, viscérale ou l'anesthésie. Ces services demandent davantage d'aptitudes, connaissances techniques, médicales que des compétences liées au « care », ou en surface. Le travail relationnel ne sera pas le même et orienté de la même façon que l'on soit infirmier en réanimation ou en EHPAD. Par ailleurs, les compétences relationnelles semblent moins mises en avant du fait de la reconnaissance de la fonction (comparé aux AS) et de l'aspect plus « prestigieux » des tâches réalisées dans ce type de service.

« Dans le cadre de mon projet de devenir infirmier anesthésiste, j'avais déjà une certaine idée de ce que j'allais faire dans ma carrière, pour réunir toutes les compétences pour suivre la formation, être le mieux armé possible pour réussir ces études. J'ai commencé par soin intensif neurovasculaire, ensuite il me fallait une expérience cardio, qui est très importante dans l'anesthésie ; le fait de pouvoir lire les tracés cardiaques...de pouvoir interpréter ces courbes et prévenir les aggravations possibles au cours d'une anesthésie, et la dernière chose qui me manquait, c'était la prise en charge du patient intubé, et ventilé »

Il serait toutefois réducteur de dire que les hommes ne mobilisent pas la question du travail humain, du relationnel dans leur discours. Ils semblent davantage souligner les compétences techniques que les femmes. *Les hommes ne restent pas dans les soins généraux, la progression en nombre étant la plus évidente dans la partie haute de la hiérarchie infirmière. Plus le statut est élevé dans la hiérarchie, plus la part des hommes s'accroît*²⁷. On trouve effectivement davantage d'infirmiers dans les services techniques (anesthésiste, réanimation, bloc opératoire, urgences...). La sociologue Geneviève Picot (2009) observe trois profils d'infirmiers, le premier (de loin le plus répandu) correspond aux infirmiers exerçant dans des services de soins techniques, le deuxième aux infirmiers qui n'envisagent leur exercice professionnel qu'avec un déroulement de carrière, et enfin le troisième profil concerne des professionnels qui n'envisagent pas de spécialité et qui sont motivés « *par l'acquisition d'une connaissance au contact du malade et sont très investis dans la « relation d'aide » avec les soignés. Leurs critères de choix d'un service plutôt qu'un autre ne se limite pas à l'aspect technique de l'exercice professionnel mais aussi à la dimension communicationnelle du soin »*.

« Et puis je disais que j'envisageais peut-être de m'orienter dans cette discipline-là, et puis ça m'a pas convenu, du coup je suis retourné à l'hôpital, pour exercer deux ans ma profession d'infirmier, au sein du bloc opératoire, comme aide-opératoire. Et puis ensuite, j'ai trouvé la spécialité d'infirmier anesthésiste à travers cette première expérience professionnelle. Et puis j'ai passé le concours, pour rentrer à l'école d'infirmier anesthésiste, j'ai fait deux ans de spécialité, après quoi j'ai réintégré, donc bon, puisque c'était une formation professionnelle, l'hôpital, et puis j'ai tout le temps exercé à l'hôpital public, jusqu'à présent. »

(Infirmier, 50 ans, GE 1)

« Depuis que j'ai commencé mes études, y a 8 ans, j'ai jamais dévié du parcours que j'avais imaginé. »

(Infirmier, 26 ans, CVDL 4)

« Les qualités ? Ben, je dirais les qualités relationnelles, évidemment. Il faut vraiment être en capacité de rentrer en contact avec une personne, à un moment, qui va être en difficulté, que ce soit d'ordre somatique ou psychologique. Après moi, ce que je trouve aussi : des qualités de curiosité,

²⁷ Geneviève Picot, « Les hommes et l'activité de soin : réalités et enjeux dans un contexte de changement de l'organisation du travail à l'hôpital », *Sciences de la société* [En ligne], 76 | 2009, mis en ligne le 01 avril 2020

d'observation, vraiment, pour essayer de ne pas passer à côté de choses. Des qualités, après... il y en a, il y en a beaucoup, après, je pense qu'elles sont assez spécifiques, aussi, à certains services dans lesquels on peut être amené à travailler, que ce soit pour des infirmiers de réanimation, vraiment, d'avoir beaucoup de mémoire, des choses comme ça. Moi, j'étais en psychiatrie, où c'est vraiment la qualité relationnelle, plus, qui va être mise en avant. Et puis la façon d'appréhender divers médiateurs, qui peut être intéressante. En santé au travail, actuellement, c'est beaucoup la curiosité, justement, qui est mise en avant, parce qu'il faut vraiment essayer de comprendre ce qui se passe dans toutes les interactions professionnelles, sociales, personnelles de l'individu, pour pouvoir répondre au mieux aux besoins qu'il peut avoir. »
(Infirmier, 40 ans, GE 3)

Si l'attrait pour l'aspect relationnel intervient très tôt dans le discours ainsi que dans le parcours des infirmières, il semble que les infirmiers découvrent cette partie du travail et l'investissent une fois sur le terrain. Concernant les infirmières de notre corpus, elles sont moins nombreuses à travailler dans des services de spécialités dites « techniques » mais davantage en EHPAD ou en psychiatrie. Or, si ces domaines d'activités nécessitent des compétences techniques et des connaissances pointues, les acteurs ne mobilisent pas les mêmes dans ces services davantage en lien avec l'accompagnement, le care, l'écoute, la parole, etc.

🔪 La construction d'un ethos professionnel²⁸ genré

La représentation de ce qu'est un « bon professionnel », un bon AS ou un bon infirmier transmise notamment au cours de la formation, encadre et guide les pratiques des enquêtés rencontrés.

Si être un « bon professionnel » consiste en la « bonne mise en pratique » des actes médicaux et activités de nursing concernant les pratiques des AS et infirmiers, cela concerne également la capacité des professionnels à développer des compétences en lien avec le contact des malades, la prise en charge des émotions, le relationnel. Les soignants vont, au cours de leur exercice professionnel, à la fois mobiliser des compétences techniques, des savoirs médicaux mais également s'adapter aux profils de patients (les aides-soignantes en réanimation vont devoir mobiliser davantage de savoirs dits « techniques » et moins de relationnel (en apparence et selon leur discours) que leurs collègues en Ehpad, par exemple), ainsi que dans les services où ils évoluent, gérer les urgences, travailler en équipe et communiquer avec les différentes fonctions présentes, etc.

Comment se transmet l'ethos professionnel et les compétences qui s'y rattachent ?

Nous avons vu précédemment que la rhétorique professionnelle de la vocation contribuait à naturaliser les pratiques et les compétences comme dispositions personnelles et féminines. Toutefois, la formation théorique joue un rôle primordial concernant la transmission des savoirs (techniques et liés au care), et s'accompagne d'un apprentissage, sur le terrain par le biais de stages. Durant les stages les élèves sont accompagnés d'une ou d'un professionnel tuteur, ayant de l'expérience. « *L'ancienne* », grâce à ses années d'expérience, détient une légitimité à « orienter » la nouvelle, c'est-à-dire à lui présenter le contexte organisationnel. Cette légitimité découle des années qu'elle a passées dans l'organisation²⁹. » L'observation sur le terrain, en situation pratique, permet aux tutrices de jauger les compétences des nouvelles recrues, à la fois les compétences techniques mais en particulier les savoirs-être. « *Les compétences jugées par le groupe de pairs possèdent un caractère informel : elles*

²⁸ L'ethos professionnel constitue un dénominateur commun à un ensemble d'individus pratiquant une activité similaire qui se reconnaissent et sont reconnus comme membres d'un groupe professionnel

²⁹ **François Aubry**, « Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes : une comparaison France-Québec », *Formation emploi*, 119 | 2012, 47-63.

dépassent le cadre des qualifications requises, notamment lors de la formation, et sont donc d'un autre ordre. » (Op. Cit. Aubry, 2012). Notons que la formation ne permet pas uniquement de transmettre des connaissances, des savoirs techniques mais elle permet également de transmettre un rôle professionnel. Celui-ci transmet des codes et des normes communes, parfois de façon tacite, permettant aux professionnels de savoir comment agir et évoluer.

C'est le cas de cette infirmière, tutrice d'étudiantes infirmières, qui explique qu'elle décèle tout de suite la capacité de chacune à faire ce métier ou non, en utilisant un vocabulaire lié à « l'imprégnation », comme si les qualités requises étaient intériorisées par les élèves comme un don, une aptitude personnelle en dehors des critères uniquement liés à la formation et la théorie. Détenant elle-même ces qualités, elle serait alors capable de les déceler chez les stagiaires. L'utilisation de la rhétorique de la vocation est de nouveau mobilisée. Par ailleurs, les qualités nécessaires à la profession, utilisées dans le discours, ne sont pas des compétences techniques mais davantage une posture, des savoirs-être, des dispositions « personnelles ». Elle fait référence également à des traits personnels liées à « l'humilité », la « curiosité », « l'authenticité » qui constituent selon elles les qualités du « bon professionnel ». Le critère principal, selon cette infirmière, est de percevoir la formation et donc la profession comme ayant un sens, et non comme un « hasard » ou une nécessité alimentaire, par exemple.

« On voit celles aussi où c'est une vocation. On le sent tout de suite, et d'autres une fragilité : ça fait un peu peur. Elles sont imprégnées, et il y a quelque chose, c'est très naturel, elles sont authentiques. Elles sont, ouais, c'est un métier où, pour moi, il faut être soi-même. Ouais, l'authenticité, on le sent, et elles aiment ce qu'elles font. Elles ont une curiosité. C'est une posture : elles ont, comme dit, cette humilité, ce contact, il y a pas ce côté supérieur où certaines qui sont là : ouais, je fais la formation parce que je fais la formation.

(Infirmière, 40 ans, BFC 4)

Par le biais de la formation théorique et pratique, sont transmises des compétences contribuant à former un « genre social de métier ». *Ce genre là correspond à des manières d'agir et de penser le milieu professionnel, caractérisé par une mémoire impersonnelle et collective qui donne sa contenance à l'activité personnelle en situation : manières de se tenir, de s'adresser, de commencer une activité et de la finir, etc. Ces manières de prendre les choses et les gens forment un répertoire des actes convenus ou déplacés que l'histoire de ce milieu a retenu*³⁰.

Sophie Divay (2013), montre, également, qu'il existe une transmission intergénérationnelle de ce genre social du métier qui met en avant des valeurs particulières, en lien notamment avec « l'ethos religieux liées à la fonction », comme celles de l'importance du travail « bien fait », le fait d'être dur au mal, de ne pas se plaindre, de venir travailler même en cas de maladie, etc. La sociologue³¹ met également l'accent sur la transmission d'une double injonction, celle du souci de l'autre et de l'oubli de soi durant le temps de l'exercice professionnel, tout en adoptant une « bonne distance » entre soi et les patients. Cette « bonne distance » réside en un subtil dosage que les professionnels se doivent de tenir pour être considérés comme de « bons professionnels ». Effectivement, si le relationnel est valorisé, celui-ci ne doit pas dépasser un certain cadre, notamment dans le but d'éviter des transferts de situations personnelles pouvant créer des sentiments de frustration et de souffrance.

³⁰ Sophie Divay, « Soignantes dans un hôpital local : des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation », 2013, Presses de l'EHESP

³¹ Sophie Divay, « Les dessous cachés de la transmission du métier de soignante », SociologieS [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 07 mars 2014

« Il y en avait peut-être certains qui étaient un peu compliqués. Après, on avait une jeune fille qui faisait beaucoup écho sur moi, donc j'y ai beaucoup pensé aussi. Je me suis dit : est-ce que son histoire n'a pas été trop difficile pour moi ? Elle avait une histoire similaire à la mienne, de mon enfance, donc du coup, et elle était en énorme souffrance, beaucoup plus que moi j'ai pu l'être, c'était pas au même stade, mais du coup, je pense que ça faisait quand même écho. J'arrivais pas à l'aider, je voyais bien que je bloquais. J'avais une peur terrible de m'en occuper. Je pouvais pas l'aider. »

(Infirmière, 34 ans, BFC 9)

L'investissement, la « dévotion » à la fois en termes de temps (horaires atypiques, remplacements, etc.), mais également en termes d'émotions et d'investissement physique constituent une figure de proue de la représentation du « bon soignant ».

Le travail en horaires atypiques : le travail tôt le matin ou le soir, la nuit ainsi que les week-ends et jours fériés concernent davantage les femmes et particulièrement les femmes peu qualifiées³², en est un bon exemple. Les professionnels ne peuvent envisager la carrière d'AS ou d'infirmière, en particulier à l'hôpital ou en EHPAD, sans prendre en compte les contraintes inhérentes à la fonction et s'y plier. Ces horaires, souvent changeants, vont nécessiter de la part des professionnels, et en particulier des femmes, de « jongler³³ » avec leur travail et leur vie personnelle. Les douleurs physiques, telles que le mal de dos ou les problèmes articulaires font également partie des « règles du jeu ».

Le travail humain est, comme dit plus avant, mis au centre des valeurs, dans lequel les travailleurs vont investir, éprouver leur corps et leurs émotions au contact des patients (en adoptant différentes distances en fonction des services et structures notamment) et composer avec ces effets, gérer les angoisses, les inquiétudes, les peurs, la souffrance physique et psychique et être en mesure de contrôler ses propres émotions, ses douleurs physiques ou psychiques, frustrations, peurs, etc.

« Ah oui, oui, j'ai oublié aussi ! Un jour, j'ai eu un résident qui m'a fait faire une névralgie cervico-brachiale, parce que j'ai des problèmes d'arthrose : à la force de travailler, on a toujours des maladies professionnelles. Et moi, c'est toujours le haut du corps : les cervicales, les épaules, c'est pour ça que je me suis fait opérer de mon épaule droite : acromion avec tendinopathie. Ça fait trois ans maintenant, j'ai bien récupéré, et j'ai récupéré à 100%. Et je suis reconnue travailleuse handicapée depuis. Mais bon, je travaille toujours, parce que je me sens capable, avec tout le matériel adapté. Je peux, je n'ai aucun risque. »

(Aide-soignante, 48 ans, BFC 1)

« Je vous dis, il y en a plein. Il y a des, il y a des choses qu'on pourra pas retirer de la profession : des gens qui souffrent, les gens qui meurent, puis qui souffrent physiquement, ou psychologiquement aussi. Même sans voir des gens qui meurent, quand on va chez des gens, quand on les aide à la toilette et puis, qu'ils sont seuls, qu'ils nous racontent un peu leur vie : qu'ils sont seuls... C'est pas très, très joyeux, quoi ! Alors après, oui, dans notre profession, c'est sûr : des gens qui crient, quand ils ont mal, des gens qui meurent, ou leurs proches aussi, quand ils sont tristes, tout ça. Forcément, c'est pas facile, facile à vivre à chaque fois, oui. »

(Aide-soignant, 39 ans, BFC 8)

³² Lambert, Anne, et Laetitia Langlois. « Horaires atypiques de travail : les femmes peu qualifiées de plus en plus exposées », Population & Sociétés, vol. 599, no. 4, 2022, pp. 1-4.

³³ Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller. Jongleuses en blouse blanche : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières. Actes des IXèmes Journées de Sociologie du travail Contraintes, normes et compétences au travail : les régimes de mobilisation", Atelier 1 "Evaluation des situations de travail", Centre Pierre Naville, Travail et mobilités, Paris, 27-28 novembre 2003, 2003, Paris, France. pp.39-47.

Un « bon soignant » est un soignant investi, qui mobilise à la fois des savoirs techniques et émotionnels, liés au « care » intégrés comme dispositions liées au genre, qui n'exerce pas son métier par hasard, qui porte des valeurs, un sens particulier à sa fonction, celui de l'humain au centre. « *L'idéal relationnel sert de ciment tempérant l'hétérogénéité manifeste de la profession* » (Petitat, 1994 : 245).

Si le relationnel prime, la figure du « bon soignant » s'ajuste selon les services et les secteurs d'activités et leur culture. Le travail en équipe, par exemple, peut être une des conditions primordiales mise en avant dans un service, tel qu'un service de réanimation où l'urgence et la gravité de l'état des patients nécessitent un travail en étroite collaboration entre les différentes professions présentes et dans lequel le travail relationnel sera réalisé auprès des familles et de l'équipe. Au contraire d'un établissement psychiatrique recevant des adolescents où les professionnels pourront évoluer avec davantage de souplesse et d'autonomie, les uns vis-à-vis des autres, et dans lequel le contact avec les patients sera valorisé.

« Pour moi, elles n'ont rien à faire dans ce métier-là quoi, pour moi elles font ça parce qu'il y a du travail, elles touchent un salaire, mais le côté humain elles n'en ont rien à faire »

(Aide-soignante, 50 ans, GE 5)

Finalement, les savoir-faire et les savoirs-être transmis par le biais du terrain ainsi qu'en formation participent à la construction d'un ethos professionnel qui conduit les professionnels à se conduire et à agir d'une certaine manière. L'ethos professionnel vient parachever les représentations et les valeurs déjà incorporées par les acteurs en lien avec le genre du métier. Femmes et hommes vont exercer dans les mêmes conditions, dans les mêmes cadres institués en amont et vont souffrir des mêmes maux. Ici les singularités ne se trouvent pas dans les rapports sexués en lien avec la santé au travail mais bel et bien dans le genre du métier qui semble gommer, ou placer sur un second plan d'éventuelles singularités hommes/femmes.

Synthèse du chapitre

- 🔪 Des métiers relevant du « care » très largement investis par les femmes
- 🔪 Des qualités nécessaires associées « naturellement » aux femmes comme dispositions personnelles
- 🔪 La dimension genrée du métier et la naturalisation des savoirs sources de confusion entre les qualités et les valeurs personnelles et professionnelles
- 🔪 Un métier qui a du sens pour les professionnels (vocation, héritage familial, etc.), des motivations pratiques, « terre à terre » davantage observées chez les hommes
- 🔪 Le relationnel au centre des discours et des valeurs s'inscrivant dans des compétences dites féminines et qui permet aux travailleurs de valoriser et légitimer leur fonction
- 🔪 Le genre des personnes qui semble gommé au profit du « genre du métier » en particulier chez les AS
- 🔪 Des compétences techniques davantage mises en avant par les infirmiers et infirmières, en particulier par les hommes
- 🔪 Des pratiques guidées par un ethos professionnel fort, transmis en formation et sur le terrain autour de valeurs telles que l'investissement, l'implication, l'oubli de soi, etc.

4. Des souffrances institutionnelles : Une organisation pathogène

Ce chapitre est consacré à l'apparition de la souffrance psychique durant le parcours et ses différentes causes. Les entretiens réalisés auprès des acteurs montrent que le mal-être s'observe parfois déjà durant la formation ou durant les premières expériences sur les terrains de stage ou après. Par ailleurs, nous avons demandé aux personnes de retracer leur parcours professionnel en lien avec la souffrance, beaucoup mettent en évidence l'apparition d'un mal-être dans plusieurs contextes, à différents moments de leur vie professionnelle. Il semble que leur analyse soit rendue possible parce qu'ils sont, au moment de l'entretien, intégrés dans une prise en charge médicale (pour la plupart), dans un travail réflexif et qu'ils analysent rétrospectivement les causes et l'apparition de cette souffrance psychique. En d'autres termes, les souffrances psychiques n'ont pas toujours été considérées comme telles au moment de leur apparition. C'est aussi l'accumulation de certaines conditions d'exercice, de différents facteurs qui créent l'installation progressive, durable et parfois insupportable d'un mal-être.

Des souffrances psychiques qui apparaissent tôt dans le parcours : Le décalage entre la figure de « bon professionnel » et la réalité pratique

Les enquêtés rencontrés mettent en avant un décalage entre les valeurs instituées au cours de leur formation de soignant, et les possibilités de mise en œuvre sur le terrain. En effet, si le travail humain, l'importance du relationnel sont prégnantes et précèdent souvent la formation, en particulier chez les femmes, ils se trouvent difficilement réalisables, une fois sur le terrain, du fait des différentes réalités et difficultés liées aux conditions de travail jugées dégradées.

S'il existe un nécessaire décalage entre le travail prescrit, notamment constitutif de la formation et les enseignements transmis lors de celle-ci, et le travail réel pouvant impliquer comme l'explique Christophe Dejours (2016) une certaine marge de manœuvre de liberté permettant aux professionnels de s'adapter, de négocier, d'inventer une façon de réaliser leurs missions, il semble que les décalages mis en avant par les professionnels rencontrés vont au-delà de « simples » ajustements, négociations. « Lorsque cette négociation est poussée à sa limite ultime, et que le rapport homme-organisation du travail est bloqué commence le domaine de la souffrance et de la lutte contre la souffrance ³⁴ ». Le décalage s'observe à la fois en termes de différences observées entre la formation et le terrain mais est également lié à l'organisation du travail et à des questions organisationnelles, notamment, par des contraintes de temps et de moyens humains et/ou matériels.

En effet, sur le terrain, et parfois dès les premiers stages, les enquêtés « désillusionnent ». L'aspect humain promu durant la formation et en amont de celle-ci n'est pas toujours au centre des pratiques, engendrant une perte de sens et une souffrance psychique chez ces soignants. Un infirmier parle de désenchantement entre la période d'apprentissage et l'arrivée sur le terrain.

« C'est ce que je disais, c'est qu'on se construit un idéal quand on est en formation, quand on est tout jeune, tout beau tout flamme. Je pense, on fait fi des difficultés qui sont autour de nous, qui s'amoncellent, enfin on les brise par rapport à cette force-là de... cette croyance, qui nous nourrit, quoi, finalement. Et en vieillissant, en pratiquant, on se désinvestit progressivement et on trouve, on

³⁴ Dejours Christophe (Op. Cit. 2016)

retrouve peut-être un sentiment, parfois d'amertume, de tromperie, de tricherie. Et les valeurs se transfèrent sur autre chose, nos propres valeurs. On est conduit à éprouver des sentiments qu'on n'avait pas forcément au départ et qu'on veut pas, surtout, cultiver. »

(Infirmier, 50 ans, GE 1)

Les différences observées par les professionnels entre le travail prescrit et réel ne permettent pas de tenir la posture de « bon professionnel » inculquée durant la formation. Les objectifs à la fois relationnels et techniques à tenir, acquis en amont, tel que prendre du temps pour la toilette des résidents en EHPAD, par exemple, sont intenable en réalité, du fait du manque d'effectif, du nombre accru de résidents, et des objectifs, en termes de rythme à respecter, dans une journée de travail.

« Ce que je trouve dommage c'est qu'à l'école d'AS, on nous fait croire que c'est le monde des bisounours, on nous dit de prendre le temps, alors qu'en réalité, c'est même pas possible en fait, on court de partout, on a tant de toilettes à faire en une matinée, ce que je trouvais dommage c'était ça en fait, parce qu'à l'école on nous montrait vraiment le monde des bisounours quoi. »

(Aide-soignante, 24 ans, GE 2)

« Aider quelqu'un pour une toilette, si on veut bien le faire, si on veut pas lui laisser de la merde dans les ongles, ou les dents crades etc., ben, c'est des trucs qui prennent 20 minutes, une demi-heure et y a des fois, qu'on est en stage, on en stage, ou même après dans notre profession, on a que, on a juste la moitié du temps, en fait. Donc ça, quand on est en cours, on nous dit bien qu'il faut bien faire les ongles, les dents etc. Et de toute façon, nous, c'est ce qu'on veut faire quand, même, on pratique. Mais il y a quand même un gouffre entre ce qu'on veut faire, ce qu'il faut faire bien dans les règles, et puis, en pratique, c'est impossible.

(Aide-soignant, 39 ans, BFC 8)

Par ailleurs, les enquêtés et particulièrement les infirmiers et infirmières de notre corpus mettent en avant le fait que la formation dispensée constitue un socle commun de connaissances qu'ils considèrent comme des connaissances de « bases ». Toutefois, la profession d'infirmière apparaît, selon eux, comme diverse et nécessite des compétences, des qualités et des connaissances spécifiques en fonction des services et des structures, à la fois en termes de « savoir-faire » techniques, médicaux mais également de savoirs-être, sur la manière de se comporter, d'intégrer une équipe et d'évoluer dans chaque service. Certains enquêtés se trouvent en difficulté dans des services spécifiques d'une part parce qu'ils se retrouvent confrontés à des cultures de services différentes et dans lesquels la manière de se comporter et d'agir varie des expériences précédentes.

C'est notamment le cas de cette infirmière, qui au cours de sa carrière, sera amenée à travailler dans une structure psychiatrique pour adolescents et qui, par manque de formation, éprouvera des difficultés, à la fois à prendre en charge les patients mais également à s'intégrer dans l'équipe. L'autonomie laissée aux professionnels évoluant dans ce service sera considérée par l'enquêtée comme un manque de cadre et contribuera à l'apparition d'un mal-être progressif.

« Après, ce que je peux voir, c'est que je n'ai pas eu du tout de formation. Je pense que d'avoir une formation, ça m'aurait aidée, voilà, peut-être que... Là, il y a vraiment pas de formation. C'était pas du tout cadré. En fait, on pouvait faire comme on voulait. Donc, j'ai pas du tout été aiguillée à un moment donné, en disant : Hou ! Là, là ! Là, c'est pas possible. Tu prends trop l'émotion sur toi-même. »

(Infirmière, 34 ans, BFC 9)

Cet infirmier, qui relate son expérience en réanimation, met en avant le manque de connaissances spécifiques à la réanimation ainsi que la culture particulière de ce service. Son sentiment

« d'incompétence » est accru par la difficulté à intégrer cette équipe considérée comme une équipe de pointe, ultra technique se plaçant symboliquement au-dessus de toutes les autres disciplines. Les normes et les valeurs du « bon professionnel » mobilisées dans ses précédentes expériences semblent ne pas convenir aux normes et aux modes de fonctionnement de ce service.

« Je me retrouve seul dans cette chambre-là, et on me demande de faire des trucs particuliers que j'avais jamais fait, c'est-à-dire qu'on me demande de faire un relai adrénaline-noradrénaline par exemple, j'avais jamais fait, donc je vais voir ma collègue et je lui demande : « comment on fait ? » elle me regarde de haut – parce que c'était une ancienne hein- elle faisait partie de celles qui ne parlent pas au moins de un an- elle me dit : « oula t'es nouveau toi ... » « oui, je suis nouveau, explique moi s'il te plaît » « ok tu fais comme ça comme ça. » (...) « J'ai beau avoir fait des soins intensifs neurovasculaires, quand on faisait des EEG, on les envoyait en salle d'EEG et c'était un médecin qui faisait ça, moi je le voyais pas. Y a plein d'examens comme ça qui sont, qui se font dehors...en réa on fait tout ! les radios c'est en chambre, on fait tellement de choses en chambre parce qu'on peut pas déplacer ces patients...donc là j'entends des réflexions : « ouais il a fait de la neuro il sait pas poser un EEG »
(Infirmier, 26 ans, CVDL 4)

« N'importe quel infirmier pourra vous le dire si vous en rencontrez, posez la question, vous aurez la même réponse : il y a un élitisme en réa. Quelque part c'est vrai qu'en réa on...exige de vous des compétences très élevées dans différentes spécialités... (...). C'est vraiment des compétences poussées et ça c'est vrai, le problème c'est que les gens en réa développent une sorte de complexe de supériorité. C'est-à-dire que y a la réa, là (montre un niveau au-dessus de sa tête) et y a tout le reste, tout ce qui est en dessous, c'est de la merde. Clairement. J'arrive en réa, on me demande ce que j'ai fait, je dis : « j'ai fait 4 ans de soins intensifs neuro, et j'ai fait soins intensifs cardio aussi », « ah oui, t'as rien fait quoi ! ». On me l'a sorti comme ça, vraiment cash. »
(Infirmier, 26 ans, CVDL 4)

Le décalage observé entre le travail prescrit et le travail réel est tel qu'il met les professionnels dans une incapacité à pouvoir réaliser leur travail dans les règles qui, petit-à-petit, impliquent une perte de sens et une souffrance.

Si les enquêtés mettent en lumière des difficultés et une souffrance psychique parfois au moment de la formation et au début de leur exercice professionnel, il semble que ce soit aussi l'accumulation tout au long de la carrière de certaines conditions d'exercice qui vont peser sur l'installation durable d'une souffrance psychique. En d'autres termes, les contraintes et difficultés créant de la souffrance vont être d'abord « absorbées » par les professionnels, qui n'ont parfois pas d'autres choix que de se conformer à la figure du « bon professionnel », (selon leur discours et leurs parcours), et de « tenir », d'être « dur au mal »³⁵.

³⁵ Divay Sophie (Op. Cit. 2012)

Le travail avec l'humain comme source de souffrance ?

Les personnels soignants sont confrontés au cours de leur exercice à la maladie, la souffrance, physique, psychique et sociale, la mort des patients. Ces confrontations prendront des formes différentes selon les lieux et domaines d'activités. En EHPAD ou dans les services gériatriques, les professionnels devront davantage faire face à l'inéluctable fin de leurs patients que dans un service psychiatrique dédié aux adolescents. Les définitions professionnelles ainsi que leur rôle et la façon de prendre en charge la souffrance diffèrent. La mort est également perçue, intégrée et vécue différemment selon les services, le décès de personnes âgées peut être considéré comme « naturel », faisant partie de l'ordre des choses, au contraire d'un décès survenu en service de néonatalogie.

La période de crise sanitaire a particulièrement touché les enquêtés, non seulement par la charge de travail, mais aussi par une confrontation plus forte et plus « violente » à la mort des patients, notamment dans des services où la mort est vécue comme un échec de la thérapie³⁶. C'est le cas par exemple de cette aide-soignante, et infirmier exerçant dans les services d'urgence et de réanimation.

« La souffrance, elle est vraiment... elle est particulière en réanimation, parce que vous êtes confrontés au quotidien avec la mort, au quotidien, avec des situations, des situations extrêmes, comme ce qu'on a vécu aussi avec le Covid. »

(Aide-soignante, 40 ans, CVDL 3)

« Y avait à la fois déjà la difficulté du travail, et puis en covid y a beaucoup de morts c'est déjà assez compliqué, on a 20% de décès en temps normal en réa, là on montait à 50 % de décès...des morts et des morts et des morts ! »

(Infirmier, 26 ans, CVDL 4)

Ces souffrances liées au travail avec le corps, l'humain semblent être en partie « absorbées » par les professionnels, et faire partie des émotions éprouvées lorsqu'on est AS ou infirmier et des règles liées à la fonction, et à la pénibilité du travail de soignant.

D'autre part, Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller expliquent que les femmes sont plus amenées à travailler au contact de personnes en détresse, travail qui « *reste perçu comme prolongeant les qualités naturelles de compassion féminine, et donc ne légitimant ni compensation salariale ni prévention de risques professionnels, contrairement au « port de charges lourdes.* »³⁷ Ces représentations genrées des actes réalisés contribuent, nous semble-t-il, à invisibiliser les souffrances ressenties par les acteurs.

L'adoption d'une « bonne distance » à garder avec le public, acquise lors de la formation est en partie censée permettre aux professionnels de se protéger et de se préserver de ces souffrances. Cette « bonne distance » consiste de la part des professionnels à exercer une « *distanciation et un contrôle de soi visant à la fois à préserver l'intégrité psychique des personnels et à garantir une plus grande efficacité du travail thérapeutique* »³⁸. Toutefois, « l'humain » prend parfois le pas sur les règles, et les discours des enquêtés révèlent qu'il est parfois difficile d'apposer travail émotionnel, accompagnement des patients et « bonne distance ». Certaines situations peuvent bouleverser, rappeler un proche, un événement personnel, etc., et créer ou raviver une forme de souffrance.

³⁶ Florent Schepens, « « Nous, on n'a pas de problème avec la mort ». Travailler en soins palliatifs », dans : éd., *Les soignants et la mort*. Toulouse, Érès, « Clinique du travail », 2013, p. 213-225

³⁷ Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller. Santé mentale au travail et genre. Intérêt et limites d'une approche statistique au travers de l'enquête Sumer en France. 2016

³⁸ Marc Loriol, Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail, Anthropos, coll. « Sociologiques », Paris, 2000, 293 p.

« 2010...je devais avoir 19 ans, c'était mon premier boulot...j'étais à (nom) à (ville) et j'ai signé pour du soin palliatif. Je me suis dit : c'est trop cool d'accompagner les gens dans la mort. Et au final, la cadre était trop contente, mais personne m'a prévenu, que ça allait être aussi dur, et en fin de compte, quand j'ai vu quelqu'un de plus jeune que moi mourir, je...je me suis dit que c'était pas que des personnes âgées qu'on accompagnait et ça a été vraiment un choc, et du coup on m'a déplacé de service »

(Aide-soignant, 30 ans, CVL 10)

« On parle un peu avec les familles, puis on a des staffs, on a des staffs avec les, parce que quand il y a un staff médecin pour annoncer aux familles, parce qu'il faut annoncer. Moi, la première fois que je suis allée à un staff : j'ai cru que j'allais pleurer. C'est quelque chose qu'il faut vivre. Quand vous annoncez à quelqu'un que la personne est allée à la douche, elle est tombée. Quand elle est tombée, elle a pris un coup sur la tête et s'est fait un hématome et que finalement, ben, il y a plus rien à faire. Il y a plus rien à faire, que même si la machine l'aide à respirer, mais que cérébralement, il y a plus rien à faire et que aussi, il faut annoncer : Est-ce que vous êtes pour le don d'organes, ou pas ? Est-ce que vous allez pouvoir... ? C'est quelque chose d'émotionnel au quotidien. »

(Aide-soignante, 40 ans, CVDL 3)

L'analyse des discours des enquêtés montre que la souffrance psychique liée au travail avec l'humain s'intensifie lorsque les professionnels éprouvent un décalage avec leur « mandat » et les missions réalisées en pratique. Ils déclarent en effet devoir prendre en charge des patients de plus en plus « lourds », avec de plus en plus de comorbidités, nécessitant un accompagnement plus accru, en particulier en EHPAD, où l'âge d'entrée en établissement en 2015 est de 85 ans, et où, comme le montre une enquête de la Drees, 35 % des personnes accueillies en établissement souffrent de maladies neuro-dégénératives³⁹. Certains professionnels ont également mis en avant des situations de violences, d'agressivité de la part des patients/résidents mais également des familles.

Rares sont les enquêtés ne relevant pas, au cours de leur parcours, d'accidents ou de douleurs physiques en lien avec leur activité de soignant. Les AS sont particulièrement confrontés à ces souffrances physiques du fait de la pénibilité des tâches réalisées au quotidien. Les activités et les gestes sont routiniers et souvent physiques, tels que la toilette, aider à lever une personne ayant perdu sa mobilité, etc. Au même titre que la confrontation au travail avec l'humain, la pénibilité physique est reliée par les professionnels aux contraintes inhérentes à la fonction. Cette pénibilité s'accroît lorsque la structure ou l'établissement ne la prend pas en considération, ne la rend pas visible et/ou n'est pas en mesure de la pallier, notamment par l'achat et la mise à disposition de matériel adéquat permettant une assistance comme les « lève-malades » par exemple.

« J'ai toujours manifesté du matériel, parce que moi, je dis : on n'est pas des machines, on n'est pas des robots. On n'est pas là pour se casser le dos. Et comme diraient certaines personnes âgées : « Vous êtes là, on n'est pas là pour souffrir : vous êtes là pour nous porter », elle nous a dit, une fois, une mamie. »

(Aide-soignante, 49 ans, BFC 1)

³⁹ Drees, Infographique : « L'hébergement des personnes âgées en établissements : Les chiffres clés », 2015

*« Et du coup, il y en a beaucoup qui me faisait la misère, donc par exemple les personnes Alzheimer, il y en a certain ils détestaient les douches, donc on me laissait les douches les plus compliquées, c'est-à-dire, les personnes tapaient... Pour vous dire ma corpulence, je fais 45kilos pour 1m56, donc je suis assez petite et maigre (rire). »
(Aide-soignante, 24 ans, GE 2)*

Néanmoins, si les discours montrent la pénibilité du travail en lien avec le travail humain, les enquêtés ne situent pas la souffrance psychique dans ce cadre mais davantage concernant les conditions d'exercice et l'organisation du travail ainsi que dans la façon dont l'institution prend en considération ces difficultés et plus largement la souffrance de ses travailleurs.

🔸 L'organisation et les conditions de travail sources de souffrances psychiques

Cette partie est consacrée à l'analyse des contraintes et difficultés éprouvées par les travailleurs au sein de l'organisation du travail. Nous nous appuyons, pour décrire ces conditions, sur le modèle d'analyse du stress au travail développé par Robert Karasek, psychosociologue, en 1979. Karasek développe par ce modèle la notion de « job strain » ou tensions au travail qui mènent les travailleurs à une situation à risque pour leur santé, où les marges de manœuvre individuelles ne permettent pas aux acteurs de faire face aux exigences qu'ils ressentent dans leur travail⁴⁰. Trois dimensions forment le « job strain » : la première est la dimension psychologique ou « job demand » à laquelle les professionnels sont soumis et concerne la quantité et l'intensité du travail, la dimension de liberté de décision ou « job control » renvoie à l'autonomie et aux marges de manœuvre du travailleur, à l'utilisation et au développement des compétences des acteurs et enfin la dimension du soutien social que les acteurs reçoivent de la part de la hiérarchie et des collègues de travail. A travers ces trois dimensions nous montrerons, grâce à des exemples issus de notre travail de terrain, comment les acteurs rencontrés sont concernés par le « job strain » et comment son accumulation crée chez eux de la souffrance psychique.

L'intensité et la quantité de travail ou « job demand »

La grande majorité des discours mettent en avant une surcharge de travail ressentie et ce, quel que soit le lieu d'exercice. Ils perçoivent, à travers l'intensité du travail et sa quantité augmentée, la dégradation progressive des conditions de travail (d'autant plus accentuée par la crise sanitaire liée à la COVID-19). L'intensité du travail mise en avant apparaît sous trois formes : son contenu en termes de quantité du temps de travail, de l'impossibilité d'anticiper et de bénéficier de temps de repos.

Nous l'avons vu précédemment, l'idéal de l'accompagnement relationnel semble impossible à mettre en place au quotidien dans les pratiques. Les travailleurs, en particulier ceux exerçant en EHPAD ont le sentiment de devoir travailler de plus en plus rapidement, de prendre en charge de plus en plus de patients, et/ou des patients nécessitant plus d'attention et de soins. Différents facteurs peuvent expliquer ces évolutions (augmentation de l'âge moyen d'entrée en institution, de la présence des pathologies psychiques, notions de rentabilité plus prégnante dans les organisations...). Toutefois, les plus avancés en âge mettent en avant la dégradation des conditions d'exercice depuis le début de leur carrière ; et cela dans la plupart des établissements dans lesquels ils ont travaillé.

⁴⁰ Dares, « Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003 », mai 2008, n° 22-1

Les causes de l'intensité et la quantité de travail des soignants

Le travail est comparé par certains à un travail ouvrier, un travail à la chaîne réalisé en usine, routinier, ultra-rythmé devant correspondre aux objectifs, aux attendus en termes de performance des établissements et structures de soin. Les actes de soins, notamment la toilette ou la délivrance de repas semblent réalisés de manière automatisée presque mécanique.

« Le premier jour (en unité de soins de longue durée), je me fais engueuler par une aide-soignante parce que je faisais des toilettes AMP, donc je nettoie les jambes, les pieds. Et elle me dit « Non mais ici il faut aller vite, tu sais c'est un peu l'usine, ton mari ne t'a pas raconté ? »

(Aide médico-psychologique, 40 ans, CVDL 7)

Ils déclarent se sentir pris en étau entre le fait de travailler vite et efficacement et préserver le relationnel et le bien-être des résidents, qu'ils considèrent comme primordial et valorisant. Certains enquêtés empiètent sur leur temps personnel pour concilier au mieux les exigences du travail, en commençant leur journée plus tôt et/ou finissant plus tard, raccourcissant leurs pauses déjeuner⁴¹. Pour d'autres, en dépit de leur implication le travail reste incomplet du fait de l'organisation globale. La sur-quantité de travail et l'impossibilité de le réaliser dans les horaires impartis peuvent progressivement impliquer des comportements en inadéquation avec leur éthique. Nombreux sont les enquêtés évoquant des situations de maltraitance, de la part des collègues mais aussi de leur part, devant les rythmes de travail intenable.

« La dernière fois j'étais seule pour 23. Seule pour 23 résidents, y'en a qui se lavaient seuls, y'en a où vous vérifiez, mais en tout ...quand j'ai vu ma liste, j'en avais 13 [qui ne pouvaient pas faire elles-mêmes leur toilette] Voilà, et 8 lourdes dans le lit, alors je sais pas à quelle heure vous finissez mais vous bâclez le travail. Tête et cul ! le visage et en bas, la toilette complète elle est pas faite.

Enquêteur : ça implique quoi comme relation avec les patients

Ça implique le malaise, ça implique la frustration...ils deviennent dépressifs à la longue, parce qu'on s'occupe pas d'eux, on les sort pas, on les promène pas...on discute pas assez avec eux, parce qu'il faut passer d'une patiente à l'autre, c'est une machine, une robotisation. Eux ils apprécient pas, vous restez 5-10 minutes avec eux, qu'est-ce que vous voulez discuter en 5 ou 10 minutes...qu'est-ce que vous voulez faire de relationnel en 5 -10 minutes ? c'est pas possible !

(Aide-soignante, 55 ans, CVDL 1)

Le regard que les enquêtés portent sur ces comportements maltraitants est ambivalent. D'un côté certains critiquent et stigmatisent les soignants qui adoptent ces comportements. Ils seraient ainsi des soignants n'ayant pas la vocation, et, ou manquant d'empathie.

« Il y a plein de gens qui finissent comme aide-soignant et qui savent même pas pourquoi. Et qui se retrouvent à travailler avec des gens, ils en ont rien à foutre des vieux ils ont pas l'empathie nécessaire à ce métier »

(aide-soignant, 30 ans CVDL 10)

D'un autre côté, les comportements maltraitants ne sont pas considérés comme une forme individualisée de violence, d'un acteur professionnel envers une personne vulnérable, mais comme le résultat d'une organisation du travail inadéquate (Molinier, P. 2010). C'est le rythme de travail qui empêche les soignants d'avoir un relationnel de qualité avec les patients, et c'est ce rythme qui épuise

⁴¹ Cf. plus loin dans ce rapport : Les stratégies de défenses et de protection : ce qui fait que les professionnels « tiennent »

les soignants, leur retirant également la disponibilité psychique dont ils ont besoin pour éviter des maltraitances envers les patients.

*« Je regarde au niveau de la prise en charge, on devenait maltraitants avec les résidents. Maltraitants c'est rentrer dans la chambre, ne plus entendre le cri du résident, lorsque le résident vous pose la main sur l'épaule, c'est « non non, c'est bon ! ».
(Aide médico-psychologique, 50 ans, CVDL 9)*

*« Vous allez rentrer dans une chambre, donner un médicament. Et puis le résident va vous dire : « J'ai mal, j'ai mal », mais vous l'entendez même plus. Et vous êtes capable de le maltraiter. Moi, j'ai jamais maltraité physiquement, mais verbalement en disant : « Oui, okay », genre : C'est bon, j'en ai marre. Mais pourquoi ? Parce que vous avez une charge de travail qui fait que. »
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)*

Si la surcharge de travail est présente quasi-systématiquement, ce n'est pas le seul élément qui conduit potentiellement à des maltraitances « institutionnelles » envers les patients ou résidents. Ainsi, plusieurs enquêtés estiment que l'organisation de leur établissement ne tient pas compte des besoins de leurs usagers, comme :

- 🔸 Le fait d'effectuer des toilettes quotidiennes et à heures fixes (y compris contre la volonté des personnes) ou la limitation du nombre de changes (conduisant à laisser les personnes longtemps dans leurs selles)
- 🔸 L'insuffisance de temps et d'activité permettant aux patients/résidents d'avoir du lien social
- 🔸 Le fait d'organiser régulièrement des changements de personnel (empêchant aux personnes d'établir un lien de confiance avec des soignants, voire leur enlevant ce repère pour les personnes désorientées).

*« Dans un service un jour, le lendemain dans un autre, elle [la cadre] a voulu mettre en place ça, donc là on a crié haut et fort : ouh là là stop, surtout que ça s'est passé en plein covid ! en pleine épidémie, où nos résidents étaient confinés en chambre, donc les repas étaient en chambre, ils bougeaient pas de leur chambre de toute la journée...et en plus on leur mettait des nouvelles têtes tous les jours. Alors en formation ils nous disent : ils ont besoin de repères, de tout ça. Ben là non rien à secouer, là... »
(Aide-soignant, 37 ans CVL 5)*

Leur participation à la réalisation de tâches, de gestes (techniques et relationnels) qu'ils jugent maltraitants car contraire à l'éthique professionnelle, aux valeurs, n'est pas sans conséquence sur la santé psychique (mais également physique) des travailleurs. Elle installe progressivement une dévalorisation à la fois de son travail mais aussi de la confiance en ses propres compétences.

L'exigence de disponibilité

Un des facteurs entraînant une surcharge de travail, ainsi que l'absence de visibilité concernant le temps et les horaires de travail, est le manque d'effectif et le turn-over important des professionnels, dans les structures et établissements. Du fait de la pénibilité du métier et des conditions de travail, les absences, les arrêts maladie, les démissions sont fréquents, en particulier en EHPAD ou à l'hôpital. Ces absences, arrêts maladie, souvent non remplacés, imposent aux personnels soignants d'absorber dans leur temps de travail, les tâches incombant aux effectifs manquants.

« Je vous dis, ça a été vraiment 2018, ça a été encore un été très dur où on a encore pâti d'un gros gros manque de personnel, j'ai une de mes collègues qui s'est fait très mal au dos en relevant une personne des toilettes, j'ai dû la porter pour la mettre elle-même sur un siège en attendant le médecin, donc elle est partie pour... je ne sais plus ce qu'elle avait. Et peu de temps après, c'est moi qui me suis blessée, je me suis déclenchée une grosse sciatique, pareil au travail, mais bon ça a été beaucoup la fatigue je pense... (...) C'était un peu la descente aux enfers, et voilà les conditions de travail qui s'amélioraient pas, et puis tout... des nouvelles collègues qui arrivent pour travailler et puis le lendemain vous les voyez pas, ça a été que ça... Alors des gens qui partaient, encore des collègues qui démissionnaient, et puis que des remplaçants, que des nouveaux... »
(Aide-soignante, AGE ?; GE 5)

Le turn-over incessant des soignants implique, pour ceux en place, la gestion d'un déséquilibre constant et bouleverse l'organisation du travail, la définition des tâches et les relations entre agents⁴². Le manque d'effectif apparaît comme un mécanisme de déstabilisation des stables⁴³.

La gestion des flux de personnel, des présences, des absences et des remplacements semble prise en charge, gérée par les cadres de santé. Ce sont les agents qui vont être amenés à combler les manques en acceptant, et en étant largement incités, d'être contactés sur leur temps de repos et parfois même durant leurs congés. Encouragés et justifiés par l'ethos professionnel, le fait de maintenir une offre de soin satisfaisante, de ne pas laisser les collègues en difficultés, les amènent à sacrifier une partie de leur temps de repos pour pallier les manques institutionnels.

« Quand vous êtes soignant, vous supportez tout. Parce que votre numéro de téléphone, on a le droit... Enfin, on a le droit ! On n'a pas le droit de vous appeler, ni de vous envoyer de mail sur votre boîte privée. Mais bon, pour plus de commodité, c'est fait. »
(Aide-soignante, 40 ans, CVDL 3)

« Oui, la dégradation des conditions de travail. Voilà, on ne peut pas t'aider parce qu'il y a pas assez de monde. Il faut revenir ce soir. Après, on n'est pas obligé de revenir, il y en a beaucoup qui disent : « Moi, je réponds pas quand c'est l'hôpital », moi je réponds. Après, maintenant, je réponds toujours, mais il y a une fois ou deux où je suis pas allé, je suis pas venu. Je dis : « Je suis pas sur place, je peux pas revenir ». C'est pas mal pris parce que... Manquerait plus que ça. Surtout vu le nombre de fois où je suis revenu. Mais bon, c'est toujours pareil : celui qui revient, le jour où il revient pas, on comprend pas. Alors que celui qui a toujours dit non, on va même pas lui téléphoner, parce qu'on sait qu'il va dire non. »
(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

Les agents ne peuvent anticiper les temps de repos étant donné que l'institution fait peser sur eux le bon fonctionnement des services, des établissements, qui semblent les contraindre à accepter des remplacements, souvent au pied levé. Cette disponibilité constante implique une porosité entre l'espace personnel et professionnel. Par ailleurs, elle demande également, y compris aux femmes ayant des enfants, des bricolages d'emploi du temps les obligeant à jongler entre le temps accordé aux travaux et responsabilités domestiques (largement dévolues aux femmes) et l'espace professionnel.

⁴² Divay Sophie, « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local », Sociétés contemporaines, 2010/1 (n° 77), p. 87-109.

⁴³ Castel Robert « Au-delà du salariat ou en deçà de l'emploi ? L'institutionnalisation du précarité, in : Paugam S. Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales. Paris : PUF, p. 413-433.

« C'était vraiment pas simple, surtout quand j'ai eu mes enfants. J'arrivais plus de tout à gérer avec la nounou, c'était juste impossible. La nounou me détestait à force. Voilà, donc c'était vraiment les conditions. »

(Infirmière, 34 ans, BFC 9)

L'exemple d'une organisation du temps de travail : Le travail en « 12 heures »

Indépendamment de la gestion des flux de personnel, la visibilité concernant les temps de travail, les plannings semble varier selon les structures et établissements. Toutefois, pour pallier ce manque de visibilité et limiter les conséquences du turn-over et l'absences des professionnels, l'organisation du travail en « 12 heures » est parfois mise en place. *« Les organisations en 12 heures sont variables selon les services, mais il est fréquent que les soignants à temps plein alternent une semaine de cinq jours de travail (c'est-à-dire 60 heures), puis une semaine de deux jours (24 heures), cela deux fois de suite, puis une semaine de repos. Ces plannings, plus réguliers et avec de nombreux jours non travaillés, tranchent avec l'histoire hospitalière où les rythmes de travail permettaient peu la coupure avec l'hôpital : horaires à rallonge, journées de travail qui s'enchaînent (parfois six ou sept d'affilée), repos les dimanches peu courants, etc. ⁴⁴ »*

Le travail en 12 heures permet de cumuler plus de jours de repos et donc de dégager du temps personnel. La régularité de cette organisation permet également aux agents d'anticiper, et de disposer d'une plus grande marge de manœuvre dans l'organisation de leur temps intime et personnel. Il contribue également grâce à son amplitude horaire, à améliorer l'accompagnement des patients et donc du travail relationnel, en passant davantage de temps auprès du public accueilli. En supprimant les trois équipes se succédant dans la journée, dans une organisation classique, il évite aussi « la course au temps » entre les différentes équipes.

En pratique, selon le discours des enquêtés, il semble que l'organisation en 12 heures ne suffise pas à répartir la charge de travail ni à l'assouplir. Au contraire de l'objectif de départ, les AS et les infirmiers, travaillant sous ce rythme horaire sont dans l'incapacité de pouvoir réaliser leurs tâches professionnelles durant leurs heures imparties. Certains débute d'ailleurs leur activité plus tôt et la terminent plus tard, pour rattraper leur « retard ». D'autre part, cette organisation octroie un temps de pause méridien plus important que dans une organisation normale. Ce temps n'est parfois pas investi par les professionnels, et /ou se déroule au sein du lieu de travail ne leur permettant pas un repos réel. L'amplitude horaire implique également chez les agents davantage de fatigue, voire d'épuisement, particulièrement concernant les plus avancés en âge.

C'est le cas de cette infirmière de 58 ans travaillant en EHPAD qui dit courir après le temps et être complètement épuisée en fin de journée. Selon elle, cette fatigue limite ses réflexes et sa patience en cas d'urgence, en particulier en fin de journée. Cela peut par conséquent être source d'erreur ou de maltraitance. Elle met également en avant le fait qu'elle est la seule infirmière présente durant ces 12 heures et doit donc répondre à toutes les sollicitations qui dépassent parfois le soin. Le travail en 12 heures contribue pour cette infirmière à fragiliser les conditions d'exercice, augmente son épuisement (physique et mental) et sa souffrance.

⁴⁴ Fanny Vincent, « Penser sa santé en travaillant en 12 heures », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 19-1 | 2017, mis en ligne le 01 novembre 2016

« Alors les postes de 12 heures se mettent de plus en plus en place. Moi, personnellement, ça me convient pas. Je trouve que la charge de travail est lourde, alors vous pouvez organiser votre temps de travail. Les jeunes aiment beaucoup, parce qu'en fait, quand vous avez fait... vous pouvez pas faire plus de 48 heures par semaine. (...) Les 12 heures, quand vous êtes seule infirmière, vous avez une responsabilité, c'est à dire que si vous avez un coup de rush en fin de journée, vous allez avoir l'adrénaline qui va monter, mais ça vous demande de réactiver votre énergie quelque part. Moi, je vais avoir 52 ans. Je ne suis pas au bout du rouleau. J'ai encore de l'énergie. Mais voilà, mes réflexes... c'est plus stressant. »
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)

Il semble également que les temps d'échanges, de transmissions entre les équipes soient plus sommaires du fait notamment du niveau de fatigue de l'équipe en place et de la non-concordance entre les horaires et régimes de travail selon les fonctions.

« Chose aussi importante : les 12 heures ont supprimé quelque choses : les transmissions, un moment hyper important. Où, normalement, de l'ASH à l'infirmière, voire, là où je suis, il y a la kiné, l'ergothérapeute : vous donnez l'information de la journée. Et vous parlez des résidents. Chacun a sa façon de voir ou à des éléments qui complètent la prise en charge du résident. Avec les 12 heures, donc, là aussi où j'étais, vous n'avez plus de transmission. Parce que les aides-soignantes, elles, sont déjà en matin ou en soir. Donc elles commencent avant vous. Vous, vous commencez à 7h, mais elles arrivent en service à 6h30. Donc déjà, quand vous, vous arrivez vous avez qu'un bout de papier qui a été fait par l'infirmière de la veille, pour vous préciser les problèmes qu'elle a eus. Il y a pas d'échange. »
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)

« Vous avez une transmission qui est faite sommairement par la fille de nuit, parce qu'elle a pas arrêté et elle est fatiguée, elle en peut plus, elle a les yeux au milieu des joues et elle dit : Bon, tout s'est bien passé. J'ai marqué tous les machins, les trucs, les selles sur un ordinateur. Voilà, j'ai rien à vous dire, au revoir à ce soir et vous : hop ! Et après, t'es balancé, comme ça, dans le service. Ça sonne déjà de partout. »
(Aide-soignant, 58 ans, BFC 6)

La mise en place de ce type d'organisation ne semble pas se faire en concertation avec tous les acteurs concernés. Par ailleurs, une AS, déléguée du personnel, met en avant le caractère délétère de ce rythme sur la santé, en termes d'heures effectives passées sur le lieu de travail, d'heures supplémentaires réalisées, notamment par les plus jeunes. Le fonctionnement en 12 heures permet également aux établissements de mobiliser moins d'effectif sur une journée et donc, en théorie, de pallier en partie le manque de personnel.

« Je vous dis, la seule chose que j'ai pu négocier c'est au début les horaires de travail puisqu'on voulait absolument nous imposer, j'avais retiré pleins d'articles et des textes qui disaient que c'était néfaste, que les 12h c'était une catastrophe, voilà quoi... A l'heure actuelle, mes collègues enchaînent des 13h ! Et jusqu'à trois jours de suite ! Alors ce sont toutes des petites jeunes qui travaillent, qui ont besoin de travailler, qui veulent absolument rentrer dans la vie et qui acceptent tout et n'importe quoi, et il y a plus personne pour les défendre bien entendu... »
(Aide-soignante, 50 ans, GE 5)

Finalement, l'organisation en « 12 heures » apparaît comme une solution écran pour les professionnels, ne suffisant ni à combler les manques institutionnels, ni à alléger la charge de travail.

Si les exemples donnés à propos de la quantité, de l'intensité de travail, de l'organisation du temps de travail ne relèvent pas directement du mal-être des enquêtés, ils participent, par leur accumulation et

la présence d'autres facteurs, à « épuiser » les professionnels et en filigrane à nourrir une souffrance psychique.

Latitude décisionnelle, utilisation et développement des compétences ou « job control »

La question de l'autonomie dans le travail, des marges de manœuvre décisionnelles des travailleurs varie selon les fonctions et les lieux d'exercice. Nous verrons que la question de la latitude décisionnelle laissée ou non aux travailleurs est liée à celle de la reconnaissance des métiers dans l'espace social et à travers l'institution, de l'utilisation et de la reconnaissance des compétences des agents et des possibilités de les développer.

Les aides-soignants cantonnés au rôle d'exécutants, polyvalents et interchangeables

Concernant les aides-soignants, les marges de manœuvre et l'autonomie qui leur sont laissées semble souvent étroites. En effet, le métier et les tâches réalisées par les AS apparaissent en creux dans l'organisation du travail. Les activités qui leur sont dévolues n'appartiennent pas à un champ d'expertise « nouveau » mais intègrent des tâches anciennement prises en charge par les infirmières et ne correspondent donc pas à une nouvelle fonction pour répondre à de nouveaux besoins⁴⁵. Ces professionnels sont finalement chargés d'un travail dont le contenu apparaît en creux et n'est précisé quasiment que de façon négative, en dehors de tout soin médical. Ils communiquent rarement avec les médecins, n'ont pas toujours la possibilité de participer au partage de décision et aux réflexions concernant les prises en charge réalisées, notamment lors des transmissions. Leur travail se réalise le plus souvent dans l'ombre.

Les missions et tâches qui leur sont dévolues peuvent varier selon les besoins et les attendus des établissements. Ainsi, un AS embauché dans un hôpital local devra accorder une partie de son temps à des tâches normalement réservées à un brancardier. Une AS travaillant en EHPAD est encouragée à réaliser le travail des ASH, en cas de besoin, mais pourra également prendre en charge une partie du travail infirmier du fait de son expérience. Les AS doivent être polyvalents et combler les manques et les besoins des établissements.

"Mais j'étais à la fois aide-soignante et infirmière, parce qu'il n'y avait pratiquement pas d'infirmières. Il y a une infirmière qui venait de temps en temps à domicile, et des fois, elle venait pas. Et je gérais, avec des ASH, des responsables de cuisine, à tout l'établissement." (Aide-soignante, 49 ans, BFC 1)
« Donc j'ai demandé ma mutation, donc ils m'ont pris, à la condition que je fasse 20 % de temps brancardage aux urgences. Je dis : pourquoi pas ? Je connais pas. Donc révélation, ça m'a beaucoup plu ça. Sauf que l'ambiance des urgences, c'est pas pour moi. »
(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

Cette attribution et division des tâches changeantes selon les besoins et les manques à combler génèrent parfois certaines frictions, des luttes de pouvoir autour de la délégation des tâches, entre les différentes fonctions présentes mais également au sein même des équipes d'AS, notamment entre les AS diplômés et les faisant-fonction. A l'issue des descriptions, le travail apparaît comme un ensemble de tâches qui interviennent en support des activités des infirmières, réalisées sous la surveillance de ces dernières.

« Sans compter sur les infirmières, parce qu'il faut pas toucher aux princesses, les infirmières il ne faut pas les toucher, ce sont les princesses de la sainte famille ! (...) Ben elles font rien, à part des petits pansements, préparer les médicaments, et encore elles ne les préparent même plus, on a l'impression

⁴⁵ Arborio Anne-Marie. Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n°3, 1995. Les professions de soins : infirmières et aides-soignantes, sous la direction de Geneviève Paicheler. pp. 93-126.

qu'elles sont débordées, elles donnent l'impression d'être débordées, mais alors elles lèvent pas le petit doigt, elles viendront pas nous aider pour faire une toilette, ou alors si elles font une toilette, elles en font une pas deux hein, sur 15 toilettes, merci quoi ! Et des fois, elles se mettent à deux pour faire une toilette. Il faut pas les toucher, c'est préserver ces gens-là... Voilà.

(Aide-soignante, 50 ans, GE 5)

« Et puis, c'est des petits pièges, on vous tend des petits pièges. Mais ça, c'est le monde hospitalier (...) Par exemple, vous êtes pas censé faire une glycémie. Vous êtes pas censé... maintenant, je la fais, j'ai pas de problème avec ça. De toute façon, personne me dit plus rien. Vous êtes pas censé faire une glycémie, un dextro. Piquer, voilà. Et du coup : Oui, tu prends le dextro ! mais on vous dit de le faire pour vous tester, et pour aller dire au chef, après : Oui, tu sais déjà pas faire ton travail, mais tu fais le travail de l'infirmière. C'est ça qui a été remonté. »

(Aide-soignante, 43 ans, CVDL 3)

L'emploi fréquent de « faisant-fonction » ou de personnel non qualifié, non diplômé, contribue à l'invisibilisation et à la dévalorisation des compétences des AS. En effet, pour combler le déficit de professionnels, certains établissements, notamment des EHPAD, sollicitent des intérimaires ne disposant pas toujours de diplôme ou d'expérience. La sollicitation de personnel non qualifié impose aux plus expérimentés d'accompagner, voire de former les « nouvelles recrues », en plus de leur travail de « routine » d'une part, et accentue le sentiment de non-reconnaissance, de la part de l'institution, du travail réalisé par les AS. Soit par le fait que le travail n'est pas suffisamment visible et important pour être remplacé, soit qu'il ne nécessite pas de compétences particulières et peut être réalisé par n'importe qui. Cette non-reconnaissance des compétences et du travail réalisé au quotidien peut découler en une perte de sens progressive, et faire apparaître une souffrance psychique liée au travail.

« Un plongeur pour travailler, je lui dis [terme technique inaudible] à soumettre et ça lui dit rien du tout, c'est pas son boulot, c'est pas son métier, tu vois. Si demain je veux faire coiffeur, je vais pas le faire, chacun son truc. Ça sert à quoi l'école qu'on a faite ? Parce qu'il est le fils de la dame responsable, on lui trouve un poste... La valeur pédagogique et scientifique du diplôme que j'ai eu, elle est au sol, par terre, et là je souffre un peu de ça, franchement. Qu'est-ce que vous direz, si on vous disait : allez faire de la peinture ? Ben toutes tes études sont parties, ça fait mal quoi... »

(Aide-soignant, 60 ans, GE 4)

Le contexte d'urgence dans lequel se font les remplacements implique, pour les intérimaires, une durée d'encadrement minimum où les professionnels remplaçants vont être obligés de remplir les mêmes tâches que les AS installés. Les relations entre intérimaires, « faisant-fonction », travailleurs précaires et AS diplômés et/ou ayant une longue expérience ne vont pas de soi. Cela peut provoquer des négociations, des désaccords concernant notamment les tâches réalisées et la manière dont celles-ci le sont.

Des possibilités d'évolution des AS limitées au sein de l'institution

Certains enquêtés enrichissent leurs compétences et savoirs professionnels de formations, en lien avec leur domaine d'activité. C'est le cas, par exemple, d'aides-soignants ou d'AMP ayant développé des activités d'animation auprès des patients et souhaitant passer le diplôme de BPJEPS ; ou d'autres professionnels ayant acquis de compétences particulières liées à la connaissance d'un public (personnes âgées, Alzheimer...) ou encore de cette aide-soignante qui réalise régulièrement des formations sur la prise en charge des personnes porteuses de handicaps. L'acquisition de nouvelles compétences, grâce à de nouveaux enseignements, permet à ces professionnels d'inventer, de développer une nouvelle forme « d'être » aide-soignant. Cette dernière AS n'est plus « simplement »

une aide-soignante, mais elle dispose de compétences supplémentaires, lui permettant de légitimer sa fonction et d'être reconnue aux yeux de l'institution en tant que référente « Snoezelen ». De plus, cela lui confère une plus grande latitude, davantage d'autonomie dans sa pratique.

« J'ai eu la formation Snoezelen depuis 2007, où j'ai été formée, à la MAS de LXXXX, à CXXXX avec Mme BXXXX, qui m'avait proposé la formation, parce qu'elle me disait qu'elle me voyait pas qu'une aide-soignante, elle me voyait autrement et elle me dit que j'avais des capacités énormes de comprendre le handicap. (...) J'avais parlé au directeur : je voulais proposer mes services en tant qu'aide-soignante, mais référente en pratique de Snoezelen, c'est à dire que je pouvais venir travailler soit le matin, soit le soir, mais tout en pratiquant du Snoezelen, en accompagnant les résidents, c'est à dire que j'allais pas faire... dans l'unité, on a dix ou douze résidents : pas faire les dix ou douze accompagnements aux toilettes ou aux soins, tout ça. Les résidents, on est deux pour douze, dix ou douze, ça va, c'est pas trop nombreux, on n'est pas trop surchargé, mais pour faire un accompagnement Snoezelen, ça prend du temps, ça prend une heure. Donc, j'avais proposé mes services en tant qu'accompagnatrice au Snoezelen et référente de Snoezelen. Le directeur était emballé. Il m'avait dit de faire, de créer... parce que j'aime, je crée aussi des projets d'activités. »
(Aide-soignante, 49 ans, BFC 1)

Les propos montrent toutefois que les enseignements et compétences supplémentaires acquis en formation ne sont pas toujours intégrés aux pratiques quotidiennes des agents, du fait de l'organisation du travail et des conditions d'exercice. Tout comme observé lors de la formation diplômante, le fait de ne pas pouvoir mettre en pratique les principes appris, notamment sur la bientraitance ou « l'humanité », et donc en rapport avec le travail relationnel, implique un sentiment de frustration pour ces soignants désirant « bien » faire. Encore une fois, l'organisation du travail et les conditions d'exercice ne permettent pas aux soignants de mettre en lumière et en application l'étendue de leurs compétences et savoir-faire. Une infirmière pointe en effet l'hypocrisie de l'établissement qui lui permet de réaliser une formation concernant « l'humanité » dans le but de pouvoir accéder à une certification. Celle-ci, dans les propos de cette professionnelle, semble avant tout liée à des logiques marketing, de publicité de l'établissement, plutôt qu'à un projet porté pour les patients.

« Et c'est pareil à l'hôpital, on vous parle de bientraitance et d'humanité. Moi, j'ai fait la formation Gineste-Marescotti il y a quelque temps, qui était super. Il y a des choses que vous pouvez mettre en place tout de suite. Il y en a d'autres, si vous mettez pas de personnel soignant supplémentaire, c'est pas possible, c'est pas vrai. Mais voilà. (...) Alors on a été formé. Mais c'est que mensonge. C'est pour avoir une accréditation de l'hôpital. Mais si vous mettez les moyens... vous comprenez ce que je veux dire »
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)

Lorsqu'il y a une évolution des aides-soignants au sein de l'institution, celle-ci semble parfois tacite, non reconnue formellement, et davantage liée à l'expérience et l'augmentation de la délimitation des tâches plutôt qu'à des formations qualifiantes ou spécialisations reconnues. C'est le cas de cette aide-soignante de 49 ans, qui, grâce à son expérience, se permet de prendre en charge certains gestes en dehors de son champ d'expertise, des gestes infirmiers, en présence de stagiaires infirmières par exemple. En s'octroyant l'extension de ses missions, cette AS met en avant les compétences et les savoirs qu'elle a acquis et accumulés grâce à sa longue expérience du terrain, toutefois, elle explique qu'elle prend l'entière responsabilité de cette extension du fait que légalement ces gestes font partie des savoirs infirmiers.

« La dernière fois, moi, j'avais une résidente qui avait un pansement escarre, il était souillé. Je faisais le change et je disais à la petite jeune qui était à l'école d'infirmière, VXXXX, je dis : « T'inquiète. Je m'habille à le faire. Je prends l'entière responsabilité. Je refais le pansement d'escarre aux fesses », parce que ça sentait mauvais et puis, il y avait des selles qui rentraient dedans. Donc pour moi, au niveau hygiène... Et puis éviter d'avoir une infection, je l'ai fait, je l'ai nettoyé et j'ai remis ce qu'il fallait, parce que le matériel était resté dans la chambre. Je le sais qu'en tant qu'aide-soignante, on n'a plus le droit. Avant à l'époque... »

(Aide-soignante, 49 ans, BFC 1)

Au-delà du peu d'autonomie dont ils bénéficient dans leurs pratiques, les enquêtés mettent également en avant le sentiment de ne pas être suffisamment reconnus par l'institution, y compris lorsqu'ils apportent des compétences spécifiques. Ils se sentent considérés comme de « simples exécutants » dont le champ d'action ne leur permet pas vraiment la prise d'initiative. Les discours montrent que la créativité, l'inventivité et la prise d'initiative ne sont pas toujours bien perçues par les hiérarchies.

« Non mais je vous assure, que c'est usant quoi, c'est usant, vous essayez de faire quelque chose de bien pour une résidente, vous mettez en place, pour une personne qui doit se lever la nuit avec une risque de chute, on essaye de l'acclimater en lui disant qu'elle a juste à faire le transfert du lit à la chaise, et que la chaise sera vidée le lendemain matin. Alors là, qu'est-ce que vous n'avez pas fait, et qui vous êtes pour prendre cette initiative ? Mais qui ? Parce que les initiatives vous les prenez comme un boomerang dans la figure. (...) Mais après... Non je pense que la difficulté c'est de ne pas être reconnu, entendu, et on n'a pas notre place quoi, on est des exécutants et c'est tout quoi, il ne faut surtout pas se la ramener quoi, c'est tout ce qu'on vous demande... D'exécuter, de faire, mais pas de penser, même quand vous dites que ça ne va pas marcher, on vous empêche de penser, il faut faire... »

(Aide-soignante, 50 ans, GE 5)

Plus exceptionnellement les initiatives, et les capacités des aides-soignants à apporter de la nouveauté sont reconnues, ne serait-ce que par un cadre de santé, ou un médecin, et les professionnels évoquent alors souvent ces expériences comme très satisfaisantes. Simultanément, cette autonomie leur permet de se sentir plus en accord avec leurs valeurs personnelles, dans l'accompagnement des patients.

Les infirmiers, des « intermédiaires » aux responsabilités très variables

Les infirmiers occupent de leur côté une position différente de celle des AS. Ces agents mettent en avant un rôle d'intermédiaire, de tampons entre les patients, les AS et les médecins. Elles occupent à la fois une position de supériorité quant aux actes réalisés par les AS sous leur surveillance et d'infériorité quant aux médecins prescripteurs.

Certains enquêtés, en particulier les infirmières exerçant en Ehpad mettent en avant un glissement, et l'extension progressive de tâches leur incombant. En effet, elles se trouvent confrontées à la prise en charge de plus en plus d'activités administratives et de gestion, en plus de leurs missions habituelles, sans pour autant que leur temps de travail ou leur rémunération ne soient modifiés. C'est ce que montre l'exemple de cette infirmière exerçant en Ehpad, qui, en plus de ses activités de soins et administratives, est parfois chargée du travail de secrétaire médicale, en prenant des appels téléphoniques durant ses soins ou en prenant des rendez-vous n'ayant rien à voir avec les soins pour les résidents.

« Et il y a des glissements de tâches. On en demande de plus en plus aux infirmières et infirmiers. Maintenant ils vont supprimer les secrétaires médicales. Je l'ai vécu à l'Ehpad du MXXXX. On a supprimé le mi-temps, et en fait, c'est nous qui appelons les transporteurs, c'est nous qui prenons les

rendez-vous. J'ai eu un diplôme pour être auprès des résidents, pas pour faire de l'administratif, tout l'administratif, on nous en demande de plus en plus. Et dans mon décret de compétences, je suis désolée, je suis infirmière. J'ai été formée pour quelque chose. Et je vous cache pas, aussi, qu'on nous pousse à l'erreur. (...) Et puis j'en ai eu marre. J'en ai eu marre de voir que ça déclinait, que nous, on allait bientôt plus avoir les moyens de travailler correctement. Pareil, on nous a supprimé la secrétaire. Donc vous avez le téléphone, quand vous êtes en soin, normalement un soin, certains soins demandent une hygiène, une asepsie. Vous n'êtes pas censé mettre vos mains dans les poches. Donc, ça sonne, vous répondez pas. Mais c'est un facteur de stress. Vous êtes obligée d'avoir le téléphone, parce que le directeur d'établissement peut vous appeler, la secrétaire machin, la famille, etc. »
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)

Si ces professionnels détiennent davantage d'autonomie ainsi qu'une définition plus claire que les AS de leur champ d'expertise, leurs connaissances et compétences ne sont pas non plus nécessairement reconnues. Ces derniers agissent sous le contrôle des médecins et peinent parfois à faire reconnaître un autre rôle que celui de simple exécutant, en particulier concernant les infirmières des services dits les moins techniques. L'autonomie et la marge de manœuvre laissées aux infirmiers, au contraire des AS, dépendent davantage des lieux d'exercice. Ce sont les spécialités des services et leur culture qui vont permettre certaines latitudes, notamment en psychiatrie où il semble que les infirmiers peuvent davantage être force de proposition que dans un service de réanimation par exemple. Toutefois, dans certains cas, la souplesse, la présence de davantage d'autonomie peuvent perturber les agents qui y vient davantage un manque de cadre, plutôt qu'une opportunité de s'épanouir.

La notion de la responsabilité et du poids des décisions concernant la santé des patients, particulièrement dans les services dits d'urgences tels que la réanimation ont également été questionnés par les infirmiers. Dans d'autres établissements, notamment en Ehpad, les infirmiers apparaissent comme les principaux garants des soins du fait, parfois, de la non-disponibilité immédiate des médecins coordonnateurs.

« Ça peut des fois être un peu lourd aussi, parce que, du coup, on est tellement, en fait, personne tampon que du coup, des fois, on prend tout, de tous les côtés. C'est compliqué. Parce que l'aide-soignant, lui, qui va pas forcément avoir trop de responsabilités, se décharge beaucoup sur nous. C'est à dire, il va pas prendre des décisions. Donc, en gros, il va constater un truc : Eh, XX, tu peux venir ? En fait, tout le monde se confie à nous, enfin, voilà, se repose, on va dire, se repose sur nous. On a une grosse responsabilité, du coup, sur ces patients-là. »
(Infirmière, 34 ans, CVDL 2)

🔪 Le soutien social

Le modèle initial de Karasek comportait deux dimensions, celles exposées auparavant, qui ont été complétées par le soutien social de la part de la hiérarchie et des collègues de travail. Nous verrons l'importance de la prise en compte des contraintes et difficultés par la hiérarchie, et plus largement par l'institution, dans l'apparition et l'accentuation de la souffrance psychique vécue par les individus. Sera également abordée la question des relations professionnelles avec les collègues, nous verrons que si elles peuvent se révéler être un soutien et un accélérateur d'une prise en charge de la souffrance, elles peuvent aussi être à l'origine du mal-être.

L'hôpital malade « de sa gestion »⁴⁶

Finalement, au travers de certaines conditions d'exercice exposées précédemment, les enquêtés mettent en lumière une organisation et des dysfonctionnements plus globaux qui leur semblent être la conséquence d'une logique institutionnelle reposant sur des objectifs de performance et de rentabilité des établissements, au détriment des personnels. Le secteur hospitalier est l'objet de nombreuses réformes depuis les années 1990, visant essentiellement à réduire ses coûts⁴⁷, dans le but d'établir un équilibre budgétaire⁴⁸. La recherche d'efficacité, de rentabilité n'est pas sans conséquences pour les agents, qui déclarent une baisse de la qualité des soins et des activités réalisées en contradiction avec leurs valeurs mais également avec le projet des établissements. L'institution, par l'ajout de nouvelles normes, de contrôle des coûts, de performance, de rentabilité ne tiendrait pas compte des spécificités du domaine du soin, du « care » et des réalités de terrain.

De nombreuses récriminations à l'égard de l'Etat ont été formulées durant les entretiens, arguant du décalage entre les réformes et organisations imposées et la réalité quotidienne vécue et endurée par les professionnels. L'étude sociologique réalisée par Solène Billaud et Jingyue Xing à propos des aides-soignantes travaillant en Ehpad, montrent que les AS auraient, en effet, « *tendance à externaliser l'origine de leur mécontentement vers l'action de l'État : pour elles, au-delà de l'établissement dans lequel elles travaillent, les pouvoirs publics seraient responsables de la situation*⁴⁹ ».

« Et l'ARS considère qu'en Ehpad, une aide-soignante doit s'occuper de treize personnes âgées, toute seule, treize, en fonction de leur dépendance. Mais ils se rendent pas compte, c'est des bureaucrates ! »

(Aide-soignante, 49 ans, BFC 1)

« C'est juste la rencontre et la succession des politiques ministérielles, que ce soit des ARS ou que ce les ministres de la Santé, qui ont modifié la perception de l'hôpital, du financement de l'hôpital, qui nous ont déroutés et détournés de nos missions publiques au profit d'une rentabilité. Donc ça, c'est quelque chose qui a été de plus en plus présent et qui nous attaque, d'abord... Enfin, moi, en tout cas, voilà : on n'est pas une entreprise privée pour faire du bénéfice, on a des missions de soin et pas de rentabilité. Et du coup, c'est absolument insupportable. »

(Infirmier, 50 ans, GE 1)

La première conséquence de cette logique de rentabilité et de performance, sur la santé psychique des enquêtés, est la dégradation de la qualité des soins dispensés aux patients. Comme dit précédemment, les conditions de réalisation ne permettent pas de travailler dans des conditions adaptées aux besoins et peuvent donner lieu à des situations de maltraitance, dans les gestes, les paroles mais également dans la négligence de certains soins d'hygiène, etc. La dégradation du travail relationnel reste plus ou moins visible par l'institution, car sa qualité et sa quantité sont difficilement

Chapitre 1 46 Vincent de Gaulejac, *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire. Pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil, 2005, 276 pages

⁴⁷ Benallah Samia, Domin Jean-Paul, « Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? », La Revue de l'Ires, 2017/1-2 (n° 91-92), p. 155-183

⁴⁸ Marc Loriol. Ethique et soins en milieu hospitalier : Un regard sociologique. EPU du centre Hospitalier de Charleville Mézières. Groupe de travail sur l'éthique, May 2012,

⁴⁹ Solène Billaud et Jingyue Xing, « « On n'est pas si mauvaises ! » Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 16 juin 2016

objectivables et quantifiables mais également parce que les qualités nécessaires pour réaliser ce travail sont considérées comme « naturelles » et donc invisibles.

« Et les résidents commencent à avoir des infections urinaires, ne sont plus lavés entièrement. Il commence à y avoir des odeurs, moi je le sens, hein, je le vois bien. Ils suppriment un poste au ménage aussi. Le ménage est moins bien fait aussi. C'est tout ça. On voit que tout est en train de se dégrader petit à petit. Et, voilà, on prenait bien soin d'eux, et là, on peut plus bien prendre soin d'eux, quoi. Et ça, moi, j'ai du mal à accepter qu'on paye 2 500€ par mois, voire 3 000€ par mois, et qu'on n'ait pas une toilette tous les jours. Voilà, je... (...) Voilà... C'est ça qui est... Je sais que dans les autres établissements, c'est pareil. Malheureusement, dans les autres Ehpad, c'est pareil. C'est la course à l'économie, la course au profit et c'est pour ça que je vais rechanger de métier, parce que, ça me convient plus. Je ne peux plus prendre soin correctement. »

(Aide médico-psychologique, 36 ans, BFC 2)

Le mal-être ressenti semble, en partie, lié au fait qu'indirectement, les enquêtés participent à ce qu'ils dénoncent, et donc se fragilisent, s'épuisent, se surinvestissent et maltraitent, parfois. L'impossibilité donnée par l'institution de pouvoir réaliser le travail comme il devrait l'être déshumanise les pratiques et les actes. En effet, « la conversion de l'hôpital public à la rationalité gestionnaire se serait traduite par une taylorisation déshumanisante des pratiques soignantes et aurait eu pour effet pernicieux de faire adhérer les soignants qui la subissent à des dispositifs qui alimentent cette rationalité et favorisent la dérégulation de leurs conditions de travail ».⁵⁰

« Comme je vous l'ai dit : Être face à une direction plus humaine, moins basée sur. Sur ce qu'on vit actuellement : productivité, rentabilité. Voilà, ils sont trop dans les chiffres et pas assez dans l'humain. Être aussi à l'écoute de la souffrance de la souffrance et des salariés, de la souffrance qui remonte du terrain. Parce qu'en fait, entre ce qu'on appelle le travail prescrit et le travail réel, il y a une marge et souvent, le travail réel, il est mis de côté, au détriment de la qualité de travail, du bien-être au travail, des salariés qui le vivent. Moi, je pense que ce qu'il aurait fallu à l'époque, c'est effectivement, un peu plus d'humanité, un peu plus d'écoute, un peu plus de considération et de respect pour ma fonction, de reconnaissance. »

(Infirmier, 49 ans, GE 5)

En outre, la restructuration territoriale des établissements de santé est, elle aussi, vivement critiquée, notamment par les professionnels des hôpitaux locaux. La fermeture de services de soins, les suppressions de postes installent les professionnels dans une incertitude et une inquiétude quant à la pérennité de l'offre de soins pour les usagers, et quant à leur poste de travail. C'est ce que traduit un aide-soignant travaillant dans un hôpital local qui évoque la fermeture de plusieurs services de soins, notamment les urgences de nuit dans son établissement.

« Et puis, là, différents services qui se ferment ; la chir, qui n'a plus d'avenir, qui va fermer, il va rester que la chir ambu. Ce qui fait que ça met en danger les soins continus. Qu'il y ait une mini réa, on va dire, puisqu'il y a plus de réa, grâce à notre chef de service des urgences, parce qu'il vise que l'ARS : oui, oui, oui, et puis voilà. Et après, ça va être... ça veut dire : pas d'anesthésiste de garde. Donc la Mat. Je dis pas demain, mais à moyen terme, une césa la nuit, si t'as pas d'anesthésiste, c'est pas possible. Donc qui dit ça dit qu'un jour, les urgences de nuit, comme dans certaines structures, je sais déjà qu'en France, à 18h, tu arrives devant la porte, c'est : vous allez à DXXXX ou à BXXXX. C'est dingue. L'autre jour, il y avait un gamin, de 20 ans, qui a eu un accident, il y avait encore le chir, qui était là, ils l'ont opéré, il avait la rate perforée et tout. L'anesthésiste, il a dit à un infirmier que je

⁵⁰ Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir, 2019, 185 p.

connais bien : « Tu vois, celui-là, au premier janvier, s'il lui arrive la même chose, il est foutu, parce qu'il n'y a plus de chirurgie viscérale, il part en retraite. (...) »
(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

La prise en compte des souffrances par la hiérarchie et l'institution

L'institution est mise en cause par les enquêtés sur différents plans, dans la non prise en considération collective des conditions dans lesquelles se déroule le travail, mais également dans son impossibilité à répondre à des difficultés, des souffrances individuelles. Les souffrances ressenties, suite à des événements vécus par les professionnels, parfois traumatisants, mettant dans certains cas en jeu la sécurité et l'intégrité physique des agents mais également des patients, sont majorées par l'absence de prise en considération suffisante de la part de la hiérarchie, de l'institution.

C'est le cas, par exemple, de cette aide médico-psychologique travaillant en Ehpad qui se trouve confrontée pendant son temps de travail à une agression sexuelle d'un résident sur une résidente en fin de vie. Au-delà de l'extrême violence de l'agression, la professionnelle souligne comme principale origine de sa souffrance psychique le fait que, l'événement ait été minoré par la hiérarchie auprès de la famille de la victime, mais également auprès de la professionnelle présente lors des faits, et plus globalement auprès de l'équipe de soignants. Elle explique, également, que l'accident aurait pu être évité par l'établissement, qui connaissait le profil du résident agresseur, qui a d'ailleurs été réintégré dans l'établissement suite à un séjour en service psychiatrique. Par ailleurs, elle indique le fait que cette nuit-là, l'établissement ne disposait pas du nombre d'agents suffisant. Par cet exemple, l'enquêtée montre que c'est l'absence de réponse suffisante ou une réponse inadaptée de la hiérarchie, de l'institution, qui a joué un rôle déterminant dans la pérennisation de sa souffrance psychique.

« Et la direction, donc c'était le dimanche et il y avait le lundi de Pentecôte : on n'a eu aucune nouvelle de personne. Rien. Aucune réaction de personne. Pourtant ils ont été prévenus. Personne n'est venu nous voir, personne ne nous en parlait, même les filles de jour ont été très choquées de ce qui s'est passé. On n'a eu aucun soutien psychologique qui a été mis en place. On nous a dit : « Oh, ben, il y a une psychologue de l'établissement. Si vous voulez y aller, vous pouvez y aller ». Sauf qu'on n'a pas forcément, moi j'avais pas forcément envie d'aller voir ma collègue. Ça aurait été quelqu'un d'autre, j'aurais préféré peut-être. »
(Aide médico-psychologique, 36 ans, BFC 2)

La professionnelle, en s'appuyant sur les moyens donnés par l'institution, a tenté d'alerter l'autorité publique en rendant visible l'agression, par le biais d'une déclaration d'événement indésirable qui est restée sans réponse. C'est également le sentiment d'impuissance, le fait que l'incident reste un problème « caché », géré en interne, qui majore la souffrance psychique de la professionnelle.

« Donc cet événement a lieu, moi, j'ai fait une déclaration donc en amené de soins, d'événement indésirable. Plus une déclaration de papier pour l'ARS, tout de suite, parce que pour moi, c'était vraiment trop grave. C'est la prise en charge, en fait, qui m'a vraiment perturbée, après : la manière de réaction de la direction qui m'a très perturbée. » (Aide médico-psychologique, 36 ans, BFC 2)

Le rôle des cadres de santé dans la compréhension, la prise en considération des contraintes, difficultés et souffrances vécues par les professionnels nous semble primordial. Toutefois, au regard des discours, il semble que les cadres se trouvent dans l'impossibilité de reconnaître les souffrances, étant eux-mêmes tiraillés et pressés par l'organisation et le fonctionnement des structures. Les rapports qu'entretiennent les professionnels avec les cadres de santé sont en tension, et relèvent d'objectifs différents. Si les professionnels attendent des cadres une écoute, une empathie, une compréhension et une réponse quant aux difficultés rencontrées, les cadres eux se trouvent face à une gestion managériale laissant peu de place à un travail de lien émotionnel auprès des professionnels. Ils

prennent, en charge une partie du travail de gestion des flux de patients et de personnels, « leur activité s'oriente vers la recherche d'un fonctionnement optimal des unités de soins. »⁵¹L'activité des cadres semble se réaliser dans un constant déséquilibre dans lequel la gestion des personnes alterne entre soutien et pression. En effet, « ils doivent faire accepter aux agents de décaler leur travail, de faire certaines tâches plus tôt ou plus tard, de se débrouiller pour les réaliser un peu plus vite. (...) Ils tentent dans le même temps de maintenir une part de subjectivité dans un milieu dans lequel pénètre de plus en plus de standardisation du travail. Les cadres essaient aussi d'assouplir les exigences tout en gardant pour objectif une sécurité minimale pour les personnes soignées.⁵² »

« Ensuite, voilà, on est capable de se sourire avec un cadre supérieur, dans un couloir, se dire bonjour et derrière ça, de me mettre en difficulté en disant : Tiens, faut que... t'es 80 %, faut passer à 100 %, tiens faut que tu fasses, que tu fasses l'hôpital, ou, faut faire la nuit et si c'est pas toi, c'est l'autre. Donc, il y a des pressions, avec des sourires, de complaisance, qui fait qu'on n'a plus envie de sourire aux gens qui nous dirigent parce que leur seul intérêt, c'est de faire tourner l'hôpital, coûte que coûte, au détriment même de ma propre santé physique ou morale. » (Infirmier, 50 ans, GE 1)

« Moi j'étais toujours toute seule dans le service là où il fallait deux...là où c'était le plus lourd où y avait 16 toilettes, en bas y avait 9...à 9 toilettes elles restaient à deux, et à 16 j'étais toute seule, tout le temps ! j'ai parlé, on a discuté avec la cadre, pendant les transmissions, j'ai dit : « (nom) ça peut pas continuer, y a 16 toilettes, moi de descend pas avant midi, midi et quart...normalement on doit finir à 11h30 pour descendre tous les résidents à table, pour qu'à midi tout le monde soit à table. » Elle m'a dit : « qu'est-ce que tu veux que je fasse ? je peux rien faire » j'ai dit « je terminerais à une heure, c'est tout, si toi cadre tu peux rien faire, moi qu'est-ce tu veux que je fasse ? c'est pas moi qui vais embaucher des gens » ça a duré pendant un certain temps comme ça, 4 mois... » (Aide-soignante, 55 ans, CVDL 1)

Finalement, le fonctionnement des structures vise, selon les discours des enquêtés, davantage à la prise en compte de questions liées à la rentabilité de la structure plutôt qu'au bien-être des patients et de ceux qui y travaillent. Les établissements sont dans l'incapacité de reconnaître et de prendre en charge la souffrance des professionnels sur lesquels au contraire ils s'appuient, les incitant à tenir, afin de maintenir un « bon » fonctionnement des structures. Il semble que la souffrance psychique soit ressentie « à tous les étages », et concerne l'ensemble des personnels, rendant difficile une réponse collective et individuelle à ces souffrances.

Les relations entre collègues : ressources ou sources de souffrances ?

Les relations entretenues avec les collègues de travail peuvent se révéler sources de soutien pour les professionnels en souffrance mais également représenter une des causes de celle-ci. En effet, les entretiens montrent des situations qualifiées de « harcèlement » entre collègues menant progressivement les enquêtés à se retirer des interactions, et parfois des établissements. Le harcèlement subi par les professionnels intervient dans des contextes où les valeurs et l'éthos professionnel diffèrent entre les différents individus. Ce sont les pratiques, la volonté d'agir différemment du reste du groupe qui vont créer des tensions dans les équipes et parfois des représailles.

« Et donc, du coup, tout a changé quand je suis arrivé dans cette unité Alzheimer, avec des collègues avec qui je m'entendais déjà pas forcément, parce qu'on n'a pas du tout le même, la même approche

⁵¹ Bouret, Paule. « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », Revue française d'administration publique, vol. 128, no. 4, 2008, pp. 729-740.

⁵² Bouret, P. Op. Cit, 2008

avec les gens. Et du coup, donc, quand on parle de souffrance au travail, là, je vais le dire tout de suite : en fait, tout a changé avec deux personnes, avec qui j'ai dû travailler presque quotidiennement sur des postes de douze heures. Avec deux femmes. »

(Aide-soignant, 43 ans, BFC 7)

Les rapports sociaux de sexe, font parties des facteurs participant, pour certains hommes (principalement les AS) à accentuer la souffrance psychique. Certains hommes de notre corpus, mettent en avant la difficulté de travailler dans un milieu féminin, en particulier concernant les rapports et interactions qu'ils entretiennent avec les femmes évoluant dans les services. Sont mis en avant des comportements jugés typiquement féminins tels que les commérages, l'absence de franchise, etc. Danièle Kergoat (2001)⁵³, montre, à propos des ouvrières spécialisées, qu'il existe une violence exercée contre soi-même et contre les autres femmes qui rend difficile l'émergence d'une réalité collective et qui contribue à une auto dévalorisation en tant que sexe⁵⁴.

« Je pense que nous n'avons pas la même mentalité et qu'en général, quand il y a quelque chose à dire, on est beaucoup plus franc et beaucoup plus cash. Alors, par rapport à mon expérience, parce que faut pas oublier que je, de par mon regard, j'ai l'impression de venir d'un nid de vipères, je pense que ce n'est pas partout pareil, les femmes sont très hypocrites entre elles. »

(Aide-soignant, 43 ans, BFC 7)

"C'est très, très difficile, c'est très, très difficile. Ça a toujours été... Voilà, c'est compliqué. C'est pas évident du tout. Il faut, il faut être. Il faut être tolérant. Il faut. Il faut être consciencieux dans ce qu'on fait parce qu'on nous épie tout le temps, justement par cette différence. Et voilà. Donc, c'est compliqué, quand même, de travailler avec 86 % de femmes, dans les hôpitaux, les soignants et on est beaucoup dans ce cas-là. Parce que moi, j'ai discuté beaucoup avec des gens, avec des infirmiers, avec des aides-soignantes, aussi et des aides-soignants et même des médecins qui... c'est compliqué.

C'est compliqué. »

(Aide-soignant, 58 ans, BFC 6)

La présence d'hommes dans des services très majoritairement féminins, si elle semble recherchée et valorisée par les femmes, notamment du fait qu'elle apaiserait les tensions, peut générer une méfiance, une surveillance des tâches réalisées par les agents hommes. Une infirmière explique, au cours de l'entretien, qu'elle sait reconnaître les tâches qui ont été réalisées par son collègue masculin. Elle déclare apprécier sa présence et son humour mais déplore sans manque de rigueur et de précision. Par ailleurs, nous émettons l'hypothèse que les hommes sont moins intégrés dans les équipes lorsqu'ils ne se plient pas complètement aux normes, codes et valeurs portées par le genre du métier. En effet, si la présence masculine a pour effet, selon les discours, d'apaiser les tensions, elle pourrait comporter le risque de voir les agentes dépossédées de leur pouvoir, de leur champ d'expertise.

Prenons l'exemple de cet aide-soignant déclarant subir du harcèlement de la part de quelques-unes de ses collègues. Il place les tensions et le conflit comme prenant appui sur les rapports sociaux de sexe, notamment, par le biais de ce qu'il nomme « bizutage » dans lequel les « harceleuses » vont l'inciter à prendre en charge tout seul un patient violent, compliqué, ce qui conduira à un accident et un arrêt de travail. Pour cet AS, le fait d'être un homme dans un service exclusivement féminin qui remet en cause les pratiques et les façons de faire de ses collègues, en sollicitant notamment la direction à propos de l'embauche de personnes non-diplômées, contribuerait à l'évincer des

⁵³ Kergoat Danièle, « Le syllogisme de la construction du sujet sexué féminin : Le cas des ouvrières spécialisées », Travailler, 2001/2 – n°6 pp. 105-114

⁵⁴ Hirata, Helena, et Danièle Kergoat. « Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail », Travailler, vol. 37, no. 1, 2017, pp. 163-203.

interactions, et à légitimer aux yeux de ses collègues le harcèlement subi. S'il nous semble que la question des rapports sociaux de sexe ne sont pas les seuls éléments contributifs des tensions entre les salariés, il est, cependant, utilisé comme moyen de pression dans l'organisation du harcèlement. L'AS finira par quitter l'établissement suite à cette expérience qu'il relie directement aux rapports sociaux de sexe.

« J'ai commencé mon remplacement là-bas début mars et le 27 mars, ils m'ont envoyé au front, ce qu'on m'a dit. C'était, il y avait un monsieur qui était hyper, hyper, hyper violent, qui était d'une force. Vraiment, voilà. Donc j'étais pas du tout au courant et je suis allé faire sa toilette tout seul et là, il m'a démonté...il m'a cassé la main. Il m'a cassé les lunettes et il m'a mis un grand coup de poing, et tout, enfin ça c'était...voilà. Et là j'ai été en arrêt de trav... en, comment ? en accident de travail. Ça a duré. J'étais dans le plâtre pendant six semaines, en fait. Et pendant ce temps-là, ben, les filles, voilà, quoi. J'étais pas du tout au courant, donc, j'y suis allé, moi, on m'a dit : Vas-y, t'es un mec, vas-y tout seul, t'as besoin de personne. Et tout ça, et en fait, elles le savaient que ça allait mal se passer. (...) Dans cette expérience-là : oui, bien sûr. Ça a été majoritairement la raison pour laquelle je suis parti. Mais en règle générale, dans tous les établissements, c'est compliqué, c'est compliqué. Il faut faire sa place et c'est pas évident. C'est pas évident. »

(Aide-soignant, 58 ans, BFC 6)

Des comportements discriminants ont également émergé des entretiens, des gestes, paroles et attitude racistes, homophobes ou sexistes. C'est le cas de cette aide-soignante éprouvant des difficultés à intégrer l'Ehpad dans lequel elle travaille du fait de sa nationalité et de la culture du service, impliquant une certaine posture que se refuse à adopter l'AS. Dans le but de se protéger d'éventuels comportements racistes, la professionnelle refuse de partager des informations sur sa vie intime ce qui contribue, semble-t-il, à l'ostraciser. Pour faire face à ces violences symboliques et parfois physiques, les enquêtés semblent limiter au maximum les interactions avec leurs collègues de travail.

« Parce que si vous voulez un jour on sortait du vestiaire et il fallait pointer, on avait une carte de pointage, on passait un code QR sur la machine, pour dire à quelle vous arrivez et vous partez, parce que y en a qui partent avant l'heure...ça ça s'est vu, on le sait. J'étais la dernière à sortir du vestiaire, et y en avait un qui...me tournait le dos, et ça j'ai pas apprécié, parce qu'ils savent que je suis d'origine [nationalité]...et le mec il dit : « oh bah c'est comme tous ces bougnouls il faudrait qu'ils retournent chez eux » alors que j'ai la nationalité française depuis 30 ans...racisme. Et...plein de trucs comme ça, je me rappelle que de la moitié des choses...mon mari je rentrais le soir, ou matin parce que des fois je faisais des soirs je finissais à 21h30 ou le matin à 14h30 mon mari il commençait à me voir décliner, parce que si vous voulez j'ai pas le tempérament à glisser...je suis joyeuse, je rigole tout le temps, je déconne, je dis des conneries, et puis au bout d'un mois il voyait que je baissais... »

(Aide-soignante, 55 ans, CVDL 1)

Dans l'expérience de cette autre AS, de 36 ans, la violence et le harcèlement vécus ont été entendus par la hiérarchie mais ni véritablement pris en compte ni suivis d'effets : elle a continué à travailler en binôme avec son agresseur pendant plus de 9 mois. Non seulement celui-ci a été protégé par l'institution (absence de blâme, ou d'aucune forme de sanction), mais finalement il a été reproché à l'AS d'adopter un comportement aguicheur, légitimant les paroles et les actes du binôme. Elle a été déplacée au sein de la structure, et incitée à changer de posture professionnelle. Elle n'a pas eu de reconnaissance juridique ou médicale de ces événements, s'estimant trop fragilisée pour entreprendre ces démarches, et craignant de perdre son travail.

« J'ai été présentée par un de mes collègue en tant qu'assistante sexuelle auprès de personnes handicapées... alors que je suis aide-soignante ! Donc là déjà premier jour, bienvenu à XX, c'est sympa

aller on y va c'est parti ! Et tout le long de mon contrat là-bas j'ai eu le droit à ce genre de réflexion de mon collègue, tout du long ! de par mon orientation sexuelle qui ne lui convenait pas, de par des petites phrases du style « c'est moi l'homme, c'est moi le patron », « toi tu fais et tu te tais », « j'ai fini de manger débarrasse » que des petites choses comme ça jusqu'au jour où c'est allé aux mains et là j'ai trouvé que c'est allé trop loin. Devant un stagiaire, il m'a attrapé juste là au-dessous de la gorge et il m'a dit « de toute façon ce n'est pas toi qui décides ici c'est moi », donc ce que j'ai fait c'est que j'ai levé les mains, avant même de le frapper et je suis descendue à la direction qui m'a demandé de faire un papier, et donc j'ai fait ce papier, j'ai envoyé en accusé de réception avec copie et tout a continué toutes ses phrases, il disait à ses collègues « de toute façon sur un malentendu, elle finira dans mon lit », c'était vraiment des choses constantes. »

(Aide-soignante, 36 ans, GE 1)

Les expériences relatées ci-dessus montrent la reproduction de certains rapports sociaux de domination liés au genre, à l'orientation sexuelle ou encore à l'origine ethnique dans l'environnement de travail. Les relations entre les collègues s'imbriquent, parfois, dans des enjeux de pouvoir, de négociation, des tâches et des expertises qui peuvent prendre appui sur la reproduction de certains rapports sociaux de domination.

🔪 Ce que l'ethos professionnel et le genre du métier font aux travailleurs

Le métier d'AS et la profession d'infirmier, la façon de les percevoir, les pratiques et les compétences mises en avant sont largement liés au genre. La rhétorique professionnelle autour de la vocation pour parler de soi, la formation (théorique et pratique) contribue à former une figure de « bon » professionnel, un ethos, une identité professionnelle permettant aux professionnels d'un même secteur de se « reconnaître » et de fonctionner conjointement autour de mêmes codes, valeurs. La mise en application sur le terrain de cette identité et de ces valeurs est parfois impossible. Ce décalage engendre un mal-être, une souffrance dont l'origine est un conflit éthique chez les professionnels, notamment parce qu'ils sont obligés d'apporter leur concours à des actes qu'ils réprouvent moralement.

Si la valeur du travail « bien fait », de l'implication dans son travail sont constatées dans d'autres métiers et professions et n'impliquent pas nécessairement de souffrance, l'implication, le surinvestissement réalisés par les professionnels rencontrés semblent prendre une intensité et un sens particuliers. Valorisés par la vocation, dans laquelle qualités personnelles et professionnelles se confondent, et par l'ethos professionnel, les travailleurs vont parfois tout mettre en œuvre pour réaliser « coûte que coûte » un travail convenable, en dépit de leurs besoins. Certaines difficultés vont également être « absorbées » parce qu'elles apparaissent comme « normales », « naturelles » à leurs yeux, comme faisant partie des règles du jeu. Pour faire le parallèle avec le métier de danseur, Pierre-Emmanuel Sorignet (2010) montre que comprendre un métier de « vocation », en l'occurrence la danse, « c'est aussi comprendre les conditions de production d'une croyance. Croyance précoce – souvent acquise dès le plus jeune âge – en la valeur première de l'art chorégraphique, qui suppose l'adoption d'un style de vie basé sur la mobilité et la précarité, tant matérielle qu'affective et corporelle⁵⁵ ». Ainsi, chez les soignants aussi, la vocation renverrait à une croyance dans la nécessité

⁵⁵ Sorignet, Pierre-Emmanuel. « 1. « J'ai toujours voulu danser » : formation et vocation », Danser. Enquête dans les coulisses d'une vocation, sous la direction de Sorignet Pierre-Emmanuel. La Découverte, 2010, pp. 27-66

des souffrances, qui entraîne bien souvent une minimisation des signes de souffrance, physiques et psychiques dans l'exercice du métier.

C'est ce que souligne un aide-soignant s'exprimant sur des souffrances psychiques et physiques « acceptables » en lien avec l'exercice de son métier, ou encore cette aide-soignante, qui suite à un accident du travail ne fait pas valoir sa reconnaissance de travailleuse handicapée. Les douleurs physiques apparaissent « normales » aux yeux de certains professionnels tellement celles-ci sont incorporées dans l'identité professionnelle. « *Aussi la définition de la violence [de la souffrance] apparaît problématique dans un univers où elle se décline souvent sous l'angle de la norme professionnelle et où ceux-là mêmes qui la subissent ne la désignent pas comme telle et participent dans le même temps à en asseoir la légitimité (Kalinowski, 2005).⁵⁶* »

Il existe, en revanche, des souffrances « inacceptables » aux yeux des travailleurs : celles liées aux problématiques et dysfonctionnements globaux provoqués par des logiques institutionnelles. C'est aussi, et surtout, le manque de soutien de la part de la hiérarchie, et la non-reconnaissance des compétences, de l'expertise des professionnels et de leurs souffrances, qui créent le mal-être. Il semble que la perception d'une surcharge de travail peut être atténuée et absorbée si l'institution reconnaît la valeur des travailleurs.

Ce surinvestissement observé dans la rhétorique des enquêtés est le premier élément menant vers, ce que beaucoup nomment "épuiement professionnel" ou "burn out" (suite à la mise en place d'un accompagnement médical et/ou psychologique). Le surinvestissement revêt diverses formes. Concernant le travail relationnel, par exemple, les professionnels vont tenter de le restaurer, de l'intégrer « quand même » aux pratiques quotidiennes, en dépit des règles édictées en matière de rythme à respecter. Ils vont développer diverses stratégies afin de maintenir le relationnel dans lequel ils trouvent leur valorisation professionnelle et récoltent l'indispensable reconnaissance, durant le travail de nuit par exemple. L'exercice de nuit laisse, selon leurs dires, davantage d'espace, de place au relationnel. C'est le cas de cet aide-soignant qui privilégiera d'abord le travail de nuit, pour ces raisons, mais finira par demander à travailler de nouveau de jour, du fait de la fatigue qu'impliquent les horaires atypiques.

« La nuit, on est deux, et sur un Ehpad, là, ils sont 80, mais à l'époque, on était 65, avant l'expansion. Et du coup, on était deux pour 65 personnes et, je ne vous cache pas que c'est difficile, parce que du coup, il faut répondre aux sonnettes, on a beaucoup de ménage à faire, parce que du coup, il faut nettoyer les locaux la nuit. Donc il y a du travail. Mais quand on peut écouter quelqu'un qui est dans une attente et qui a besoin de parler, la nuit, vous pouvez vous asseoir et puis, bon, ben, le ménage, vous allez un petit peu plus vite pour terminer votre ménage, c'est pas grave. Puis vous savez que dans la nuit, vous avez forcément 3 ou 4 heures, où vous avez rien à faire, où vous pouvez vous poser, donc, du coup, c'est facile de pouvoir se poser avec quelqu'un, discuter et être à l'écoute, quoi. »
(Aide-soignant, 43 ans, BFC 7)

Se surinvestir peut également prendre la forme d'un investissement physique constant, par le fait d'être sans arrêt actif, marcher, courir, ne pas prendre de pause, ne pas s'arrêter, multiplier les heures supplémentaires, etc. Anne Véga (1995) fait l'hypothèse que la mise en avant dans les discours de l'hyperactivité, le va- et- vient incessant (qui peut sembler irrationnel aux yeux de l'observateur extérieur) constitue un moyen de se prémunir contre le risque d'un investissement trop grand auprès du malade, une façon de surmonter les contradictions liées à la fonction infirmière. Il nous semble que la mise en avant d'une hyperactivité est également un moyen pour ces infirmières de ne pas se laisser

⁵⁶ Sorignet, Pierre-Emmanuel. « Norme professionnelle et légitimité de la violence. Le cas des danseurs », *Déviance et Société*, vol. 38, no. 2, 2014, pp. 227-250

le temps de penser et de réfléchir à leur participation à des tâches qu'elles jugent contraires à leurs valeurs, évitant ainsi (au moins pour un temps) une souffrance éthique, psychique, mais impliquant l'installation d'une lassitude et d'un épuisement durables.

*« Et donc moi, je me suis épuisée, parce qu'au lieu de commencer à 7h, c'était des postes, de 12 heures : au lieu de commencer à 7h, j'y étais à 6 heures et demie. Au lieu de finir à 19h, je terminais à 20h. Je prenais pas mes pauses et l'organisme. »
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)*

Le surinvestissement doit se comprendre comme intégré à la fois à l'identité professionnelle, mais également au fait que les qualités nécessaires pour exercer ces métiers sont perçues comme « naturelles », et parce que le sens donné au travail dépasse l'exercice professionnel et qu'il est lié au genre. La question des remplacements et du travail en dehors des horaires planifiés, mais surtout le fait de se rendre « toujours » disponible pour l'institution et les patients, est l'une des caractéristiques les plus frappantes du surinvestissement des soignants de notre corpus. La porosité existante entre qualités professionnelles et personnelles « naturalise » cet investissement et le renforce puisque dans certains cas la profession est considérée, décrite comme une mission, un sens donné à sa vie qui justifie les efforts, les heures supplémentaires, etc. Si ce surinvestissement apparaît comme le moyen de valoriser son activité, il n'en n'est pas moins épuisant pour les agents forcés de puiser dans leurs ressources. Schématiquement, la « bonne AS », ou la « bonne infirmière », doit être celle qui accepte de travailler davantage qu'inscrit sur son contrat, qui doit être prête à s'oublier soi-même, etc. Elle est AS ou infirmière au travail et en dehors.

*« Quand vous êtes soignant, vous supportez tout. Parce que votre numéro de téléphone, on a le droit - enfin, on a le droit - On n'a pas le droit de vous appeler, ni de vous envoyer de mail sur votre boîte privée. Mais bon, pour plus de commodité, c'est fait. (...) Quand il y a le plan blanc, ben on est sous couvert, on est, on est soignant, en fait, on est, on est des soignants tout le temps. Parce que si t'as prévu des vacances et qu'il y a un plan blanc, tu pars pas (...) [l'été] Quand tu sais qu'il va faire chaud, qu'il va faire la canicule, eh ben, tu sais que tu vas être parti, mais si t'es rappelé, t'es rappelé. Si t'es pas à l'étranger. Et on trouve une solution pour te contacter. »
(Infirmier, 26 ans, CVL 4)*

La disponibilité apparaît comme le moyen de maintenir une continuité des soins satisfaisante mais elle s'appuie également sur une entraide entre professionnels d'une même fonction partageant les mêmes contraintes.

*« Bon je suis professionnelle, soit. Quand je travaille et qu'il y a un problème, une collègue qui peut pas revenir, en coupure, de travailler le soir : je propose de venir plus tôt, ça, c'est de ma propre initiative, parce que je ne veux pas laisser ma collègue dans la difficulté, tout ça. »
(Aide-soignante, 49 ans, BFC 1)*

Par ailleurs, le métier demande une présence à l'autre qui nécessite de s'y consacrer « pleinement », Les discours montrent que cette présence peut même aller jusqu'à l'oubli de soi et de ses besoins élémentaires. C'est le cas de cet aide-soignant qui travaille auprès de personnes âgées et explique ne pas ressentir physiquement certains besoins essentiels lorsqu'il réalise son travail. L'oubli de soi, l'implication corporelle et émotionnelle peuvent impacter directement la santé des travailleurs comme le montre le deuxième exemple.

« C'est juste un exemple, c'est marrant, c'est un truc de soignants, bon, peut-être ça se passe dans d'autres professions, mais c'est arrivé plein de fois, qu'on travaille, qu'on fait les toilettes, 9h, 10h du matin, on fait les toilettes, on fait les toilettes. Et quand on a fini les toilettes, dans la matinée, assez tard, donc, on se pose d'un coup. Et puis on s'arrête, on se rend compte d'un coup qu'on a grave envie

d'aller aux chiottes. On s'en était même pas rendu compte plus tôt, parce qu'on est dans le feu, dans le feu, dans le feu. Puis juste on se pose, on dit : Oh, faut que j'aille pisser, là. Voilà, quoi, c'est le fait d'être dedans, quoi. Moi, ça me l'a jamais fait à d'autres moments de ma vie, juste là, quand on est dans le feu. » (Aide-soignant, 39 ans, BFC 8)

*« L'été j'avais fait une occlusion, un fécalome, pardon. Donc, j'ai eu de la chance, parce que j'étais constipée chronique, je m'en rendais pas compte, ça aussi. Ça aussi : j'avais une constipation. Et vu que les soignants on a tendance à ne pas aller, aussi, uriner, à ne pas aller aux toilettes, donc on se retient, après, donc, on oublie. (...) Et j'ai fait donc mon travail, je suis allée à la selle et je voyais que j'étais constipée, quoi. Sauf qu'à ce moment-là, je commençais à avoir des sueurs. Mais des sueurs, ma collègue me regarde, elle me dit : « Ça, ça va pas », je fais : « Ecoute, j'ai vraiment du mal à aller à la selle », donc à ce moment-là, je prends, vu qu'on a accès quand même aux médicaments : je me fais un petit lavement, donc un petit Microlax. »
(Infirmière, 40 ans, BFC 4)*

Synthèse du chapitre

- 🔪 Les souffrances psychiques apparaissent parfois tôt dans le parcours
- 🔪 Un décalage éprouvé entre les enseignements acquis durant la formation et la réalité pratique qui contraint et qui ne permet pas de tenir la posture de « bon professionnel »
- 🔪 C'est aussi l'accumulation tout au long de la carrière de certaines conditions d'exercice qui vont peser sur l'installation durable d'une souffrance psychique
- 🔪 La pénibilité du travail humain est incorporée par les professionnels comme découlant des attendus du métier et de l'identité professionnelle
- 🔪 Ce sont les conditions d'exercice et l'organisation du travail ainsi que dans la façon dont l'institution prend en considération ces difficultés qui créent et installent durablement la souffrance psychique
- 🔪 Le « job demand » ou la quantité de travail et son intensité sont palliés par un « surinvestissement » passant notamment par le fait de se rendre disponible pour l'établissement durant le temps personnel
- 🔪 Concernant les aides-soignants, le « job control » : les marges de manœuvre et l'autonomie qui leur sont laissées semble souvent étroites et ils semblent cantonnés au rôle d'exécutants
- 🔪 Les infirmiers apparaissent comme des intermédiaires faisant face à des attributions et des responsabilités diverses
- 🔪 Une logique de performance et de rentabilité des établissements pointés par les professionnels comme en décalage avec les missions, le mandat porté par les établissements
- 🔪 Un contexte de souffrance psychique ressentie « à tous les étages » qui concerne l'ensemble des personnels, rendant difficile une réponse collective et individuelle à ces souffrances par l'institution
- 🔪 La reproduction de certains rapports sociaux de domination liés au genre, à l'orientation sexuelle ou encore à l'origine ethnique dans l'environnement de travail, parfois à l'origine des souffrances
- 🔪 Des souffrances « acceptables » s'intégrant dans l'identité professionnelle et inacceptables reliées aux dysfonctionnements des établissements
- 🔪 Le surinvestissement permet aux professionnels de palier les dysfonctionnements des organisations et se comprend comme relié au genre et à l'identité professionnelle

5. Les professionnels face à la souffrance

Les signes et manifestations de la souffrance

Nous avons interrogé les enquêtés concernant les signes et manifestations qu'ils identifient comme découlant d'une souffrance psychique. Nous verrons que ces manifestations physiques et psychiques sont multiples, que les acteurs, au moins au départ, ne les identifient pas nécessairement comme découlant d'un mal-être psychologique. L'entourage, professionnel ou personnel, joue un rôle important dans la mise en lumière de ces troubles.

Les symptômes, liés à la souffrance éprouvée par les professionnels, concernent la sphère physique et mentale. Ont été rapportés des douleurs, un épuisement physique mais également la présence de troubles du sommeil (insomnies, cauchemars, réveils nocturnes ou précoces), des crises d'angoisse, de l'irritabilité, un manque de patience, une hypervigilance, l'augmentation de certains comportements addictifs (alcool et tabac), ainsi que des signes de tristesse, de dépression avec parfois la présence d'idéations suicidaires.

"Des insomnies, des insomnies. Et puis, j'ai toujours envie, quand je venais travailler, la boule au ventre quand je venais travailler. Ça ne m'était jamais arrivé en 40 ans, quoi. La boule au ventre, en scrutant le planning pour savoir avec qui j'allais travailler et essayer de changer les trucs, j'ai même demandé à changer d'étage, à changer de service."
(Aide-soignant, 58 ans, BFC 6)

"Donc, les premiers symptômes, ça a été surtout mon agressivité vis à vis des autres. Ma non-disponibilité chez moi : je suis devenue exécration. C'est eux qui ont pris. Je peux même le dire aujourd'hui, j'avais pris l'habitude de prendre un verre de vin tous les soirs. Je pense que c'était pour temporiser, calmer. Et puis des fois, quand j'avais fini mon poste, je restais devant l'Ehpad assise, à faire le point de ma journée. C'est là que je me disais : « Ben tiens, je vais me foutre sous un camion, ce sera plus vite fait."
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)

Les signes non interprétés comme découlant d'un mal-être psychologique

De nombreux maux ont été mis en évidence par les acteurs. Cependant, du fait de l'apparition le plus souvent progressive de la souffrance, ils ne sont pas interprétés nécessairement comme résultant d'un mal-être plus profond. Lorsque l'apparition du mal-être est reliée à un événement clairement identifié comme facteur déclencheur, l'interprétation des signes est elle aussi variable. Prenons l'exemple de cet infirmier ayant subi une agression physique sur son lieu de travail. Ses collègues et lui-même seront reçus par un médecin des urgences afin d'évaluer les dommages et procéder à la délivrance du nombre de jours d'ITT (incapacité temporaire totale).

« On a été aux Urgences. C'est là qu'a commencé, enfin, que l'événement traumatisant, enfin, l'événement compliqué a été pour moi. C'était que donc on a été... reçu par un médecin des Urgences, justement pour évaluer les dégâts et pour la mise en place des ITT : interruptions temporaires de travail. Et à ce moment-là, donc, moi, le médecin m'ausculte, donc il avait fait déjà les ITT de toutes mes collègues et il me regarde, il me dit : bon, t'as... J'avais juste une, on va dire un cocard, quoi, en soi, rien de fou. Mais il me dit : Voilà, toi, t'es un grand gaillard, je te mets un jour d'ITT, ça suffira amplement. Et après, tu pourras reprendre le travail. Sans prendre en compte qu'il y avait peut-être une souffrance psychologique, qu'il y avait peut-être un... Voilà, vu que je suis un homme, ben, j'étais à même d'encaisser, de pouvoir reprendre le travail le lendemain. Il m'a même dit : Si je pouvais

mettre zéro jours d'ITT, je l'aurais fait, mais on est obligé de mettre une journée minimum. Et voilà, vu que t'es un grand gaillard, ça va passer, quoi. »

(Infirmier, 29 ans, BFC 10)

Le fait que l'agression et ses conséquences sur la santé mentale du professionnel aient été minimisées et peu prises en compte par le médecin évaluateur, du fait de ses représentations de genre, implique un décalage entre les ressentis et la prise en charge de la souffrance par l'institution. En effet, l'enquête, suite à cet événement, sera confronté à des manifestations, notamment des crises d'angoisse, qu'il n'a jamais ressenties par le passé, qu'il ne comprend pas et pour lesquelles il culpabilise. Selon lui, si le médecin lui a prescrit un seul jour d'ITT, c'est qu'il n'y a pas « lieu » de souffrir davantage de cette agression. Du fait du sentiment de culpabilité qu'il ressent, il n'en parlera pas, dans un premier temps, à ses proches, notamment parce que selon lui (et les paroles du médecin évaluateur), il n'est pas « normal » de ressentir ce type d'émotions lorsqu'on est un homme.

« Et en fait, j'avais une remise en question, en me disant : est-ce que c'est normal, justement, enfin, je suis... Enfin, est-ce que, justement, est-ce que c'est normal que je fasse des crises d'angoisse alors que, d'après ce médecin, je suis censé être... enfin je suis censé passer outre et pas avoir de souffrance psychologique, quoi. Selon lui et que c'était rien, en fait, pour lui, et que ça devrait être rien pour moi, puisque censément... voilà, je suis un homme, donc, enfin, je suis un grand gaillard, comme il m'a dit, donc ça devrait pas m'atteindre, quoi. Voilà, donc... De toute façon, ça a été très compliqué. (...) La représentation où nous, on doit être, voilà, en tant qu'homme, on doit être à même de passer outre, et d'être fort, en fait. Et ça sera même au-delà, d'ailleurs, du cadre médical : dans la vie tous les jours, dans les... L'homme, il doit pas montrer sa sensibilité, il doit pas montrer ses faiblesses. C'est des mœurs ancestrales, mais même à l'heure actuelle, ça reste ancré dans les... Oui, ça reste ancré dans l'esprit des gens. »

(Infirmier, 29 ans, BFC 10)

Cet exemple met en exergue différents éléments, celui de la reconnaissance des symptômes, en l'occurrence de la crise d'angoisse, comme révélateur d'un mal-être psychologique, de l'importance de la légitimation de la souffrance par l'établissement et plus largement par l'institution et enfin de la dimension des représentations genrées face à des difficultés psychologiques.

Dans d'autres cas, l'apparition de troubles physiques n'a pas toujours été interprétée comme le résultat d'une souffrance psychique. C'est le cas de cette aide-soignante qui développe des troubles cardiaques, des symptômes de tachycardie uniquement sur son lieu de travail.

« j'ai eu un premier arrêt de travail [à la maison de retraite] là car je faisais de la tachycardie et je suis montée vraiment très haut dans les pulses car j'étais à deux doigts du malaise et en fait ma collègue infirmière a trouvé bien de juste me laisser sur la chaise et d'attendre que ça passe, alors que je dis il faudrait que j'arrive à avoir un électro pour savoir pourquoi j'ai ça, d'où ça vient... et c'était le médecin qui avait demandé, et en fait non elle m'a juste laissé dans un coin du couloir, et si ça passe c'est bien, si ça ne passe pas tant pis, donc j'étais en urgence en cardiologie justement... et en fait le cardiologue disait que c'était dû au stress... Donc c'était lié déjà de base... »

(Aide-soignante, 32 ans, GE 1)

L'apparition de troubles progressifs et le rôle de l'entourage

Les troubles ressentis apparaissent de manière progressive chez les individus rencontrés, qui, petit-à-petit, vont souffrir d'insomnies isolées, puis de plus en plus fréquentes, ou observer des émotions de colère ou d'irritabilité, vont être moins disponibles et patients à la fois dans l'espace professionnel et intime. Si ces manifestations apparaissent comme des signaux d'alerte, parfois connus des enquêtés,

ils ne seront pas nécessairement traduits comme tels. On observe la présence d'une forme de fatalité, comme si parler de ses souffrances ne suffirait de toute manière pas à les « guérir ». Ces souffrances semblent incorporées, intégrées dans les corps et les esprits des professionnels qui ne les perçoivent pas toujours, ou qui les assimilent à une fragilité personnelle et/ou qui n'ont d'autres choix que de tenir face à elles. Le rôle de l'entourage, professionnel et personnel est primordial dans la mise en lumière des signaux d'alerte de la souffrance. Ils permettront parfois aux travailleurs de reconnaître et de légitimer la souffrance ressentie.

« Quand mes collègues me voyaient speed, elles me connaissaient et je leur disais. Elles me disaient : « Hop ! Stop ! Sylvie, pose-toi ! Là, ça va pas. Tu te calmes, tu t'assois, tu te poses, tu respire, tu te fais du Snoezelen si tu veux : de l'automédication. Mais tu te poses, tu te bois un café ». Parce que des fois, elles faisaient des pauses, aussi, fumeuses, alors moi, je dis : « pause non-fumeuse, s'il vous plaît, pause-café ! » Mais voilà, elles me connaissaient, mes collègues. Et je leur disais : « Mais vous pouvez me dire stop. Je vous en voudrais pas du tout, je sais comment je suis. Je suis une vraie pile électrique ». Et quand je commence à être une pile électrique, c'est qu'il y a une... une pression de travail énorme sur moi. Et je suis une pile électrique. Et puis, après, un moment, ça va : pof ! et ça explose. Là, c'est que ça va pas. »
(Aide-soignante, 49 ans, BFC 1)

La reconnaissance de la souffrance par les professionnels ne va pas de soi, elle demande un temps et un espace de réflexion dont beaucoup ne semblent pas disposer. Par ailleurs, accepter de souffrir du métier pour lequel « on se sait fait », dont les qualités nécessaires apparaissent comme dispositions personnelles, implique de renoncer à une partie de soi, de sa personne.

Les stratégies de défenses et de protection : ce qui fait que les professionnels « tiennent »

Nous verrons dans cette partie comment les professionnels procèdent face à la souffrance, quels sont les éléments mis en avant dans leur discours qui leur permettent de « tenir », ce qui les retient et au contraire ce qui fait qu'ils se désinvestissent. Face à la souffrance éprouvée, il semble qu'ils mettent en place, inconsciemment ou non, des stratégies de défense et de protection selon leurs possibilités d'action (personnelles et financières par exemple). Pour ce faire, nous nous appuyons sur la typologie proposée par A. Hirschman concernant les réactions individuelles face au mécontentement. Il distingue trois formes de réactions au mécontentement : « exit » ou défection, « loyalty » ou fidélité, « voice » ou protestation. Une dernière forme est proposée par l'auteur G. Bajoit, l'apathie.

Le surinvestissement (« loyalty ») et le désinvestissement (apathie)

Le loyaliste selon Hirschman (1972) est celui qui « hésite à quitter l'organisation à laquelle il appartient même s'il est en désaccord avec elle⁵⁷ ». Nous ajoutons à la définition proposée par Hirschman la notion de responsabilité et de culpabilité comme risques dans le fait de quitter l'organisation.

Nous l'avons vu avant, le surinvestissement découle, en partie, du genre du métier et de l'identité professionnelle. Il semble, toutefois, que le surinvestissement déployé par les acteurs soit comme une manière de « contrôler » les difficultés et la souffrance impliquée par l'exercice professionnel. Certains enquêtés, en particulier les femmes, réagissent d'abord à la pression exercée par l'institution en se

⁵⁷ Bajoit Guy. Exit, voice, loyalty... and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement. In: *Revue française de sociologie*, 1988, 29-2. pp. 325-345.

surinvestissant, par une hypervigilance. Cet « activisme défensif⁵⁸ » qui satisfait les exigences des établissements, des structures, permet aux individus de « contrôler » la souffrance, de la neutraliser. C'est le cas de cette infirmière de 52 ans qui travaille en Ehpad et qui va intensifier son travail, notamment en effectuant des heures supplémentaires ainsi qu'en allégeant ou supprimant les temps de pauses réglementaires.

*« Et donc moi, je me suis épuisée, parce qu'au lieu de commencer à 7h, c'était des postes, de 12 heures : au lieu de commencer à 7h, j'y étais à 6 heures et demie. Au lieu de finir à 19h, je terminais à 20h. Je prenais pas mes pauses et l'organisme »
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)*

Le surinvestissement apparaît comme un engrenage dont il semble difficile de se départir. Il épuise et accentue les troubles. Se désinvestir ou tout du moins s'investir de façon plus « raisonnée » est vu comme un risque pour les acteurs. En effet, le surinvestissement semble prendre appui sur l'idée d'une conscience professionnelle et sur le sentiment de culpabilité. Si le professionnel se désinvestit, il participera, contribuera alors aux dysfonctionnements observés et décriés. L'entraide entre collègues est alors un des éléments qui font que les professionnels « tiennent », parfois coûte que coûte pour ne pas imposer encore plus de difficultés au collectif déjà en souffrance. D'autre part, ils investissent dans leur mission, telle une « mission sacrificielle » se sentent responsables du bon fonctionnement de l'établissement et semblent éprouver, au moins pour certains, des difficultés à se retirer au moins temporairement des contextes à l'origine des souffrances par sentiment de devoir auprès des patients, notamment.

*« Alors en fait, ça a dû commencer en février. Le matin, quand je me levais pour aller travailler, je pleurais, et j'ai dit à mon conjoint : « Je vais mourir », parce que la charge de travail était devenue tellement intense, je me suis dit : j'arriverai jamais à faire tout. Et je me sentais responsable. On a une fonction de soignante on a une fonction de prendre soin. Et quand nous-mêmes on va pas bien, on peut plus prendre soin. Je commençais... Là vraiment... Cet établissement, j'ai pas vu pire. »
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)*

Si le travail humain, relationnel est considéré par ces agents comme la dernière source de satisfaction au travail et comme moyen de légitimer et valoriser leur fonction, il semble qu'il constitue, également, un des freins à la prise en charge de leur souffrance. Stopper ou freiner l'investissement revient à ne plus prendre en soin de manière satisfaisante le public accueilli. Le fait de tenir, de s'impliquer à tout crin semble leur donner l'illusion qu'ils contrôlent la situation, cela leur permet également de ne pas « faillir » à leur mission auprès du public accueilli mais également vis-à-vis d'eux-mêmes. Du fait de la porosité observée entre les qualités professionnelles et personnelles, se retirer ou se désinvestir revient à aller à l'encontre de ce pour quoi on se pensait « fait » et peut constituer pour certains un échec.

Dans d'autres cas, les enquêtés développent la stratégie inverse et se désinvestissent progressivement de leur travail et des relations qu'ils entretiennent à la fois avec les patients mais également avec leurs collègues et la hiérarchie. La souffrance est telle que les acteurs n'ont d'autres choix que de se protéger, se préserver en s'impliquant moins largement.

« Et ce qui m'a fait comprendre qu'en fait je m'en foutais du travail c'est qu'en général je faisais toujours en sorte d'être en avance pour être tranquille si jamais il se passait quelque chose sur la route, genre un accident, un tracteur... Donc ouais j'arrivais juste à l'heure de mon poste, donc avant j'avais le temps de prendre un café, me poser 5 minutes, faire ma petite vie, mon rituel de grand-mère

⁵⁸ Pez , Marie. « Corps et travail », Cahiers du Genre, vol. 35, no. 2, 2003, pp. 141-164.

avant de prendre mon poste, d'arriver quoi, et après c'est les transmissions et tu commences ton après-midi... Ben là, je venais vraiment à l'arrache, j'arrivais en retard, j'en étais à un point où je m'en foutais en fait, j'allais travailler pour travailler, je rentrais à la maison... Ce que je disais c'était que je bosse pour avoir mon salaire, je ne bosse pas par plaisir, je fais mon travail sans se préoccuper de ce qui se passait autour et je partais. J'étais un zombie du travail quoi, j'étais une machine, et là je me suis dit, je crois que ça va pas, c'est plus possible... »

(Aide-soignante, 32 ans, GE 1)

La défection ou « exit » face à la souffrance

La défection est vue, selon Hirschman, comme le contraire « absolu » de la loyauté qui supprime à la fois la coopération et le contrôle social. Elle s'exprime le plus souvent par la démission ou la mobilité. C'est le cas de certains enquêtés qui préfèrent fuir les contextes et situations leur créant de la souffrance, en particulier les aides-soignants. Cette « défection » est le moyen de se protéger et de se préserver des souffrances. L'exemple de cet aide-soignant qui refuse les contrats CDI, de peur de ne pas pouvoir changer facilement et rapidement d'environnement professionnel en cas de problème, et qui a eu recours à de nombreux arrêts de travail au cours de son parcours en est un bon exemple. L'intérim qu'il privilégie lui permettant d'être plus facilement mobile dans le cas de situations qui seraient contraires à ses valeurs. Il explique que si le métier d'AS lui procure de la joie et une satisfaction, il est également angoissant du fait de ses conditions d'exercice et des conséquences de celles-ci sur la prise en charge des patients. Se donner la possibilité de s'extraire rapidement de contextes problématiques permet d'atténuer les souffrances.

« Maintenant je fais presque plus que de l'intérim en fait. J'angoisse à l'idée d'avoir un CDI, vraiment depuis ...depuis quand, bah depuis ça : de me retrouver coincé dans une situation de merde dans un boulot de merde avec des cadres qui en ont rien à foutre de nous. Oui, c'est vraiment l'angoisse. Parce que des Cdi y en a plein, je pourrais travailler chez Korian, chez Arpavie, et tous les groupes pourris...y en a du taf !. (...) En fait, ça se passe souvent pas trop mal, jusqu'à ce que je vois comment la structure elle fonctionne, comment les patrons dirigent la boîte ; et comment ça se passe avec le personnel, je finis par partir et à aller travailler ailleurs... »

(Aide-soignant, 30 ans, CVDL 10)

D'autre part, l'exemple d'un aide-soignant qui subit du harcèlement moral de la part de certaines de ses collègues et préfère démissionner, avec toutes les conséquences que peuvent comporter une démission, plutôt que de recourir à un arrêt de travail pour ne pas « laisser gagner ses « harceleuses » » montre que les représentations associées à l'arrêt de travail pour des causes psychologiques ne sont pas neutres.

« Non, non, non, parce que je me suis dit : A ce moment-là, c'est trop facile, quoi. Tu te fais démonter et tu te fais machin et c'est encore, c'est justement pour que tu t'arrêtes, donc non. Je vais pas m'arrêter, je vais rester là, je vais être droit dans mes bottes et je vais continuer. Je vais le faire pour eux, ceux qui sont dans les lits, là. Voilà. »

(Aide-soignant, 58 ans, BFC 6)

Avoir recours à un arrêt de travail, dans ce contexte, est associé par le travailleur à de la faiblesse, à une solution de facilité qui viendrait légitimer le harcèlement commis par ses collègues de travail.

🔪 L'arrêt de travail : La mise en place d'un accompagnement

Nous avons vu quelles stratégies, conscientes ou non, mettent en place les professionnels pour échapper à la souffrance psychique, avant un éventuel accompagnement. En effet, le recours à un arrêt de travail ne semble pas une solution spontanée, mais un dernier recours face à une souffrance insupportable, et ce pour différentes raisons. Le surinvestissement déployé par certains, particulièrement les femmes, invisibilise la possibilité de freiner l'implication et donc de s'arrêter.

Par ailleurs, la possibilité du recours à un arrêt de travail est liée aux conditions matérielles et financières. Le versement de certaines primes ou la titularisation des postes sont soumis à certaines conditions dans le milieu hospitalier, notamment celles de ne pas s'absenter et de ne pas recourir à un arrêt de travail durant une période donnée. Ces conditions semblent davantage toucher les aides-soignants, qui sont les travailleurs les plus précaires de notre corpus. Ils sont, en effet, plus nombreux à cumuler plusieurs postes, dans différents établissements, pour des raisons financières, et sont également les plus concernés par des statuts et contrats précaires, comme des CDD ou le statut de faisant-fonction. Cette pression que constituent ces formes d'organisation et de management implique qu'il faut tenir.

« J'ai eu beaucoup de collègues en arrêt. Alors pas aussi longtemps que moi, mais trois semaines, un mois : là on en a énormément. Plus tous ceux qui ne se sont pas arrêtés, pour pas perdre leurs primes. »

(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

Prenons l'exemple de cette aide-soignante qui travaille dans un service de réanimation, elle fait face à des problèmes de santé, qui l'obligeront à recourir à une opération chirurgicale qui provoquent notamment une anémie importante. Cette AS, fatiguée, sera contrainte, pour obtenir sa titularisation, de sacrifier certains aspects de sa vie, notamment sa santé, en reculant son opération, en ne s'arrêtant pas, et en venant travailler dans un état d'épuisement total.

« Si jamais vous faisiez un arrêt de travail avant ça, vous risquiez de pas avoir la titularisation ?

R : De reculer, de reculer. Alors, pour peut-être un mois d'arrêt, ça recule pas d'un mois. Ça, recule de trois mois ou de six mois. Et moi, c'était hors de question, parce que j'étais tributaire, il fallait que je me fasse opérer.

Au bout d'un an. Je prends ma carte syndicale. Et là, je prends, j'entreprends les démarches médicales pour mon opération. Pour mon opération, parce qu'il fallait absolument que je la fasse. En fait, c'était l'ablation de l'utérus. J'avais des règles abondantes, je veux dire, j'étais hyper fatiguée, j'en pouvais plus, j'avais une hémoglobine, la norme c'est... c'est douze pour une femme : j'étais des fois à trois.

C'est une fatigue extrême, quand vous sortez du travail, voilà. »

(Aide-soignante, 43 ans, CVDL 3)

À cause de leur sentiment de responsabilité et de leur conscience professionnelle, induits par l'identité et le genre du métier, les professionnels tiennent, et font d'abord face individuellement aux difficultés. L'arrêt de travail peut leur sembler une solution, parfois risquée, en particulier lorsqu'ils ne sont pas titulaires de leur poste, ou en intérim. Selon leurs dires, le fait d'avoir recours à un arrêt de travail peut constituer un moyen de pression de la hiérarchie. Les professionnels craignent des représailles, ils redoutent d'être mis de côté à leur retour, et de ralentir les perspectives d'évolution espérées. Par ailleurs, certains discours montrent que certains médecins généralistes consultés pour une souffrance au travail rechignent parfois à accorder des arrêts de travail, du fait des missions « essentielles »

conférées aux soignants, particulièrement durant la période liée à la crise sanitaire de la COVID-19. De plus, les interruptions temporaires semblent davantage admises par les professionnels, en cas de plainte somatique, ou liées à un accident du travail, que face à un problème lié à la santé mentale au travail.

« Alors moi, pour moi, ça renvoie une image de personne faible, enfin d'homme faible, entre guillemets. Ce qui n'était pas le cas, mes collègues, comme je vous dis, étaient très, très compréhensives et au contraire, a été très, m'ont poussé à prendre mon temps, à pas précipiter mon retour, etc. Mais, c'est vrai que moi dans ma tête, c'était, ben, je suis faible, je suis... Je ne suis pas censé être en arrêt, je ne suis pas... Je suis pas censé les abandonner, quoi. »
(Infirmier, 29 ans, BFC 10)

Finalement, l'injonction à « tenir » apparaît sur le plan individuel, d'abord, mais s'intègre également dans un système dans lequel les travailleurs hésiteront à s'arrêter pour ne pas mettre en difficulté les établissements, et aussi du fait de l'image de leur arrêt aux yeux de l'institution. L'institution s'abreuve de ce sentiment de culpabilité et de cette conscience professionnelle en contraignant les acteurs, et en aggravant, par conséquent, leurs souffrances, en retardant la mise en place d'un accompagnement adéquat.

« Et le dernier gros gros truc qu'il a pu y avoir, ça c'était un an et demi, deux ans, ouais : un an et demi avant que je parte, on va dire. Où il y a eu, j'ai subi une agression physique vraiment extrêmement importante, de nuit également, où en fait, une de mes collègues s'est fait, a failli, enfin s'est fait attraper et a failli se faire casser la figure. Et donc je suis intervenu et du coup, c'est moi qui me suis fait passer à tabac, mais alors, ouais, enfin, comme dans les films, quoi. Parce que je suis vraiment fait... retrouvé à terre, tout ça. Et là encore, ma cadre m'a appelé le lendemain pour prendre un peu de nouvelles, mais voilà. Et quand j'ai rembauché, en fait, je me suis dit, enfin, j'étais pas, j'étais pas... psychologiquement, ça, ça n'allait pas du tout, mais je voulais pas prendre d'arrêt. Il y avait des arrêts dans le service, des collègues, machin. Comme tous les soignants, c'est marche ou crève. Mais ça, c'est nous qui nous obstinons à nous dire, on va dire. Donc voilà. »
(Infirmier, 49 ans, GE 5)

Les entretiens des personnes ayant eu recours à un arrêt de travail montrent que ces arrêts interviennent parfois très tardivement, au regard du début des troubles exprimés en entretien. Certains professionnels ont pu dater et se remémorer précisément le moment où la souffrance leur a paru « exploser » et être impossible à contenir. Cela découle parfois d'un événement identifié comme déclencheur, vécu dans la vie professionnelle ou personnelle, le trop plein, la « goutte d'eau » qui fait basculer vers un point de non-retour, dans lequel la souffrance semble irrémédiable. Dans d'autres cas, le trop plein est caractérisé par son aspect subit et imprévisible.

Les signes et manifestations sur ce « point de non-retour », relevés par les enquêtés, sont multiples mais apparaissent tous à des moments clés de la journée : avant de prendre son poste par exemple, ou sur le lieu professionnel, tels que des pleurs sur le lieu de travail, un accident de la route sur le chemin de l'hôpital, des crises d'angoisses avant la prise de son poste etc.

« Donc le dimanche soir, quand j'ai eu ma crise d'angoisse, j'étais là, c'est mon conjoint qui a appelé l'administrateur de garde. Au départ, il m'a dit : « Écoute, ça suffit, tu vas pas bien, on arrête tout. J'appelle l'administrateur de garde, tu assureras pas ton poste demain » et là, en fait, on est un peu tous pareils, je lui ai dit non. Il me dit : « Mais pourquoi tu veux pas que j'appelle ? – Parce que demain, il n'y a personne pour me remplacer. Et qu'on va appeler une infirmière qui a besoin de son repos demain pour venir ».
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)

« Bon, okay, mais je sentais quand même que la soupape : ça montait, ça montait, ça montait. Du coup, une nuit au mois de février, au moment de partir au travail, je tournais dans la maison comme ça, plus ou moins inconsciemment. (...) Mais voilà, donc je disais à SXXXX, ma compagne : « Ça chauffe là-dedans, ça chauffe là-dedans », donc elle, elle a eu peur que je fasse soit un AIT, un AVC, ou... Donc, on a appelé... Elle me dit : « Tu vas pas au boulot, j'appelle FXXXX », je connais son portable, le médecin, et elle a appelé le médecin qui a dit : « Moi, je pense pas que ce soit ça, mais il va pas travailler ; demain matin, il vient me voir aux premières heures ».

(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

« Là, je sors du travail, à trois minutes de mon domicile, je fais un accident. Voilà. Mais j'avais déjà fait, en allant travailler, parce que j'ai pris l'habitude d'aller travailler à la dernière minute, parce que ça me fait chier d'y aller (...) Du coup, donc là, je suis transportée à l'hôpital pas de dégâts, mais bon, la voiture un petit peu amochée. A trois minutes du domicile, alors que j'avais sonné la sonnette d'alarme le vendredi. Donc là, je me suis dit : non, je vais quand même aller à la médecine... alors, je suis en arrêt quelque temps, je vais bien me reprendre. »

(Aide-soignante, 42 ans, CVDL 3)

Des signes avant-coureurs étaient perceptibles dans la plupart des cas avant « la crise », nous les avons abordés auparavant. Toutefois, si ces signes ont été interprétés a posteriori comme émanant d'un mal-être psychique et constituant le début d'un parcours en lien avec cette souffrance, ils n'ont pas toujours été pris en compte tout de suite par les concernés eux-mêmes comme devant relever d'une aide extérieure, comme nécessitant un retrait temporaire de l'activité professionnelle. Le sentiment de culpabilité découlant de ce retrait apparaît comme un motif plus important que le fait de prendre en compte les signes et de les prendre en charge. Ainsi, le surinvestissement instaure un cercle vicieux duquel il est difficile de se défaire. Accepter de freiner et prendre en compte sa souffrance, c'est baisser les bras, abandonner patients et collègues, trahir ses valeurs et soi-même tout comme le contrat moral que l'on s'impose avec le public que l'on soigne.

Dans d'autres cas, la souffrance a été exprimée par le travailleur, auprès de professionnels de santé tels que la médecine du travail, ou un médecin généraliste devant une plainte somatique, par exemple. Cela n'a pas été décelé comme plus largement lié à une souffrance psychologique, et n'a donc pas suscité de réponse en lien avec le mal-être psychique. Ainsi, des arrêts de travail auront pu être prescrits en lien avec un problème somatique, d'une durée courte, qui ne permettront pas aux enquêtés d'être pris en charge sur le plan psychique.

« L'accident de la route, a fait un déclic au médecin du travail. Il y a eu un déclic, je pense, de tout le monde. Je pense de tout le monde. Et quand je suis allée voir le médecin du travail, là, j'ai compris que, j'ai vu qu'elle était attentive. Alors je lui ai expliqué vraiment tout ce qui se passait. »

(Aide-soignante, 42 ans, CVDL 3)

On peut émettre l'hypothèse que, faisant eux-mêmes parti de l'univers du soin, les médecins du travail et les médecins généralistes, aient intérioriser le surinvestissement dans le travail comme une norme, ce qui les empêcheraient de reconnaître les signes d'une nécessaire prise en charge psychique. Les propos montrent que certains professionnels du soin sollicités par les enquêtés sont également, parfois, réticents à prescrire des arrêts de travail dans le but de maintenir une continuité des soins. Une autre hypothèse peut être émise, celle du « déni de ses maux » de la part des professionnels qui minimiseraient les souffrances auprès des professionnels sollicités du fait de l'injonction à tenir, notamment.

▮ Ceux qui « ne s'arrêtent pas »

L'arrêt de travail constituait une de nos portes d'entrée, un des critères de recrutement retenus au début de l'étude. Toutefois, les difficultés rencontrées durant le recrutement nous ont poussés à élargir nos critères et à investir de nouveaux « lieux » de recrutement, tels que les forums d'entraide ou d'informations sur le réseau social Facebook. Si bien que sur les 30 personnes rencontrées, 9 n'ont pas eu recours à un arrêt de travail en lien avec une souffrance mentale au travail, toutes ont répondu à nos sollicitations d'entretien et avaient donc des éléments concernant leur parcours en lien avec la souffrance mentale au travail. Parmi les personnes qui n'ont pas eu recours à un arrêt de travail, 5 sont des hommes (dont 3 AS et 2 infirmiers) et 4 des femmes (2 AS, 1 AMP et 1 infirmière).

Si le nombre de professionnels ne nous permet pas une analyse fine des raisons qui les poussent à ne pas recourir à un arrêt de travail et nécessiterait d'interroger davantage de professionnels, nous observons des différences en termes de genre dans la façon de faire face à un problème de santé mentale au travail. En effet, parmi les 5 hommes n'ayant pas eu recours à un arrêt de travail, 4 ont décidé de quitter les établissements, de démissionner et de se retirer plus drastiquement des contextes de souffrance. Parmi ces retraits, plusieurs donneront d'ailleurs lieu à une reconversion dans les soins à domicile, ou dans un secteur en dehors du domaine du soin. Le fait de quitter les situations stressantes et sources de souffrance apparaissent pour ces enquêtés comme le seul moyen d'atténuer la souffrance, quitte à réaliser d'importants sacrifices personnels, sur le plan financier et familial, par exemple.

« J'ai démissionné, j'ai pas hésité à perdre 500€ de salaire, pour travailler à domicile. Donc, c'est sûr que du coup, ça diminue de beaucoup le train de vie que vous aviez, mais j'ai vendu ma maison. Je vis chez quelqu'un, j'ai plus rien à moi, mais psychologiquement, je me sens mieux, parce que j'ai changé de boulot, surtout »

(Aide-soignant, 43 ans, BFC 7)

Parmi ces hommes, un seul évoque le fait qu'il a très peu eu d'arrêts durant son parcours, pour des causes à la fois psychiques et somatiques. Il explique, notamment, que sa constitution le protège physiquement des accidents et douleurs liés à son activité professionnelle.

« Déjà, moi, je suis assez en forme, je faisais quand même du sport quand j'étais plus jeune et tout, donc quand faut sortir quelqu'un d'assez lourd du lit, tout ça etc., ou faire des trucs, des trucs lourds, tout ça, bon, il y a pas trop de problèmes. Donc, après, le fait d'être un homme, puis d'avoir fait du sport, voilà, ça aide. De toute façon, aide-soignant, ceux qui pratiquent du sport, voilà, ça va leur faire du bien dans leur profession. Là, ça, c'est sûr. Déjà, je me suis pas blessé. Ouais, peut-être deux, trois fois j'ai eu un petit peu mal au dos, pendant, une journée ou deux, mais, rien de grave. Donc déjà, physiquement, j'ai trop rien eu. Puis après, moi, au niveau grippe, être malade, tout ça, ça va, je suis quand même assez en bonne santé et j'avais la malchance, ou la chance, en fait, quand j'avais une grippe, un truc comme ça, de le faire quand j'étais en repos. Mon corps, il disait : bon, voilà, on lâche le truc, et hop ! Le crobe montait sur moi, et j'avais ma grippe pendant ma première semaine de repos, ou des trucs comme ça. Mais ça, ça m'est arrivé très, très souvent. Et donc, du coup, pas besoin d'aller chez le médecin faire un arrêt, rien du tout. »

(Aide-soignant, 39 ans, BFC 8)

Le physique et la notion de « force » musculaire et en filigrane le genre est également apparue comme argument protecteur de la souffrance mentale au travail par un aide-soignant, comme si le fait d'être comme il le dit « un grand gaillard d'1 mètre 93 et de 110 kilos » protégerait des conséquences du

travail sur la santé physique et mentale. Au-delà du discours de cet aide-soignant, nous émettons l'hypothèse que le genre masculin impose de ne pas s'autoriser à souffrir.

« Mais, on n'en parle pas, mais la souffrance du soignant, c'est un truc de fou. On est, on est au-delà de ce qu'on peut imaginer. Vous savez moi, j'ai vu des trucs. Moi je suis... Je suis rugbyman, je fais 1 mètre 93, je fais 110 kilos, donc j'ai joué au rugby pendant 35 ans, dans ma vie, je suis solide. Je voyais des filles qui étaient, qui étaient toutes seules, dans un secteur, service, qui faisaient 40 kilos. Des petits jeunes qui sortaient de l'école et qui se tapaient des boulots de ouf et qui pétaient les plombs, qui se retrouvaient à pleurer, à sortir du vestiaire en larmes. »
(Aide-soignant, 58 ans, BFC 6)

Les professionnelles, elles, ont eu recours à des arrêts de travail dont le motif concernait davantage des plaintes somatiques. Toutefois, les discours montrent que derrière ces plaintes somatiques se cachaient bien souvent, en filigrane, la présence de maux psychiques en lien avec le travail. La souffrance psychique n'a pas toujours été objectivée et reconnue par les professionnels de santé sollicités, dans les motifs de l'arrêt de travail.

Si, une analyse fine des singularités femmes-hommes dans le recours aux arrêts de travail pour cause psychologique mériterait d'interroger davantage d'individus, il semble que ces exemples montrent que le genre induit certains comportements liés à la santé au travail. Schématiquement, ces exemples montrent que les travailleurs « mécontents », en souffrance seraient davantage « actifs » face à celle-ci, par la prise de décision parfois définitive, au contraire des travailleuses davantage « passives » (ou « actives », de manière différente) face aux difficultés (et peut-être moins prises en compte dans l'expression d'une souffrance psychique). Nous émettons l'hypothèse que les femmes seraient plus susceptibles de tenir plus durablement face à la souffrance psychique au travail, parce qu'elle semble découler du genre du métier et de l'identité professionnelle, au contraire des hommes qui n'embrasseraient pas l'ensemble des conditions de l'identité professionnelle et du genre du métier et seraient davantage à même de quitter plus facilement les établissements. Nous émettons l'hypothèse que l'identité professionnelle de soignant se construise en amont de la prise de poste chez les femmes, parfois tôt dans leurs parcours au contraire, parfois, des hommes, qui ne mettent pas en avant une rhétorique de la vocation et qui vont développer, construire et embrasser l'identité professionnelle et ses attendus à l'entrée dans le poste et qui auraient par-là plus de facilité à se départir de cette identité car moins imbriquée dans des caractéristiques et dispositions personnelles. Par ailleurs, il serait pertinent d'investiguer plus largement la disponibilité de ressources externes au métier, économiques, sociales et familiales de ceux qui décident de quitter les contextes de souffrance.

D'autre part, l'arrêt de travail pour cause psychologique semble être associé pour ces hommes à un aveu d'échec, de faiblesse, au contraire d'une démission qui paraît préserver une forme de contrôle, de pouvoir d'action.

Synthèse de chapitre

- De nombreux symptômes éprouvés par les professionnels en lien avec la souffrance psychique qui ne sont pas nécessairement interprétés comme découlant d'un mal-être
- La reconnaissance de la souffrance par les professionnels ne va pas de soi, elle demande un temps et un espace de réflexion dont beaucoup ne semblent pas disposer
- Le surinvestissement apparaît comme un engrenage dont il semble difficile de se départir, pour ne pas mettre le collectif et le public pris en charge en difficulté, notamment.
- Parfois, les enquêtés se désinvestissent progressivement de leur travail et des relations qu'ils entretiennent à la fois avec les patients mais également avec leurs collègues et la hiérarchie
- Certains enquêtés préfèrent fuir les contextes et situations leur créant de la souffrance, en particulier les aides-soignants. Cette « défection » est le moyen de se protéger et de se préserver des souffrances
- Le recours à un arrêt de travail ne semble pas une solution spontanée, mais un dernier recours face à une souffrance insupportable, et ce pour différentes raisons : le surinvestissement, les conditions matérielles et financières, la crainte de représailles, la culpabilité liée au fait de « laisser les collègues en difficulté », etc.
- Les interruptions temporaires semblent davantage admises par les professionnels, en cas de plainte somatique, ou liées à un accident du travail, que face à un problème lié à la santé mentale au travail.
- Les entretiens des personnes ayant eu recours à un arrêt de travail montrent que ces arrêts interviennent parfois très tardivement, au regard du début des troubles exprimés en entretien. L'arrêt de travail découle parfois d'un événement identifié comme déclencheur, vécu dans la vie professionnelle ou personnelle, le trop plein, la « goutte d'eau » qui fait basculer vers un point de non-retour, dans lequel la souffrance semble irrémédiable

6. Le temps de l'accompagnement : Le rôle des proches et des professionnels de santé

Nous verrons dans ce chapitre quelles ont été les ressources de soutien mobilisées et sollicitées par les enquêtés en souffrance, et comment a été vécue la période d'arrêt de travail dont ont bénéficié une majorité d'agents de notre corpus. Pour finir nous aborderons quelles stratégies et aménagements ont été mis en place quant à la poursuite d'une activité professionnelle.

Le rôle des proches, de l'entourage, dans la prise en compte de la souffrance

Face aux symptômes du mal-être les travailleurs ont sollicité ou non différents acteurs présents au sein de leurs cercles sociaux, dans la sphère personnelle et professionnelle. Concernant l'entourage des enquêtés, il a soit constitué des ressources de soutien, soit au contraire a été mis à distance de la souffrance dans le but, notamment de ne pas l'inquiéter, ni de les décevoir. En effet, si certains mettent en avant l'importance de leur entourage dans la prise en charge de leur souffrance et dans l'amorçage d'un accompagnement adéquat, certains ont préféré taire cette souffrance.

C'est notamment, le cas de cet infirmier de 29 ans, qui masque sa souffrance auprès de ses proches, en particulier auprès de sa conjointe. Il explique que sa conjointe avait interprété certains signes de souffrance, toutefois, il préfère ne pas parler de peur de perdre la face, de se montrer faible aux yeux de ses proches.

« Ma conjointe, oui, s'en est aperçue assez rapidement, mais après, voilà, je m'exprimais pas trop sur ça, parce qu'en fait voilà, je pense c'est la volonté de pas paraître faible devant les gens et de pas non plus inquiéter. Donc, j'en parlais très peu. Donc c'est vrai qu'on en a parlé a posteriori. Elle s'est sentie démunie parce qu'elle savait pas quoi faire et je lui en parlais pas, quoi, j'en parlais très peu et même quand elle voyait que ça allait pas, moi, je faisais comme si tout allait normalement. »
(Infirmier, 29 ans, BFC 10)

Dans d'autres cas, la souffrance est tue car les acteurs n'envisagent pas que son expression puisse améliorer leur situation, et craignent au contraire l'incompréhension et la stigmatisation. Comme le montre l'exemple de cet aide-soignant, ayant des antécédents de troubles dépressifs, qui préfère taire des difficultés ainsi que sa tentative de suicide de peur de ne pas être compris et parce qu'il a intégré le fait qu'il serait dépressif toute sa vie.

« Bah... les gens fuient les dépressifs, faut le savoir. Quand vous avez quelqu'un de dépressif qui vit avec vous, ou un ami, c'est très très difficile de..., déjà de l'aider, parce qu'il y a différentes formes de dépression, moi j'oscille entre la colère et l'apathie, et du coup, comme vous êtes moins vivant, moins euh... les gens ne vont plus vers vous. Comme quand vous dites 'bah ça va pas, je suis suivi par un psy', 'ah bah mince', et du coup après les gens ne vous posent plus de questions et ne viennent plus vous voir. Donc un dépressif, par la force des choses, arrive à s'isoler. »
(Infirmier, AGE ?, GE 6)

La compréhension des proches de la souffrance et en filigrane des conditions de travail des acteurs apparaît comme primordiale dans la possibilité d'expression du mal-être. Il semble plus aisé pour les travailleurs de se confier à une personne travaillant également dans le domaine du soin. Certaines réponses de la part de personnes « à l'extérieur du soin » sont considérées pour les acteurs comme inadaptées, en décalage avec leur réalité et leur condition d'exercice.

« Des personnes pas dans le milieu médical, qui ne sont plus dans mon cercle d'amis du coup [rire]. Ça fait un tri c'est bien [rire]. « Roh bah c'est bon, ça ira mieux demain ». Ouais... Mais non en fait, c'est pas des trucs qui font que ça ira mieux demain... C'est là... (...) Je me suis beaucoup renfermée du coup... Je vois des personnes... J'ai pas beaucoup d'amis de base et là ça doit faire environ 6 mois que j'envoie un texto par ci par là, histoire de dire que je suis encore en vie, mais je l'ai vu plus comme avant en fait, j'ai plus envie, laissez-moi tranquille. J'ai pas envie de me justifier « pourquoi t'es pas bien », « pourquoi tu ne supportes plus ton travail », non j'ai plus envie en fait parce que les personnes ne comprennent pas, « mais c'est con pourquoi tu es comme ça ? Je comprends pas », et oui la phrase qui m'a tué c'était « tu veux plus être aide-soignante pourtant vous êtes bien payée », « vous avez pleins de primes, non ? », oui... Si seulement l'argent faisait tout... ça se saurait... »
(Aide-soignante, 32 ans, GE 1)

Les réponses apportées parfois par la famille des acteurs, particulièrement des parents, montrent le fossé sur les représentations du métier, comme un métier de « sens » et qui n'est pas censé faire souffrir, et de la souffrance au travail. Les enquêtés concernés mettent en exergue le fait que leur décision de s'arrêter, de se reconvertir n'est pas comprise du fait de la « bonne situation » que confère le travail d'aide-soignante aux yeux des parents, par exemple. Lorsque le sens du métier s'intègre dans des logiques familiales, et dans lequel les qualités professionnelles s'effacent au profit des qualités personnelles, il semble difficile pour l'entourage de considérer la souffrance et de l'accepter. Parce que le métier d'AS constitue une ascension sociale pour certains, et qu'il vaut mieux se contenter d'un métier plutôt que de ne se retrouver sans activité professionnelle par exemple. Ou encore parce, et que les rôles familiaux se sont appuyés sur l'activité professionnelle des acteurs, en particulier quand ce sont des femmes, aides-soignantes.

« Mes parents en fait, ma mère entre guillemets, elle a vécu à travers moi, donc même elle en fait elle voulait que je reste AS, donc maintenant ce n'est plus le cas, mais pour mes parents, ça a été très compliqué que je change de travail, voilà on va dire que j'avais fait la promesse, et pour eux en fait, c'était tellement important que je reste AS, c'était une fierté, et donc ils n'arrivaient pas à le voir. J'avais beau leur dire que je voulais partir en hôpital psychiatrique, ils ne comprenaient pas, même quand je leur racontais, ils me disaient mais il y aura toujours des cons dans la vie, le travail, mais ils n'arrivaient pas à me comprendre, et j'avais l'impression de ne pas du tout être soutenu de leur part. »
(Aide-soignante, 24 ans, GE 2)

Toutefois, l'entourage, et particulièrement les conjoints, peut constituer des ressources de soutien, à la fois dans l'interprétation des signes de mal-être et d'alerte, mais également dans la mise en place d'un accompagnement médical et/ou psychologique. C'est notamment le cas dans le temps de « crise », dans lequel la souffrance se montre insupportable. Certains conjoints, présents au moment de la crise, vont inciter les acteurs à ne pas se rendre sur leur lieu de travail et prendre en charge, momentanément, le fardeau que constitue le fait d'informer la direction de ce choix. C'est le cas de cette infirmière qui traverse une crise d'angoisse avant de se rendre sur son lieu de travail, son mari l'obligera alors à rester à la maison et contactera la cadre de santé pour l'en informer. Cet acte réalisé par le conjoint permet à l'infirmière d'atténuer son sentiment de culpabilité dû au fait « d'abandonner son équipe ».

« Et là, il a eu raison. Je n'étais pas capable d'assurer mon poste. J'aurais pas été une bonne soignante non plus et je risquais de me mettre en difficulté davantage. Donc, il a appelé l'administrateur de garde en disant : « JXXXX ne viendra pas ». Elle lui a dit : « Est-ce qu'elle a vu un médecin ? » Il a dit « Non, on va y aller demain. On va s'arranger pour qu'elle ait un arrêt ». Mais il a eu raison, il a eu raison. » (Infirmière, 52 ans, BFC 5)

S'il semble plus aisé d'exprimer, de partager ses difficultés, auprès de personnes expérimentant les mêmes conditions, les collègues de travail ne semblent pas constituer un soutien collectif sur lequel s'appuyer. Les relations d'entraide, de solidarité existent, mais semblent fonctionner davantage sur le mode de relations individuelles ou en « petits-groupes ».

« Je suis retournée au bout d'une semaine et c'est là que j'ai dit, vraiment qu'avec mes collègues, on est vraiment très, très solidaires, parce qu'on était toutes... on s'est soutenu toutes, les unes les autres. Parce que même, voilà, même celles de jour, qui n'ont pas assisté à ça, elles étaient perturbées, parce que c'était une dame en fin de vie, qui est décédée quelques jours après, d'ailleurs. Ça nous a toutes... très, très fortement perturbées. Elles voulaient faire une pétition pour pas qu'il revienne, au départ, etc. Vraiment... Heureusement, j'ai eu le soutien de mes collègues. »
(Aide médico-psychologique, 36 ans, BFC 2)

L'expression de la souffrance psychique ne va pas, selon les enquêtés, donner lieu à une réponse organisée et collective par une mobilisation plus large par exemple. Certains acteurs déplorent le fait que le mal-être reste un problème individuel pour l'institution et que les conditions partagées par un ensemble de travailleurs ne débouchent pas sur la mise en place d'un collectif, d'une mobilisation par le biais de grève, par exemple. Les souffrances sont absorbées avant tout de manière individuelle, même si les entretiens montrent des comportements d'entraide entre collègues. L'entraide va prendre la forme de temps d'échange, durant les moments de pause ou à l'extérieur du lieu de travail, d'une incitation à consulter un professionnel de santé, à prendre du temps de répit, du temps pour soi. Dans d'autres cas, l'engagement et la participation des professionnels, au sein de différentes instances pour faire reconnaître ou évoluer les droits par exemple, vont être masqués du fait qu'ils apparaissent pour les enquêtés comme vain, sans effet ou ne produisant pas de changement effectif.

Parfois, les collègues de travail ne sont pas considérés comme ressources sur lesquelles s'appuyer, parce qu'ils sont à l'origine des souffrances. En outre, durant la période de l'arrêt de travail, si certains professionnels restent en contact avec leur équipe, d'autres sont dans l'incapacité de communiquer avec des personnes liées à l'établissement, la structure productrice de souffrance. Une distance est alors installée avec les collègues de travail.

Les syndicats ont parfois été sollicités par les professionnels, dans le but de recueillir des informations sur les établissements, concernant leurs droits, pour dénoncer certaines conditions de travail et parfois même pour être aidés, accompagnés dans certaines démarches. Si certains enquêtés témoignent de la bienveillance et de l'écoute qu'ils ont pu trouver auprès des syndicats, leur sollicitation a, dans la majorité des cas, été insuffisante pour amorcer un changement ou atténuer les souffrances. Par ailleurs, faire reconnaître ses droits aux yeux de la justice, par exemple, s'apparente à un véritable parcours du combattant, en particulier concernant les travailleurs disposant de peu de ressources, en termes de capital social, culturel et financier. Les enquêtés, confrontés à ce type de situations, semblent hésiter à porter l'affaire devant la justice. C'est le cas de cet infirmier qui s'aperçoit être injustement rémunéré, au regard de ce que perçoivent ses collègues, et sera licencié de manière abusive. Après avoir effectué certaines démarches en interne, en informant la direction, en se rapprochant de certains syndicats qui ne donneront pas de réponses adéquates, il se rapprochera d'un avocat faisant partie de son entourage proche, qui l'incitera à porter plainte. Individuellement mais également collectivement, il semble que les travailleurs aient peu de moyen d'action concernant la reconnaissance de leurs droits.

Le rôle des professionnels de santé : décortiquer la souffrance

Une majorité des enquêtés a sollicité l'aide de professionnels de santé dans leur parcours, en lien avec une souffrance mentale au travail. Ainsi, les médecins généralistes et professionnels de la santé mentale ont pu jouer un rôle bénéfique dans la prise en compte de la souffrance et dans sa prise en charge.

Les acteurs les plus fréquemment cités sont les médecins généralistes. Ils constituent la première ressource mobilisée, et la première porte d'entrée vers une prise en charge de la souffrance psychique, du fait de leur proximité, et du lien de confiance établi dans le colloque singulier. Les discours montrent que les relations entretenues avec les médecins traitants sont, la plupart du temps, des relations basées sur la confiance, le respect et l'écoute. Le fait de connaître le professionnel de santé depuis parfois un certain nombre d'années, de bénéficier d'un suivi régulier semble favoriser l'expression des différents maux.

"C'était un médecin, mon médecin, oui, traitant qui m'a arrêtée. Elle a vraiment compris, parce qu'elle me connaissait depuis un petit moment, donc elle voyait bien que, que ça n'allait pas. Du coup, elle a pas hésité à m'arrêter. Elle a pas hésité, quoi, c'était important."

(Infirmière, 34 ans, BFC 9)

Ils apparaissent comme la première entrée vers un accompagnement, en détectant les signes de souffrance et en orientant, le cas échéant, vers une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique adaptée, dont l'arrêt de travail marque souvent la première étape. L'arrêt de travail d'une durée parfois longue, peut s'accompagner d'un maillage de consultations avec le médecin généraliste et les professionnels de santé mentale, débouchant sur un suivi régulier. Ils permettent également de déceler, au-delà des plaintes somatiques qui constituent souvent les motifs des consultations, le mal-être et ses symptômes.

« Et là, je suis partie, donc chez ma généraliste, je devais juste me faire renouveler mon stérilet, je m'en rappelle très bien. Je lui ai dit : « Ecoutez, renouvelez-moi mon stérilet, ça va aller, ça va aller, ça va aller ». Elle m'a regardée, elle m'a dit : « IXXX, comment ça va ? » Et là, je lui ai dit : « Écoutez, si je m'écoutais vraiment, je vous casserais tout votre cabinet ». Et là, elle a su. Et puis, je... je suis tombée en lambeaux, comme on dit. Je lui ai dit : « On nous traite comme de la merde », elle m'a dit : « Je sais ». Voilà, et puis à ce moment-là, au bout de trois semaines... Donc le lendemain, ma cadre supérieure, bien sûr, m'a appelée, pour me dire : « Mais vous savez dans quel merdier vous nous avez foutus ?! » carrément, hein, comme ça ! »

(Infirmière, 40 ans, BFC 4)

Ce sont, également parfois les premiers professionnels à faire face à l'urgence des situations dans lesquelles se trouvent les agents, en mettant en place un traitement médicamenteux en vue d'alléger, d'atténuer des symptômes liés au mal-être. Au-delà de l'aspect médical, ils participent, grâce à une écoute compréhensive et bienveillante, à la prise en considération et la reconnaissance des souffrances. Si certains agents se contenteront d'une prise en charge par leur médecin traitant, notamment pour des raisons financières, d'autres pourront être orientés vers des professionnels de santé mentale.

L'accompagnement psychiatrique et/ou psychologique permet aux agents de démêler les causes de la souffrance, de les replacer dans un ensemble, dans une organisation globale. Il permet d'intégrer les symptômes psychiques et physiques dans une réalité reconnue et objectivée par les diagnostics. La formulation d'un diagnostic, de mots tels que « burn-out », « épuisement professionnel », dépression en lien avec le travail, va décentrer la responsabilité, la culpabilité et traduire les symptômes comme émanant d'un « tout », dans une souffrance connue, objectivée, partagée par de nombreux autres travailleurs. En décortiquant les causes et l'origine de la souffrance mais également en la légitimant,

les professionnels souffrants prennent conscience du rôle de l'institution et de l'organisation dans l'apparition de leurs manifestations psychiques.

« Et j'ai eu un psychiatre qui a été formidable, aussi, qui a dénoué, en fait. Parce que dans nos professions, on va culpabiliser. Moi, j'ai culpabilisé. Je me suis dit : je suis plus bonne à rien, je vieillis, j'arrive plus à courir... et en fait, même le médecin du personnel que j'ai été voir m'a dit : « C'est pas vous qui êtes responsable. (...) Ça a été très difficile pour moi, mais j'ai été orientée vers un psychiatre, qui lui-même a été très bien. Voilà, il ne m'a pas caché que j'étais la troisième soignante qu'il recevait dans son cabinet. Alors je ne sais pas pour quelle raison. »

(Infirmière, 52 ans, BFC 10)

Les symptômes ressentis, non compris car jusqu'à lors jamais expérimentés, comme les crises d'angoisse par exemple, vont être requalifiées comme faisant partie d'un parcours « typique », « normal » de souffrance, contribuant à légitimer la souffrance aux yeux des travailleurs.

"Je suis tombé sur un psychiatre, donc qui faisait de la téléconsultation, donc un psychiatre qui, lui, officiait sur LXX, qui du coup, m'a expliqué la situation. Qui n'a pas compris qu'on nous ait mis si peu d'arrêt à tous, parce que, eux, ayant vécu la même situation, enfin une situation à peu près similaire dans leur établissement, me disait que les arrêts étaient au minimum d'un mois, ou justement, avec un suivi thérapeutique, etc. Et donc, c'est ça qui m'a déjà beaucoup aidé, parce que je me suis dit : Ah,

donc ça peut être, c'est normal, ce qui m'arrive, c'est une logique, c'est pas quelque chose d'irrationnel, de voilà, d'avoir des crises d'angoisse comme ça. Parce que, pareil, j'arrivais pas mettre de mots sur ce qui m'était arrivé, parce que j'avais jamais, comme je vous dis, j'avais jamais fait de crises d'angoisse de ma vie, jusqu'à maintenant, et c'est lui qui a mis un mot là-dessus, en disant : Oui, vous avez fait une crise d'angoisse, c'est tout à fait normal, c'était trop tôt pour reprendre. Ça aurait pu être plus grave, selon lui. »

(Infirmier, 29 ans, BFC 10)

Toutefois, l'accès à un accompagnement psychologique et psychiatrique apparaît inégalitaire. Il n'est pas toujours envisagé, quand bien même il est encouragé par le médecin traitant ou la médecine du travail. Les soins psychologiques nécessitent des ressources pécuniaires du fait du non remboursement de ces soins. Les délais d'attente des consultations psychiatriques, dans certains territoires, retardent également, parfois, la mise en place d'un parcours d'accompagnement.

La sollicitation de professionnels de santé mentale, internes aux établissements hospitaliers, est parfois rendue possible. Toutefois, ces solutions ne satisfont pas tous les acteurs qui préféreront un suivi en dehors du contexte à l'origine de la souffrance. Par ailleurs, le recours à un professionnel de santé mentale n'est pas toujours perçu comme une ressource pouvant atténuer les souffrances. Le rôle d'un entourage soutenant, mais aussi le fait de prendre ses distances avec l'activité professionnelle ou l'établissement à l'origine du mal-être, pourra être perçu comme plus « efficace » qu'un accompagnement psychique. Une aide-soignante explique qu'elle considère perdre du temps à parler « encore », et « encore » des raisons, des causes du mal-être. Ce qu'elle perçoit comme une ressource permettant d'alléger les symptômes de la souffrance, c'est d'avancer vers une possible reconversion et de ne pas « ressasser » la mauvaise expérience qu'elle a vécue.

« Comme je vous ai dit, j'avais déjà le combat administratif, qui n'aboutissait pas, donc je me suis dit, non je ne veux pas faire trop de choses à la fois, et non je n'avais pas envie d'en reparler encore. Là franchement, j'en parle un peu plus aisément actuellement là qu'auparavant, parce que je ne voulais plus en parler. Je voulais vraiment couper, couper avec l'hôpital, ne plus parler de l'hôpital... »

(Aide-soignante, AGE ??, GE 4)

« J'ai été voir le médecin du travail...mais qui m'a conseillé d'aller voir le psychologue du travail, j'ai envoyé deux mails pour avoir un rendez-vous, j'ai jamais eu de réponse. Et tant mieux, parce que à un moment quand je discutais, quand j'étais avec la cadre sup, et l'assistante RH, quand je leur avais fait part de , que j'avais dû m'excuser tout ça, y a la RH qui dit : « mais si vous voulez vous pouvez prendre rendez-vous avec la psychologue du travail, c'est une bonne copine ». Donc non heureusement ! Je n'ai pas les moyens, la Fonction publique on nous donne pas grand-chose. C'est un travail hautement qualifié mais on gagne rien. Pas les moyens...de faire un suivi, 200-300 euros par mois j'ai pas les moyens c'est pas remboursé, je peux pas. J'y ai même pas pensé. Voir une psy, c'était parler à ma femme, à mon meilleur ami, c'est ça, et sortir de cette situation surtout, j'avais besoin pour soulager mon esprit de m'éloigner de ces gens-là de ces services-là. »

(Infirmier, 26 ans, CVDL 4)

Les représentations liées aux soins psychiatriques peuvent également être facteurs de réticences à consulter ce type de professionnels, accentuées par le fait de ne pas être socialisé à exprimer, partager ses émotions.

« Pour moi, psychiatre, c'est psychiatre quoi ! Et quand on va voir un psychiatre, c'est voilà ! Alors que j'ai eu une éducation tout le temps, je reproche pas l'éducation de ma maman, de mon papa qui sont Marocains. Ma mère me disait « mais non, oh tu t'inquiètes, arrête avec ces peurs ! » Voilà c'est... Donc j'ai jamais eu l'occasion de dire ce que je ressentais quoi. Là, c'était l'occasion. « (...) pour aller mieux, j'aurai dû le faire bien avant. »

(Aide médico-psychologique, AGE ?, CVDL 9)

Concernant le rôle de la médecine prévention, de la médecine du travail, les discours montrent qu'elle possède peu de marge de manœuvre et d'action pour venir en aide aux agents, concernant les causes de la souffrance sur lesquelles agir, en dehors de l'objectivation de celles-ci, et de la mise en place des arrêts de travail. Certains enquêtés déplorent le manque d'actions préventives permettant de détecter, suffisamment tôt une éventuelle souffrance, avant que celle-ci ne devienne incontrôlable, insupportable, et qu'elle nécessite parfois un long retrait du travail, notamment en rapprochant les visites obligatoires. Les actions mentionnées par les agents sont plutôt orientées autour de problématiques physiques

« On nous donne des moyens pour nous protéger, mais après, si on veut parler il y a personne derrière, quoi. Alors après on vous dit : Oui, bon c'est bon, on fait un bilan annuel, en disant : Ben voilà, les témoins qui reçoivent les rayons, qui les comptabilisent tout au long de l'année, ils vont être en-dessous de la dangerosité, à 200 % en-dessous, donc il y a pas de problème, continuez, etc. Non, mais, ma souffrance elle est là, mais elle est pas là sur la radio, elle est ailleurs, quoi et personne ne l'explore, et personne ne l'entend, quoi. C'est une dimension que tout le monde occulte. Parce qu'elle est tellement pas gérable. »

(Infirmier, 50 ans, GE 1)

🔪 L'arrêt de travail : un temps de pause salubre et difficile à vivre

Les discours révèlent que la période de l'arrêt de travail, parfois longue, constitue une période charnière, un temps de pause salubre permettant un retour à soi, de repenser le sens donné au travail et l'implication dans celui-ci. Mais également une période de doute, difficile, dans laquelle la souffrance psychique est parfois aiguë et contraint fortement les agents. Face à ce retrait, parfois forcé, ils se trouvent dans l'obligation de mettre un terme, au moins momentanément, à leur implication, à l'investissement constant dans les tâches liées à l'activité professionnelle. L'arrêt « brutal » de l'implication semble impliquer diverses émotions et sentiments chez les agents, tels que la culpabilité, parfois la colère mais également le soulagement. Certains observent, durant cette période et particulièrement les premiers jours de l'arrêt, l'intensification des manifestations du mal-être, la présence de crises d'angoisse, d'insomnies, des douleurs, un épuisement, la difficulté à réaliser des tâches quotidiennes et simples, etc. Le fait de rompre avec ce qui permettait aux enquêtés de « tenir » et de se retrouver face à soi et à sa souffrance semble maximiser les symptômes.

« Comment... comment on vit l'absence de... de choses, enfin de... d'occupation, euh... bah on le vit mal. On vit mal de rien faire. Parce qu'en plus vis-à-vis de la société, bah voilà vous faites partie des « cassos », y a ça aussi. (...) Faut pouvoir gérer aussi les crises d'angoisse où vous vous griffez jusqu'au sang, aux mains, y a ça. Parce que vous êtes dans une impasse. Y a rien qui vous dit que ça ira mieux. »

(Infirmier, AGE ?, GE 6)

« Oui, c'était principalement, alors, pas des crises, c'était de l'angoisse presque permanente. Mais sans explication, notoire, c'était pas plus le boulot que le reste, c'était, il y avait un mal-être. Ça, c'est certain. Et au niveau du ventre, j'étais noué. J'avais des crampes, liées à de l'angoisse. En plus, quand t'arrives pas à expliquer. Déjà quand t'arrives à expliquer c'est pas terrible, parce que, de toute façon, tu vas pas bien. »

(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

Les agents mettent en exergue la difficulté à ralentir, à freiner dans leurs activités quotidiennes et à accepter l'arrêt de travail, comme une période de pause, dans laquelle se confronter aux difficultés, aux symptômes. Le sentiment de culpabilité est présent, s'accroît les premiers jours de l'arrêt puis s'atténue grâce au travail avec les professionnels de santé et notamment grâce aux traitements médicamenteux mis en place par les professionnels de santé.

« Après, moi, je suis quelqu'un qui a toujours été très actif, donc c'était aussi frustrant. Et j'avais toujours ce côté coupable, mais lié à ce que... Est-ce que c'était lié à ce que ce médecin m'avait dit, ou lié à ma façon, le fait d'être peu actif. Mais, le sentiment un petit peu, peut-être, d'abandonner mon équipe, quoi et peut-être de pas... Pendant l'agression de peut-être pas avoir assez défendu mes collègues, je sais pas. De pas en avoir fait assez, ou... Voilà, enfin, ça m'a... Le fait d'être seul, en fait, ça m'a fait pas mal réfléchir, aussi. Enfin d'être seul, bon, j'avais ma compagne qui travaillait, donc, qui revenait aussi, mais j'avais des longues journées où j'étais seul et donc du coup, ça faisait qu'en y repensant beaucoup, voilà, pendant quelque temps. Ça a été bénéfique dans un sens et de l'autre, ça a été aussi une grosse remise en question, quoi. »

(Infirmier, 29 ans, BFC 10)

Certains ont refusé la prise d'anxiolytiques ou d'anti-dépresseurs, soulignant le risque d'accoutumance et leur bonne connaissance des effets secondaires, des effets sur le corps du fait de leur activité et ont préféré des alternatives trouvées dans la médecine dite « douce », la phytothérapie, le magnétisme,

la lithothérapie, etc. La volonté de se sortir de la souffrance et de ses symptômes « par soi-même » a également émergé des entretiens. Accepter une aide médicamenteuse n'est pas neutre pour les agents du fait que les produits et leurs effets leur sont connus. Symboliquement, elle marque également le passage de ces travailleurs du côté des patients, de l'autre côté du miroir.

« Je suis allée voir une psychologue, j'ai pris de l'homéopathie, parce qu'en travaillant en psy je n'ai pas envie de prendre des antidépresseurs quand je vois ce que ça donne (rire), non. Et puis de toute façon, elle, elle ne peut pas me prescrire parce qu'elle est psy et pas psychiatre, donc elle m'a dit qu'il faudra aller voir un psychiatre et j'ai dit ouais non c'est bon. J'ai pris de l'homéopathie, de la tisane CBD, ça fonctionne très bien, pour pouvoir m'endormir parce que j'avais de gros problèmes pour m'endormir, je ne dormais quasiment plus. (...) Ben j'ai pris des comprimés d'homéopathie pour l'humeur en fait, « laroniol », c'est pour aider à la stabilité de l'humeur, j'ai pris de la mélatonine pour dormir, de la tisane CBD pour me poser, ça détend et après je suis beaucoup sortie, je suis allée voir des amis, de la famille, je suis beaucoup sortie malgré ce temps pourrave (rire). »

(Aide-soignante, AGE ?, GE 3)

D'autres, au contraire se sont appuyés sur ces ressources médicamenteuses comme des « béquilles » à mobiliser en cas de besoin. En effet, si les antidépresseurs sont pris en continu, durant une période plus ou moins longue avec un arrêt demandant un sevrage progressif, les anxiolytiques eux peuvent être pris en cas de besoin, « à la demande ». Ils permettent aux agents à la fois d'être rassurés en cas « d'urgence », de crise d'angoisse, d'anxiété dans lesquelles ils auront la possibilité ou non de prendre un comprimé pour calmer les symptômes. Ils permettent, également, à certains, de « jauger » leur niveau d'angoisse, de l'appréhender, de l'apprivoiser et d'évaluer les bénéfices et les risques d'une prise face à l'intensité de l'anxiété.

« Tu peux en prendre jusqu'à trois par jour et j'en ai jamais pris plus d'un dans la journée. Mais je savais qu'ils étaient là, que je pouvais en prendre plus. C'est pareil, ça aide, inconsciemment. Même si c'est 10 %, c'est... : tu l'as. Tu sens que ça va pas : je le prends, je le prends pas. Faut pas le prendre en systématique. Parce qu'après, tu te blindes et puis du coup, t'es en crise puis t'as rien pour calmer.

Donc ça, faut en avoir conscience aussi. »

(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

Les travailleurs en arrêt développent des stratégies et mobilisent des ressources, au sein de leurs cercles sociaux, pour traverser cette période. L'importance d'un entourage soutenant, bienveillant est largement mis en avant dans les discours. D'autre part, la recherche d'activités, de loisirs jusqu'à lors délaissés, permettent aux agents de prendre du recul et de retrouver des sources de satisfaction, en allant se promener, en cuisinant, etc. Certains parlent de cette période de pause comme nécessitant un travail sur soi, axé à la fois autour du développement d'activités et de stratégies pour « aller mieux⁵⁹ » mais également dans le but de repenser le travail, son implication, sa place et son sens.

« Oui, mais aussi à la personne avec qui, avec qui je vis, qui m'a énormément soutenu, qui m'a pas mal épaulé aussi, pas mal aidé, parce qu'il a aussi un passé syndicaliste. »

(Infirmier, 49 ans, GE 5)

"Ben, les ressources, c'était l'évasion, le sport, les enfants, ma compagne. Voilà, la vie. La vraie vie. La musique, parce que je suis musicien, aussi, ça m'aide beaucoup. La lecture. La peinture, le dessin. J'ai beaucoup de choses à côté. Je fais beaucoup de choses à côté."

(Aide-soignant, 58 ans, BFC 6)

⁵⁹ Lise Demailly, Nadia Garnoussi (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, coll. « Le regard sociologique », 2016, 420 p.

Le travail sur « soi-même » est rendu possible par l'accompagnement psychologique ou psychiatrique, il donne des clés permettant aux agents de développer des outils face aux souffrances ainsi que dans la poursuite de leur activité professionnelle. L'arrêt de travail, particulièrement les plus longs, au motif d'un diagnostic découlant d'un épuisement professionnel, constitue un « sas » entre l'expérience douloureuse et la perspective d'une reprise de l'activité, qui implique parfois des questionnements sur sa trajectoire professionnelle.

Une aide-soignante explique, par exemple, devoir réaliser un travail sur elle-même, reconsidérer son métier et en faire le « deuil ». Deuil d'un accompagnement, d'une aide qu'elle ne pourra peut-être plus réaliser si les conditions d'exercice ne changent pas.

« Voilà, parce que je dis : il faut que j'apprenne, aussi, à faire mon deuil de mon métier. Je peux vous dire c'est très, très difficile, très difficile, de dire : je vais plus aider autrui. Mais en fin de compte, autrui, je vais l'aider autrement. »
(Aide-soignante, 49 ans, BFC 1)

Les agents anticipent et projettent, durant cette période, la suite, soit par la reprise de l'activité dans les mêmes conditions, soit par une possible reconversion. La période d'arrêt peut alors être ponctuée par la recherche d'un nouvel emploi, de rendez-vous auprès de la médecine du travail pour réorganiser de nouvelles conditions de reprise, d'entretiens d'embauche, etc. et donc sources d'inquiétudes. La perspective de retrouver le même poste et donc les mêmes conditions de travail est redoutée par les agents qui vont mettre en place des stratégies, des aménagements durant leur arrêt de travail, souvent en lien avec les établissements, pour éviter les souffrances ou les atténuer à leur retour. Par ailleurs, les agents font parfois face à des pressions exercées par les établissements, les discours montrent qu'ils sont parfois contactés durant leur arrêt pour connaître la date de leur retour mais également le motif de l'arrêt, par exemple.

« J'ai contacté la médecine du travail, j'étais en arrêt, je pense, déjà depuis un mois. Parce que je voulais que ça soit notifié dans mon dossier. Et je ne savais pas ce qu'allait faire de l'hôpital de moi. Je suis titulaire, donc je me suis dit : quand je vais revenir, ils vont me remettre là-bas. Et j'avais dit à mon conjoint s'ils m'y remettent, je démissionne. Je peux pas. »
(Infirmière, 52 ans, BFC 5)

Finalement, la période de l'arrêt de travail constitue un moment de pause, parfois douloureux dans lequel viennent se dénouer progressivement les colères, frustrations ainsi que le sentiment de responsabilité ressenti face à la souffrance. Elle peut être vécue de façon brutale pour les travailleurs qui ont, parfois si longtemps, pris sur eux, tenus, endurés et endossés certaines responsabilités. Le passage d'une activité plus que soutenue à un temps « de rien » leur impose de faire face aux symptômes et aux causes de leur souffrance.

La légitimation de la souffrance et sa reconnaissance se produisent sur un temps long, grâce à un travail conjoint mené avec les professionnels de santé mentale qui pourront être mobilisés à de nombreuses reprises durant cette période. La présence d'un entourage compréhensif et soutenant est également primordiale pour les agents faisant face à une remise en question de leurs compétences et de leurs capacités. Une infirmière évoquera à ce propos que tout un « réseau » s'est formé autour d'elle, sa famille, son entourage proche, son médecin traitant et son psychiatre et que c'est la présence de ce réseau qui lui a permis de comprendre son mal-être, de l'accepter et d'aller mieux.

Elle est aussi une période de remise en question, de prise de distance quant aux conditions d'exercice. Les professionnels de santé mentale jouent un rôle important dans cette remise en question, en objectivant la souffrance, en la replaçant dans une organisation plus complexe, collective. Ils donnent

également des outils pour faciliter une reprise ou un changement, une reconversion, en incitant les agents à revoir à la baisse leur implication dans le travail. Toutefois, si la souffrance est objectivée et reconnue par l'entourage et les professionnels de santé mentale certains enquêtés déplorent le fait que l'épuisement professionnel ne soit pas reconnu comme un accident du travail, comme si les risques professionnels étaient uniquement perçus du côté somatique.

🔪 L'après : retour au travail ou reconversion ?

Diverses stratégies vont être mises en place par les travailleurs concernant la reprise de l'activité professionnelle suite à l'arrêt de travail.

Les enquêtés qui réintègrent leur service ou établissement desquels découle la souffrance psychique sont minoritaires. La reprise du travail semble se réaliser dans des conditions particulières, en lien avec les médecins généralistes et la médecine du travail, les travailleurs vont reprendre progressivement leur poste grâce à des aménagements telles que la reprise en mi-temps thérapeutique ou en diminuant son temps de travail.

« Donc j'ai été arrêté cinq mois et avec mon médecin, on a décidé, aussi même la médecine du travail, m'a dit de reprendre un mi-temps. Donc j'avais deux options j'avais soit une nuit sur deux, c'est à dire qu'il y a des semaines où j'en fais cinq, il y a des semaines où j'en fais deux. À la limite, j'en aurais fait deux, puis deux. Ça aurait fait moitié moins. Ou partir au milieu de la nuit. À 1h du matin, 1 heure et demie. Et l'infirmière de la médecine du travail m'a dit : « C'est mieux, au départ, si vous pouvez, si vous le souhaitez, si vous le supportez, de faire moitié de nuit, pour vous remettre dans le bain et aussi : si vous êtes moins souvent, mais une nuit complète, vous allez être dans le planning normal, ce qui fait que vous allez peut-être vous retrouver tout seul dans un service où c'est... et ça risque d'être... voilà, au début ».

(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

Dans la majorité des cas les travailleurs sont dans l'incapacité de retourner dans les lieux générateurs de souffrance. Ils vont changer de service ou d'établissement, mais toujours dans le même secteur d'activité. Les agents vont, dans la recherche de nouveaux postes, faire en sorte de trouver des structures et établissements qui correspondent au mieux à leurs attentes, à leurs valeurs, en termes de valorisation des compétences et de possibilité de réaliser un travail satisfaisant avec l'humain.

Certains intègrent de nouveaux établissements, en ayant conjointement des projets de reconversion ou de formation, toujours en lien avec le soin, pouvant mener à la création d'activités favorisant le travail relationnel. C'est le cas notamment de cette aide médico-psychologique, encouragée par sa cadre, qui désire compléter et valider les modules relatifs à la fonction d'AS et passer le concours d'infirmier dans le but, à terme, de devenir infirmière spécialisée en psychiatrie. L'expérience de la souffrance psychique pousse certains à changer de spécialité et à venir en aide aux personnes qui traversent les mêmes difficultés, c'est le cas de cet infirmier qui se spécialise dans la santé au travail et en particulier dans une approche préventive de la santé psychique des travailleurs.

« Au niveau du travail, on a quand même davantage le temps de faire les choses, notamment au niveau de mon diplôme universitaire. J'ai fait un mémoire sur la souffrance au travail, donc, il y a rien sans rien. Et donc sur l'évaluation de la souffrance au travail, que depuis un an et demi maintenant, je mets en place au niveau de l'entreprise, donc avec un suivi des salariés, avec des questionnements, autour de la souffrance au travail, avec des vraies considérations, avec des vrais chiffres aussi, des vrais chiffres qui parlent de ça. Peut-être que ça me sert aussi de thérapie un petit peu, c'est possible.

*Mais en tout cas, j'ai vraiment le sentiment de travailler, d'être dans quelque chose, maintenant, de l'ordre de la prévention. »
(Infirmier, AGE ?, GE 3)*

Pour d'autres, l'expérience liée aux souffrances laisse trop de « traces », les enquêtés se voient dans l'incapacité d'envisager une reprise de l'activité professionnelle dans le même secteur. Certains vont réorienter leur trajectoire professionnelle autour d'une manière alternative d'apporter de l'aide à autrui, s'intégrant toujours dans le travail de « care ». Les priorités seront centrées autour du travail relationnel, incluse dans une plus grande disponibilité temporelle, mais également autour du rejet d'une organisation surplombante, en se détachant des établissements « traditionnels » en se mettant à son propre compte par exemple, permettant de garantir une certaine autonomie.

*« Et après je me suis dit, ma passion, ça a toujours été on va dire l'esthétique, et de là, du coup je me suis lancée dans une formation à distance. Donc suite à ça, j'ai décidé de faire une formation de prothésiste ongulaire, et j'ai aussi également, comment dire, fait des propositions aux maisons de retraite, donc rien que pour faire un petit vernis aux personnes âgées, leur faire un petit moment de bien-être. Pour moi, comme je dis, c'est ma deuxième famille, et c'est tellement... En fait en tant qu'AS, j'ai réalisé que parler avec eux, c'était très compliqué, parce qu'avec une toilette de 5 minutes, c'était pas possible d'avoir une belle communication, de ressentir la souffrance que eux ils avaient, si ils avaient des problèmes, et pour moi en fait, je me suis dit, que ce projet que j'avais, il me tenait vraiment à cœur, parce que ça me permet moi d'être bien dans ma tête, et aussi d'essayer d'apporter aussi du bien-être aux autres. »
(Aide-soignante, 24 ans)*

La mise en disponibilité ou la réalisation de missions en intérim et le statut de vacataire sont, également, des stratégies développées par les agents pour continuer à exercer le métier qui leur plaît tout en évitant, le plus possible, ses contraintes structurelles. L'indépendance qu'apporte ce type de statut permet de se retirer plus aisément des contextes à risques, par exemple. D'autre part, certains évitent, du fait de leur expériences passées, la création de liens, d'attaches à la fois avec les structures mais également avec les collègues.

*« Comme j'ai dit je ne veux pas renouveler cette expérience de l'hôpital donc je fais très attention par rapport à ça, à ne pas être trop proche de collègues, à inviter trop de... Comme dire ça de confession, d'attaches quoi, je me préserve énormément quoi. »
(Aide-soignante, AGE ?, GE 4)*

Face à l'expérience de la souffrance et la mise en place d'un accompagnement médical et/ou psychologique, certains enquêtés mettent en avant le fait qu'ils ont développés certaines compétences. Celles-ci leur permettent de prévenir la réapparition de comportements pouvant mener à une souffrance. Ils ont acquis et intégrés des outils pour déceler les signes d'un éventuel mal-être, et des méthodes les préservant des situations à risques. Une infirmière évoquera le terme de « bouclier de protection » lui assurant une mise à distance de certains éléments ou comportements sur son lieu de travail, et la capacité à les aborder avec plus de recul et sérénité.

*« Et je suis revenue au travail avec des, comment dire, des boucliers de protection pour remettre chaque personne à sa place, y compris, donc, mon cadre de santé, qui va partir d'ailleurs. »
(Infirmière, 40 ans, BFC 4)*

D'autre part, le travail sur « soi », et ses comportements, réalisé durant l'arrêt a permis aux agents de prendre conscience de certains de leurs comportements, notamment sur leur dévouement, leur implication dans le travail et de le « déconstruire ». Ainsi, si le travail relationnel et la prise en charge des patients demeurent la première motivation et source de satisfaction de l'exercice professionnel,

l'investissement voué à l'institution est lui revu à la baisse. Les agents, dans le but de se préserver, s'investissent moins, réalisent moins de sacrifice et tentent de cloisonner ou du moins d'équilibrer leur temps personnel et professionnel. L'implication, l'investissement, est repensé, et semble moins relié à un sentiment de responsabilité et de culpabilité. Il s'intègre désormais dans un équilibre en prenant en compte les bénéfices et les risques.

« Donc maintenant, j'écoute, je lis : des podcasts, ou autres, mais si maintenant ça me touche trop, que ça m'embête, j'arrête, je persiste pas, je fais : « Oh, j'aime pas... ». Je suis plus trop... autant impliquée, parce que je pense plus vite à moi. Est-ce que moi, ça m'apporte quelque chose ? Est-ce que moi, là, c'est bénéfique ? Est-ce que j'avance ? »

(Infirmière, 40 ans, BFC 4)

« Oui, oui, je relativise. Je fais avec ce que j'ai. J'utilise mes armes. Et maintenant, j'arrive à prendre conscience, alors, c'est encore pas total, parce voilà. Mais je prends conscience que ça sert à rien. Même si j'ai travaillé sur moi pour me dire ça, mais, ça sert à rien de se dire : « Tu vas faire plus » : tu n'as pas les moyens, ça dépend... C'est pas parce que... ça dépend pas de moi, le fait que je puisse pas faire comme je veux. Donc t'as plus à te remettre autant en question. Tu peux avoir un sentiment de frustration, parce que t'as pas pu faire dans les conditions que toi, puis c'est les miennes, hein, que t'aimerais. Tandis qu'avant je le prenais en partie pour moi. Donc ça, ça n'arrange pas non plus la machine. Parce que tu te dis : j'aurais dû faire mieux, j'aurais pu faire mieux et tu... ça s'empile, au bout d'un moment. »

(Aide-soignant, 53 ans, BFC 3)

Synthèse chapitre :

- L'entourage des enquêtés, a soit constitué des ressources de soutien, soit au contraire a été mis à distance de la souffrance dans le but, notamment de ne pas l'inquiéter, ni de les décevoir.
- L'expression de la souffrance psychique auprès des collègues ou de la hiérarchie ne va pas, selon les enquêtés, donner lieu à une réponse organisée et collective par une mobilisation plus large par exemple.
- Une majorité des enquêtés a sollicité l'aide de professionnels de santé dans leur parcours, en lien avec une souffrance mentale au travail.
- Les acteurs les plus fréquemment cités sont les médecins généralistes, qui constituent la première ressource mobilisée, et la première porte d'entrée vers une prise en charge de la souffrance psychique, du fait de leur proximité, et du lien de confiance établi dans le colloque singulier.
- Replacer le mal-être dans une souffrance collective, liée à des dysfonctionnements systémiques, permet aux agents de se déculpabiliser, de déplacer la responsabilité et d'initier un travail sur soi et ses comportements au travail, grâce à une suivi régulier avec le ou les professionnels de santé.
- Les symptômes ressentis, non compris car jusqu'à lors jamais expérimentés, comme les crises d'angoisse par exemple, vont être requalifiées par les professionnels de santé mentale comme faisant partie d'un parcours « typique », « normal » de souffrance, contribuant à légitimer la souffrance aux yeux des travailleurs.
- L'accès à un accompagnement psychologique et psychiatrique apparait inégalitaire. Il n'est pas toujours envisagé, quand bien même il est encouragé par le médecin traitant ou la médecine du travail.



- Certains parlent de l'arrêt de travail comme une période de pause nécessitant un travail sur soi, axé à la fois autour du développement d'activités et de stratégies pour « aller mieux⁶⁰ » mais également dans le but de repenser le travail, son implication, sa place et son sens.
- Les enquêtés qui réintègrent leur service ou établissement desquels découle la souffrance psychique sont minoritaires. La reprise du travail semble se réaliser dans des conditions particulières.
- Pour d'autres, l'expérience liée aux souffrances laisse trop de « traces », les enquêtés se voient dans l'incapacité d'envisager une reprise de l'activité professionnelle dans le même secteur. Ils vont réorienter leur trajectoire professionnelle autour d'une manière alternative d'apporter de l'aide à autrui, s'intégrant toujours dans le travail de « care ».
- Certains enquêtés mettent en avant le fait qu'ils ont développés certaines compétences qui leur permettent de prévenir la réapparition de comportements pouvant mener à une souffrance.

60 Lise Demailly, Nadia Garnoussi (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, coll. « Le regard sociologique », 2016, 420 p.

PARTIE 3. SYNTHÈSE

I. Conclusion - Discussion

L'étude visait à combler un manque identifié dans les nombreux travaux menés jusqu'alors sur la santé mentale dans ses interrelations avec le travail. Il s'agissait plus précisément d'analyser ici les trajectoires d'emploi en regard de celles des soins, pour comprendre si la perception, la déclaration et la traduction des souffrances mentales dans un parcours de prise en charge adaptée pouvaient être articulées aux organisations de travail et CSP des travailleurs (hommes et femmes), et d'autre part à la variable du genre.

Si les problèmes de santé mentale déclarés par les personnes peuvent être déconnectés de l'exposition à des risques psycho-sociaux, il est apparu cependant que ces derniers intervenaient jusqu'à un certain seuil, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Il s'agissait de dépasser d'abord une lecture simpliste attribuant la surreprésentation des femmes chez les personnes déclarant des problèmes de santé mentale lors des études sur la santé au travail à une disposition supposée naturelle qui les exposerait plus facilement aux souffrances mentales. L'objectif était également de ne pas réduire l'analyse de ces différences genrées, dans les données relatives à la déclaration et à la prise en charge des souffrances mentales, à la « seule » singularité des emplois et formes d'emploi, ou encore à une certaine « charge mentale » documentée comme étant plus importante chez les femmes que chez les hommes. L'étude visait donc à aborder les questions de santé mentale sous l'angle de la porosité entre les milieux de vie privés ou professionnels, en premier lieu, et à tenter de repérer l'influence du genre sur cette porosité tout comme son impact sur le lien entre santé mentale et travail.

1. Discussion sur la méthode

Une approche réflexive a été adoptée sur l'utilisation de catégories sociales en questionnant la manière dont elles rendent compte et/ou participent de la construction de représentations normées sur la santé mentale. Difficile à appréhender, certes, mais l'analyse à partir de la description fine des caractéristiques de chacun des sous-groupes identifiés permet un renouvellement des éclairages sur les recherches de santé publique sur la santé mentale, dans ses liens avec le travail et sa conciliation avec les trajectoires de vie et de soins des individus (cf infra).

▮ L'analyse quantitative

L'effort a consisté, dans le volet quantitatif de l'enquête, à ne pas abandonner les comparaisons « toutes formes égales par ailleurs », afin de mettre à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle la sur-déclaration des problèmes de santé mentale chez les femmes en milieu professionnel serait à relier avec des facteurs liés à l'environnement professionnel et/ou à des facteurs extrinsèques.

Le chaînage des données de l'enquête CT-RPS 2016, appariées aux données de consommation de soins de l'Assurance Maladie *via* le SNDS a ainsi permis de mettre en relation et de comparer les organisations d'emploi et les trajectoires de soins des hommes et des femmes. L'analyse entendait principalement définir des profils d'actifs en emploi avec un problème de santé mentale repéré en fonction de leurs conditions de travail, de leurs parcours de soins. A partir d'une analyse sur l'ensemble de deux échantillons, celui des personnes ayant déclaré un épisode dépressif majeur (EDM) et de trouble anxieux généralisé (TAG) d'une part, et un autre rassemblant les personnes présentant des



problèmes de santé mentale, repérées à partir du SNDS, à travers leur niveau de consommations de traitements psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques ou neuroleptiques) et/ou d'autres types de prises en charge en soin (Affection de longue durée, hospitalisations) en 2015 et/ou 2016, une recherche de facteurs distinctifs a été faite. Celle-ci a reposé sur la prise en compte de variables relatives aux conditions de travail, potentiellement facteurs de risques, tout en recherchant des spécificités de genre.

Cette méthode quantitative s'inscrit dans une perspective intersectionnelle. Cette approche théorique⁶¹ vise à analyser l'imbrication des rapports sociaux – de race, de genre, de classe sociale, etc. – comme ses effets sur les individus, dans toute situation sociale ou comportement individuel. En santé publique, à l'inverse des analyses unidimensionnelles se focalisant uniquement sur une catégorie d'intérêt (le genre, la position sociale ou l'origine ethnique), l'approche intersectionnelle affirme que l'état de santé d'un individu doit être appréhendé dans l'imbrication de l'ensemble de ses caractéristiques. Or, si cette utilisation du concept dans les recherches sur la santé des populations s'est largement développée outre Atlantique, elle est restée majoritairement cantonnée aux études qualitatives. En pratique, cette approche intersectionnelle peine encore à s'actualiser dans une dynamique effective de la recherche⁶². En France, l'analyse des inégalités sociales de santé s'en approche par l'analyse des déterminants sociaux de santé sans nécessairement se réclamer de cette perspective théorique. Bien souvent, les travaux envisagent surtout le cumul des désavantages sociaux (inégalités socio-économiques de santé, inégalités de santé entre hommes et femmes, inégalités de santé entre français et population d'origine étrangère, etc). L'analyse quantitative ici menée s'efforce d'interroger les liens entre les organisations d'emploi, le genre et, dans une moindre mesure, l'âge, avec la perception, la déclaration et l'entrée dans une trajectoire de soins, pour des problèmes de santé mentale.

Les données des deux échantillons sont statiques. Certaines dynamiques, tant professionnelles que dans le parcours de soins, demeurent hors du champ de l'analyse statistique. De plus, les données mises à disposition *via* l'appariement au SNDS sont souvent agrégées, sans information précise de dates ou de diagnostics (causes Cim-10 d'ALD, détail sur les accidents du travail ou maladies professionnelles...) : cela restreint encore les analyses de trajectoires de soins. Par ailleurs, tous les recours exclus de la couverture assurancielle de l'assurance maladie sont invisibles (mais c'est la limite de toutes les études de santé mentale à partir du SNDS). Or, ces recours alternatifs se font partie de la palette des soins et soutiens possibles, proposés et recommandés par les professionnels de santé, dans le secteur ambulatoire. Ils ne concernent sans doute pas les mêmes pathologies mentales que celles repérables dans le SNDS et ne sont pas forcément exclusifs ; mais ils peuvent être assurés en complément d'un traitement médicamenteux. On peut penser que cette limite partielle est réelle, sans pouvoir toutefois la décrire précisément.

⁶¹ basée sur le concept de l'intersectionnalité introduit aux Etats-Unis par Kimberle Crenshaw en 1989, puis importé dans les sciences sociales françaises depuis le milieu des années 2000, est aujourd'hui majoritairement partagée par les chercheurs en sciences sociales; pertinente pour étudier les inégalités et les discriminations

⁶² Les rapports d'âges ou d'inégalités entre générations, constitutifs d'une démarche intersectionnelle sont encore trop rarement mobilisés, et la mobilisation de l'appartenance à un groupe social racisé dans l'analyse des inégalités demeure encore trop peu développée.

/ L'analyse qualitative

Plusieurs difficultés ont surgi lors du processus de recrutement. Une répartition équilibrée entre femmes/hommes était nécessaire pour mener à bien le projet d'analyser l'influence du genre sur la porosité entre milieux de vie privés et professionnels, et son impact sur le lien entre santé mentale et travail. Or la sur-représentation des femmes dans les premiers répondants, liée à celle de leur sur-représentation dans les groupes professionnels du champ de la santé a nécessité un temps nécessairement long pour parvenir à l'équilibre souhaité. Il a fallu adapter les procédures de recrutement initialement arrêtées. Le périmètre géographique préalable de l'enquête a été ainsi élargi à l'ensemble du territoire national, et, pour des raisons organisationnelles évidentes, les entretiens ont dû être réalisés par téléphone ou en visio-conférence. L'objectif premier de rencontrer seulement des aides-soignants, du fait que cette profession était apparue signifiante dans les résultats quantitatifs (Groupe C de l'analyse multivariée) avait conduit à cibler un recrutement via le champ du handicap, relativement mixte. Mais il a fallu se résoudre à considérer d'autres situations d'exercice du métier d'aide-soignant. Puis, face au nombre toujours restreint de répondants, ensuite inclure des membres des professions d'infirmiers et d'aides médico-psychologiques, en optant pour ne s'intéresser qu'à ceux qui travaillaient en établissement de santé. Le choix initial, aussi, de rencontrer des personnes ayant eu dans l'année passée un arrêt de travail en lien avec une souffrance mentale, s'est avéré infécond également. L'enquête a fait progressivement apparaître que la souffrance mentale intervient souvent à plusieurs reprises dans les parcours professionnels. Le parti a donc été pris d'inclure des personnes qui avaient fait le choix de démissionner, se reconvertir, et/ou des personnes pour lesquelles la souffrance était antérieure à l'année précédant l'enquête. Au final, 15 hommes et 15 femmes ont bien été rencontrés.

Ces difficultés ont nourri une analyse réflexive sur les options définies pour les modalités de recrutement et sur les présupposés de la recherche sur les souffrances mentales. Confrontés à un taux de réponses moindre des hommes à la sollicitation pour les entretiens, les chercheurs ont d'abord été tentés d'analyser celui-ci comme une confirmation de l'hypothèse d'une disposition genrée à l'expression des troubles de la santé mentale. Mais la sous-représentation numérique des hommes dans les professions investiguées a conduit à adopter une plus grande prudence, perçue progressivement comme d'autant plus nécessaire que l'analyse des discours des interviewés faisait apparaître des ressemblances (flagrantes) sur les modes de perception de la souffrance au travail entre les hommes et les femmes à l'instar des résultats de l'analyse quantitative. L'équipe des chercheurs a été ainsi conduite à changer sa focale d'analyse pour adopter une lecture en termes de « genre du métier », dont la portée heuristique s'est révélée plus féconde.

De même, l'idée que la traduction de la souffrance mentale passe par l'arrêt de travail systématique s'est révélée erronée : l'analyse de ses représentations, de ses perceptions et des réponses qui lui sont apportées dans le cadre du travail comme dans celui de la sphère privée nécessite d'être envisagée dans une perspective relationnelle, temporelle et processuelle. Les liens entre le genre du métier, l'identité professionnelle et les trajectoires de prise en charge des souffrances mentales pourraient être envisagées en termes de « carrière⁶³ », pour mieux comprendre les ressorts des points de bifurcation qui se font jour dans les parcours des individus.

⁶³ Le concept de carrière est emprunté à la sociologie interactionniste : Howard Becker (*Outsiders*, 1963) l'a utilisé pour étudier les carrières déviantes (l'usage de la marijuana). Ce concept permet une analyse compréhensive des raisons d'agir avancées par les individus, avec l'objectivation des positions successivement occupées des individus dans le monde social où ils évoluent. L'analyse porte alors sur les formes différenciées, variables dans le temps, de la manière dont les dispositions incorporées des individus sont influencées par les contextes pratiques de l'action et des contraintes successives qui s'imposent à eux dans les mondes sociaux fréquentés.



2. Principaux résultats

Il ressort de l'analyse quantitative qu'1 personne sur 4 déclarant un épisode dépressif majeur ou trouble anxieux généralisé dans le cadre de l'étude sur les conditions de travail se retrouve parallèlement dans l'échantillon de ceux faisant l'objet d'un remboursement, du fait de ces troubles. A l'inverse, parmi les personnes repérées⁶⁴ dans le SNDS, elles sont 27 % à déclarer un épisode dépressif ou trouble anxieux généralisé, dans le cadre de l'étude CT-RPS 2016. Au final, les individus ayant déclaré un EDM-TAG et ceux pris en charge, identifiés via le SNDS, ne représentent que 15 % de l'ensemble des personnes repérées en souffrance soit dans l'enquête sur les conditions de travail soit dans le SNDS. Parmi les personnes de l'étude, suivies pour des problèmes de santé mentale et repérées dans le SNDS, 73 % ne déclarent pas de troubles au travail.

Ces premiers résultats soulignent le peu de recours aux soins repérables dans le SNDS par les personnes déclarant pourtant des difficultés. L'analyse quantitative montre par ailleurs que les personnes en souffrance mentale présentent des caractéristiques d'âge, de genre et de classe sociale qui s'accordent avec les résultats isolés de nombreuses études⁶⁵. Les individus de cet échantillon d'étude sont davantage des femmes, ils et elles sont plus âgés, moins diplômés ; il s'agit davantage de salariés en CDI ou assimilé. Les employés et les secteurs de l'administration publique et enseignement et de la santé humaine et action sociale y sont davantage représentés. Du point de vue de la perception des conditions de travail, les contraintes de rythme et quantité de travail sont plus fréquents chez les personnes en souffrance mentale, ceci de manière globalement plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

A une échelle plus fine, l'analyse a montré, là encore dans la lignée de nombreux travaux⁶⁶, que si l'exposition à certains facteurs de risques psychosociaux peut générer un sentiment de mal-être, elle ne conduit pas forcément à une prise en charge médicale pour un trouble psychique. Là encore, ce résultat invite à analyser la souffrance mentale dans ses liens avec le cadre de travail dans une approche dynamique.

Il faut également nuancer l'impact du genre sur la perception, l'appréhension des souffrances mentales et la décision d'entrer dans une trajectoire de prise en charge : les hommes soumis à un facteur de risque psychosocial sont certes plus susceptibles de déclarer avoir connu un épisode dépressif majeur ou un trouble anxieux généralisé que leurs homologues sans risque, et que les femmes dans le même cas ; mais les écarts sont moindres entre hommes et femmes du côté du risque d'avoir une prise en charge médicale pour un trouble psychique.

Le lien effectué par les individus avec le vécu du travail est, lui aussi, à appréhender d'une manière fine. Une analyse selon le niveau de sévérité des souffrances et le niveau de consommation de traitements psychotropes, permet d'observer qu'un niveau d'EDM-TAG modéré à très élevé est fortement corrélé à des réponses positives d'items de contraintes de travail et d'exposition à des facteurs de risques psychosociaux. Et là encore, le genre apparaît comme une variable opérant des distinctions significatives entre hommes et femmes, malgré quelques limites statistiques du fait

⁶⁴ Ayant participé à l'enquête CT-RPS 2016

⁶⁵ Béryl Matinet, Elodie Rosankis, Martine Léonard, Nicolas Sandret. Les expositions aux risques professionnels Les risques psychosociaux. Dares, Synthèse Stat'. septembre 2020, Numéro 36

⁶⁶ Voir les résultats des enquêtes Sumer notamment

d'effectifs faibles pour certaines modalités, et malgré les conditions de recueil des données qui invitent à la prudence dans le travail de leur interprétation.

Ainsi, c'est toute la complexité des liens entre les problèmes de santé mentale, les représentations que les salariés en ont, la perception de leur occurrence dans leur vie professionnelle comme dans leur trajectoire biographique, ainsi que la décision d'entrer dans un parcours de prise en charge, qui demande à être analysée plus en profondeur. D'une portée heuristique féconde, cette analyse intersectionnelle menée sur un échantillon d'individus qui connaissent l'expérience de la souffrance mentale doit être complétée par la perception des facteurs de risques psychosociaux. C'est tout l'intérêt de l'exploration qualitative auprès d'aides-soignants et infirmiers : elle éclaire le questionnement sur la manière dont l'appartenance de genre participe ou non au vécu des problèmes de santé mentale, au travers des trajectoires personnelles et professionnelles, des organisations de travail et des trajectoires de soins.

Le choix de cibler une population d'étude exerçant deux métiers très largement investis par les femmes, posé au préalable comme un biais possible à la démarche d'objectivation, s'est révélé au contraire pertinent. En effet, l'analyse transversale des discours de professionnels, hommes et femmes, invite à penser le « genre du métier » (Divay, 2013) dans la construction de l'identité professionnelle. Cette notion de genre du métier est étroitement articulée à l'idée que les professions d'aide-soignant et d'infirmière sont associées à celle de travail de « care », aussi floue qu'elle a pourtant été documentée par de nombreux travaux empiriques en sociologie. Exercés à des positions subalternes dans la hiérarchie médicale, ces métiers de soins ont en effet une proximité avec ceux dispensés aux personnes dépendantes dans la sphère domestique et familiale. Nombre d'activités s'inscrivant dans le « care » sont largement exercées par des femmes (comme l'aide à domicile, le travail social et plus généralement le travail du secteur tertiaire relié aux services) ; et ces activités supposent, dans les représentations de sens commun, des qualités d'attention, d'empathie, associées « naturellement » aux femmes comme dispositions personnelles. Par conséquent le genre de ces métiers est majoritairement pensé comme « féminin » : cette naturalisation des savoirs et des compétences crée une confusion entre les qualités et les valeurs personnelles et professionnelles, une perméabilité entre les différents types d'expérience et d'investissement, qui vaut pour les hommes comme pour les femmes dans les discours concernant le métier et son ethos professionnel.

L'approche par le genre du métier donne à voir la manière dont les organisations du travail comme les conditions d'exercice dans le champ de la santé créent, de la souffrance psychique au travail, en mettant de côté l'hypothèse d'une susceptibilité plus grande des femmes à cette dernière. La mobilisation du modèle de Karasek, selon lequel la souffrance au travail s'inscrit dans différentes composantes telles que la demande psychologique, la latitude décisionnelle des travailleurs et le soutien social, a été pertinente pour comprendre comment le genre du métier participe en effet de la difficulté qu'éprouvent ces travailleurs à reconnaître comme telles leurs souffrances mentales et leurs liens avec le travail. L'identité professionnelle genrée, incorporée par les acteurs au cours de leurs socialisations professionnelles (et primaires), peut contribuer à les empêcher de reconnaître comme telle cette souffrance psychique au travail. Ainsi, la rhétorique vocationnelle, massivement présente dans les discours des femmes comme des hommes, selon laquelle l'entrée dans la carrière est envisagée dans une continuité entre des dispositions jugées personnelles et l'exercice professionnel, contribue à l'invisibilisation des coûts psychiques induits par le travail émotionnel nécessaire pour « tenir » dans un métier aux conditions d'exercice rendues plus difficiles par les contraintes organisationnelles et budgétaires des services dans les établissements de santé. La pénibilité du travail est de ce fait incorporée par les professionnels comme découlant des attendus du mandat professionnel dont ils sont investis. Elle n'est pensée comme « job strain » pouvant conduire à une



situation à risque pour leur santé que dans un second temps. La quantité de travail comme son intensité, induites par la logique de performance et de rentabilité des établissements, sont ainsi palliées par un surinvestissement dans le travail. La représentation du genre du métier que les professionnels ont intériorisée leur fait envisager ce dernier comme moyen de préserver ce qui donne sens à leur « mission », et comme la seule façon d'assurer une continuité satisfaisante des soins dispensés à autrui. Les professionnels peinent donc par loyauté (Hirschman, 1972) envers les patients, envers les membres du collectif de travail et envers l'institution, à se reconnaître souffrants, tant le sens donné au travail dépasse l'exercice professionnel. Tout se passe comme si accepter de souffrir du métier pour lequel « on se sait fait » impliquait de renoncer à une partie de soi.

L'enquête montre qu'il faut bien souvent une souffrance somatique durable, voire un accident qui vient alerter sur l'état de gravité des souffrances jusqu'alors endurées, pour que ces professionnels parviennent à appréhender ce processus de surinvestissement comme délétère pour leur santé mentale. Il leur faut plus de temps encore, et l'espace de la réflexion induit par l'entrée dans une démarche de soins et d'accompagnement, pour se décentrer du cercle vicieux de la culpabilité et de la loyauté. Alors, seulement, les dysfonctionnements institutionnels sont pensés intolérables, en particulier lorsqu'ils viennent puiser dans les mécanismes de défense produits par l'identité professionnelle pour légitimer la pression exercée sur eux. De temps et d'espace, ils n'en disposent justement pas beaucoup, puisque l'institution est rendue elle-même malade d'une logique gestionnaire qui nourrit celle du surinvestissement individuel. Leur hiérarchie, loin d'endosser cette responsabilité, ne reconnaît pas toujours, en outre, leurs compétences, ni n'offre tellement d'alternatives. Les plus précaires d'entre les travailleurs ne disposent pas non plus des capitaux sociaux et culturels pour s'autoriser à se penser légitimes dans l'affirmation de leur besoin d'être aidés. Quant au choix d'une autre voie que celle de l'exit ou de la défection (Hirschman, 1972), qui serait celle d'une réponse envisagée au plan collectif, par le recours aux syndicats et à une appréhension politique des ressorts de leur souffrance, il en arrive à ne pas même être envisagé.

Ces résultats se démarquent sur plusieurs points. Eloignés de l'approche classique des travaux sur les inégalités de santé qui s'en tiennent à la distinction des taux de prévalence des maladies contractées selon le sexe et/ou les catégories socio-professionnelles, ils invitent d'abord à penser comment le genre du métier entre, dans une perspective dynamique et processuelle, dans la construction des identités professionnelles. Ainsi, l'enquête a tenté de prendre en compte la manière dont les rapports de genre, et plus avant les rapports au genre du métier, pouvaient, sur le plan des pratiques et des expériences professionnelles, conduire à façonner le vécu des souffrances mentales au travail. Il faudrait, certes, aller plus loin dans l'observation empirique de ce qui se joue, sur la « scène » du travail⁶⁷ comme en « coulisses », pour mieux comprendre comment le genre du métier subsume l'identité de genre (ou inversement). Cela permettrait d'appréhender son influence sur la « carrière » des souffrances au travail. Mais c'est un début⁶⁸ : notamment, l'enquête met en lumière avec finesse les rôles du genre et du genre du métier dans le travail émotionnel auxquels se livrent les acteurs, dans leur « présentation de soi », en interaction avec d'autres déterminants comme l'âge, la structure familiale, le revenu, l'éducation (WHO, 2005) pour essayer de (se) dissimuler dans un premier temps leurs souffrances mentales, au sein de l'institution de santé et dans les collectifs de travail. L'enquête a souligné également comment ces collectifs contribuent à façonner les attentes sociales dans la capacité de faire face aux souffrances mentales liées aux conditions de travail, dans une dynamique

⁶⁷ Erving Goffman, *La Présentation de soi*, 1956, 1973, pour la traduction française

⁶⁸ Les sociologues interactionnistes tels que Hughes, Strauss, Garfinkel, Goffman et Becker ont largement nourri les recherches féministes en transmettant la méthodologie de la « théorie fondée » pour faire voir, sur le terrain, les efforts de négociations, de coordination accomplis par les actrices dans leurs interactions avec autrui sur les différentes scènes de la vie sociale. Il n'en reste pas moins que le genre n'a pas été construit comme objet « légitime » de la sociologie interactionniste (Danielle Chabaud-Rychter, Virginie Descoutures, Anne-Marie Devreux, Eleni Varikas, dir., *Sous les sciences sociales, le genre. Relectures critiques de Max Weber à Bruno Latour*, Paris, La Découverte, 2010.)

de renforcement réciproque des rôles de genre et de genre du métier. Les femmes, elles, expliquent très clairement comment cette logique de surinvestissement s'inscrit dans la continuité du rôle qu'elles endossent dans la sphère privée et sur les différentes scènes domestiques. Les hommes, par exemple, retracent la manière dont ils ont construit leur orientation professionnelle, et dont leur socialisation professionnelle a contribué à recomposer leurs pratiques masculines, (quitte à en souffrir). Ces résultats s'alignent, par exemple, avec ceux des chercheurs qui ont étudié les effets induits par l'entrée des hommes dans la profession de sage-femme (Charrier, 2007⁶⁹ ; Cottard, 2014⁷⁰ ; Jacques et Purgues, 2012⁷¹ ; Olivier, 2015⁷²).

Ces premiers résultats invitent à poursuivre l'analyse sur les effets induits par le genre du métier sur les travailleurs en termes de souffrances mentales, notamment au regard de la division sexuelle du travail pensée comme puissant système puissant de contraintes sociales (Connell, R.W., 1987) recoupant les divisions technique et morale du travail (avec l'effectuation des tâches relevant du « sale boulot » par exemple).

Cette perspective d'analyse s'inscrit dans l'invitation formulée par Muriel Darmon (2016⁷³) à penser les diverses formes de « socialisation continue ». Ce concept dépasse l'ordonnement strict entre moments socialisateurs et moments d'actualisation des socialisations aux différents ordres de genre sur les scènes privées et professionnelles. Il pourrait permettre d'enrichir la compréhension des bifurcations qui se jouent dans les carrières individuelles de la souffrance mentale des travailleurs. Cette perspective tient compte de la diversité des instances et des mécanismes socialisateurs à l'œuvre, comme de la variation des calendriers socialisateurs, elle-même produite socialement. Ce concept pourrait permettre de comprendre l'impact du genre, pensé dans son articulation avec le genre du métier- en tenant compte des différents modèles de management déployés- sur la manière dont les salariés se saisissent ou non :

des latitudes décisionnelles qui leur sont laissés (ou non),

des espaces et des dispositifs qui permettent l'entrée dans une démarche de soins des souffrances mentales.

Car cette étude donne à voir les tensions entre les effets induits par le genre du métier et les différences genrées des modalités de gestion des liens entre les sphères professionnelle, personnelle et familiale. S'il ressort que la vulnérabilité induite par la perméabilité de ces espaces est partagée par les hommes et les femmes, l'enquête montre cependant des différences dans le choix de la loyauté envers l'institution ou au contraire de l'exit pour faire face aux souffrances. Là, le genre est reconvoqué dans le sentiment de légitimité à ne pas s'autoriser à souffrir. L'hypothèse selon laquelle les femmes seraient plus susceptibles de tenir plus durablement face à la souffrance psychique au travail, parce qu'elle semble découler du genre du métier et de l'identité professionnelle, au contraire des hommes

⁶⁹ Philippe Charrier, « Des hommes chez les sages-femmes. Vers un effet de segmentation ? », *Sociétés contemporaines*, 2007/3 (n° 67), p. 95-118. DOI : 10.3917/soco.067.0095. URL : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2007-3-page-95.htm>

⁷⁰ Laura Cottard, « Homme et sage-femme : un choix, une pratique, une construction identitaire », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2014/1 (n° 17), p. 97-108. DOI : 10.3917/nrp.017.0097. URL : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2014-1-page-97.htm>

⁷¹ Béatrice Jacques, Sonia Purgues, « L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé » », *Revue française des affaires sociales*, p. 52-71. DOI : 10.3917/rfas.122.0052. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2012-2-page-52.htm>

⁷² Alice Olivier, « Des hommes en école de sages-femmes. Sociabilités étudiantes et recompositions des masculinités », *Terrains & travaux*, 2015/2 (N° 27), p. 79-98. DOI : 10.3917/tt.027.0079. URL : <https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2015-2-page-79.htm>

⁷³ Muriel Darmon, « 4. Socialisation continue et transformation de l'individu : une grille d'analyse », dans *La socialisation*, DARMON Muriel (dir.), Paris, Armand Colin, « 128 », 2016, p. 99-122. URL : <https://www.cairn.info/--9782200601423-page-99.htm>



qui n’embrasseraient pas l’ensemble des conditions de l’identité professionnelle et du genre du métier, demande à être approfondie.

Les résultats invitent aussi à établir des comparaisons avec d’autres corps de métier où les souffrances mentales sont significativement plus ressenties, mis en lumière par le volet quantitatif de l’enquête. Le point commun entre les métiers de l’administration publique, de la santé, du travail social et de l’enseignement est la confrontation avec les publics, et bien souvent de surcroît des publics en situation de vulnérabilité sociale. Il y a là une communauté d’expériences professionnelles qui demande à être explorée au regard du genre, et peut-être également du genre du métier, dans une approche elle aussi interactionniste et intersectionnelle. La littérature scientifique a commencé d’investiguer la souffrance des agents dans l’exercice du travail bureaucratique (Dubois, 1999, 2012⁷⁴, Weller⁷⁵). Comme ici les aides-soignants et les infirmières, les agents sont pris en étau entre leur ethos professionnel qui les pousse à « s’engager dans le malheur », et la nécessité de prendre de la distance pour continuer de supporter le spectacle de la misère. Ces travaux évoquent le coût psychique de l’effort de maîtrise de soi pour tendre à un traitement universel des problèmes dans l’exercice du métier. Mais la disposition à faire cet effort, ainsi que sa possibilité, sont variables, selon les individus et selon les contextes d’exercice. Bourdieu (1990)⁷⁶ avait déjà étudié les jeux des agents entre le choix de la familiarité avec les usagers, ou au contraire celui du formalisme bureaucratique, ces tactiques étant rendues possibles par le fait que la définition des rôles professionnels comporte une part d’incertitude. Celle-ci est laissée à l’appréciation personnelle des travailleurs. Or, tous ne disposent pas des mêmes ressources ni des mêmes latitudes pour s’en saisir. Il s’agirait, dans la continuité de ces travaux, d’examiner les conditions qui entretiennent l’engagement des individus dans leur rôle, où le rapport au corps est valorisé, et qui permettent de maintenir un rapport positif au poste de travail. Il serait intéressant d’étudier, dans les secteurs repérés dans le volet quantitatif, la manière dont le genre pèse dans la définition que les salariés se donnent des objectifs, des principes, des pratiques légitimes et des priorités de leur mandat. En particulier lorsque, en outre, les facteurs organisationnels de ces services de l’Etat créent de l’isolement et n’apportent plus la reconnaissance attendue. Autrement dit, il serait intéressant de poursuivre l’investigation pour comprendre comment le genre participe de la manière dont ces catégories de travailleurs (qui peuvent eux-mêmes appartenir à des CSP moyennes ou basses) investissent leurs dispositions personnelles « dans la main gauche de l’Etat », quand, pour reprendre l’expression de Bourdieu⁷⁷, « la main droite démissionne », tout en étant contraints de gérer la double contrainte de l’engagement et du détachement.

⁷⁴ Vincent Dubois, *La Vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Editions Economica, 1999) et « Le rôle des street-level bureaucrates dans la conduite de l’action publique en France », 2012, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00660673/document>

⁷⁵ Jean-Marc Weller, « Troisième partie Stress relationnel et activité de travail », dans : Marie Buscatto éd., *Au-delà du stress au travail*. Toulouse, Érès, « Clinique du travail », 2008, p. 177-183. DOI : 10.3917/eres.welle.2008.01.0177. URL : <https://www.cairn.info/--9782749208497-page-177.htm>

⁷⁶ Pierre Bourdieu, Salah Bouhedja, Claire Givry, « Un contrat sous contrainte », *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 81-82, mars 1990, L’économie de la maison, pp. 34-51, et « Droit et passe-droit », *op. cit.*, pp. 86-96.

⁷⁷ Pierre Bourdieu, *La Misère du Monde*, Paris, Le Seuil, 1993.

3. Quelques traductions opérationnelles à l'aune d'une actualité particulière

L'enquête qualitative attire l'attention sur les effets délétères en termes de santé mentale des réglementations changeantes, des restrictions de personnels, de l'absence de perspective de carrière et du manque de reconnaissance de l'institution dans le champ du soin. Ces résultats résonnent de manière particulière à l'heure des fermetures des services des urgences, notamment. Ils ne peuvent résolument se lire sans prendre en considération un contexte sociétal en tension pour ces métiers, et la dimension politique de la désaffectation des soignants pour l'hôpital public. L'intensification du travail et la paupérisation des professions⁷⁸ malgré les apports du Ségur de la Santé ont exacerbé les souffrances. L'isolement des soignants, produit par l'institution, est en outre renforcé par l'épuisement des collectifs de travail. Or le modèle de Karasek a montré comment la latitude décisionnelle mais aussi l'autonomie (souvent couplée avec la reconnaissance d'un savoir-faire) améliore la situation de salariés. Les entretiens viennent rappeler combien la reconnaissance individuelle et collective minore les risques psycho-sociaux. Il s'agit, notamment, de préserver la scission professionnelle et personnelle. Une organisation managériale cohérente ne peut à la fois prôner la bienveillance de son public et déployer des pratiques irrespectueuses des cadres de chacun. C'est ainsi que le temps de travail s'allonge, que les congés sont reportés, que les vertus d'un repos, qui devient haché, disparaissent peu à peu. Les aides-soignants, en cela, ont les mêmes besoins que les autres professionnels de ces organisations. Mais ils s'en distinguent du fait qu'ils se situent « au bas de l'échelle sociale ». Ces tendances dans le champ du soin sont connues⁷⁹ et perdurent.

Quand la souffrance psychique est installée, l'enquête a montré, également, que les médecins généralistes constituent la première ressource mobilisée, et la première porte d'entrée vers une prise en charge, du fait de leur proximité et du lien de confiance établi dans le colloque singulier. Pourtant, les médecins généralistes peuvent eux-mêmes contribuer à l'invisibilisation des souffrances mentales lorsqu'elles sont liées au travail. En effet, s'ils ont intériorisé le surinvestissement dans le travail comme une norme, ils peinent parfois à reconnaître les signes d'une nécessaire prise en charge psychique ou à prescrire des arrêts de travail, dans le but de maintenir une continuité des soins dans les structures qu'ils connaissent. Un résultat frappe dans cette enquête : face à ces dysfonctionnements, les salariés semblent n'avoir d'autre choix que la loyauté ou l'exit, selon le modèle de Hirschman (1972). Comment soutenir la voie de la dénonciation des souffrances (voix), à une échelle collective, dont on a vu qu'elle produit un effet de légitimation des salariés, en requalifiant les troubles en leur donnant une cause structurelle et non uniquement individuelle ? Il s'agirait, d'abord, de réfléchir aux moyens de pallier les problèmes dus à la dimension inégalitaire de l'accès aux prises en charges adaptées, à renforcer les programmes de sensibilisation à la santé mentale des agents de la médecine du travail et des médecins généralistes, mais aussi déployés auprès des travailleurs dans les services des établissements de santé.

⁷⁸ Interview de Frédéric Pierru, « Mobilisation dans les hôpitaux : « La crise hospitalière est devant nous, et les mesures budgétaires ne résoudront certainement pas tout », *Le Monde*, 7 juin 2022.

⁷⁹ Memmi S., Sandret N., Niezborala M., Lesuffleur T., Niedhammer I., « L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux », DARES Analyses n°0404, 2016, p 1-8.



Références bibliographiques

- [1] A. Stimec, T. Bertrand et X. Michel. Le Lean management est-il irresponsable ? In Revue de l'organisation responsable 2010/2 (Vol. 5)/ pp. 76 à 85
- [2] V. de Gaulejac, Travail, les raisons de la colère, Paris, Le Seuil, coll. « Économie humaine », 2011, 335 p.
- [3] E. Bressol au nom de la section du travail présidée par Christian Larose « Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés. Conseil économique et social, Notes D'élina, n°170, 2004,
- [4] N. Guignon, I. Niedhammer, N. Sandret. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Dares, Premières Synthèses Mai 2008 - N°22.1
- [5] S. Memmi, N. Sandret, M. Niezborala, T. Lesuffleur, I. Niedhammer. L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. Dares analyses. Janvier 2016, n° 004.
- [6] L. Goussard, L. Sibaud, L'articulation travail-famille chez les mères en activité continue et à temps plein : une question de distanciation subjective ? In Revue française des affaires sociales, 2017/2, pp.169-186.
- [7] S. Boini, M. Grzebyk, M. Kolopp, G. Hedelin, Caractérisation des effets des expositions aux facteurs psychosociaux sur la santé mentale et l'état de santé général perçu - Analyses à partir de l'enquête "Santé et itinéraire professionnel". Références en santé au travail. Mars 2019, n°257.
- [8] P. Bouffartigue, J. Bouteiller, Santé mentale au travail et genre. Intérêt et limites d'une approche statistique au travers de l'enquête Sumer en France. 2016.
- [9] D. Polton, « Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins », Regards, 2016/2 (N° 50), p. 35-45.
- [10] M. Bahu, C. Mermilliod, E. Defebvre, N. De Riccardis, 2014, « Le choix d'indicateurs de santé : l'exemple de l'enquête SIP 2006 », Drees, Document de travail, Série Sources et méthodes n°49
- [11] A. Mauroux, T. Coutrot, C. Inan, S. Memmi, E. Rosankis, M. Beque, C. Raffin, B. Lhommeau, 2021, « Chiffres-clés sur les conditions de travail et la santé au travail », Drees, DGT, SPF, Synthèse.Stat' n°37
- [12] V. Gigonzac, P. Delézire, I. Khireddine-Medouni, L. Chérié-Challine, 2018, « La dépression dans la population active occupée en France en 2017. Baromètre santé 2017. », Bull Epidemiol Hebd. ; (32-33) : 645-52.
- [13] S. Volkoff, C. Buisset, C. Mardon, 2010, « Does intense time pressure at work make older employees more vulnerable? A statistical analysis based on a French survey "SVP50" », Applied Ergonomics 41, 764-762
- [14] C. Létroublon, C. Daniel, 2018, « Le travail en horaires atypiques : quels salariés pour quelle organisation du temps de travail ? », Dares Analyses n°30
- [15] Arborio Anne-Marie, « Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital », 2012, 2ème édition, Economica Anthropos
- [16] Arborio Anne-Marie, Hommes et Femmes aides-soignants : deux métiers différents ? Colloque Dynamiques professionnelles dans le champs de la santé". Session "Du genre et des professions de santé", DREES-MIRE, Paris, 23-24 mai 2005, 2005, pp.10.

- [17] Arborio Anne-Marie. Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. In : Sciences sociales et santé. Volume 13, n°3, 1995. Les professions de soins : infirmières et aides-soignantes, sous la direction de Geneviève Paicheler. pp. 93-126.
- [18] Aubry François, « Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante », Temporalités [En ligne], 16 | 2012, mis en ligne le 13 décembre 2012
- [19] Avril Christelle, CARTIER Marie, SERRE Delphine, « III / Positions et trajectoires sociales des travailleurs », dans : Christelle Avril éd., Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits. Paris, La Découverte, « Repères », 2010, p. 121-181.
- [20] Bajoit Guy. Exit, voice, loyalty... and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement. In: Revue française de sociologie, 1988, 29-2. pp. 325-345
- [21] Benallah Samia, Domin Jean-Paul, « Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? », La Revue de l'Ires, 2017/1-2 (n° 91-92), p. 155-183
Bercot, Régine. « Rapports sociaux de sexe et appréciation du mal être au travail », Raison présente, vol. 190, no. 2, 2014, pp. 19-29.
- [22] Billaud Solène et Xing Jingyue, « « On n'est pas si mauvaises ! » Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité », SociologieS
- [23] Bouffartigue, Paul. (2014) François Aballéa et Arnaud Mias (coord.), Organisation, gestion productive et santé au travail, Toulouse, Octares Éditions, coll. « Le travail en débat », série Colloques et congrès, 2014, 383 p. *La Nouvelle Revue du Travail*.
- [24] Bouret, Paule. « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », Revue française d'administration publique, vol. 128, no. 4, 2008, pp. 729-740.
- [25] Cartier, Marie, et Marie-Hélène Lechien. « Vous avez dit « relationnel » ? Comparer des métiers de service peu qualifiés féminins et masculins », Nouvelles Questions Féministes, vol. 31, no. 2, 2012, pp. 32-48.
- [26] Castel Robert « Au-delà du salariat ou en deçà de l'emploi ? L'institutionnalisation du précaire », in : Paugam S. Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales. Paris : PUF, p. 413-433.
- [27] Chapelle, Frédéric. « 16. Modèle de Karasek », Frédéric Chapelle éd., Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail. en 36 notions. Dunod, 2018, pp. 107-112.
- [28] Dares ; L'enquête « conditions de travail » auprès des employeurs, n°23, 2017
Dejours Christophe, « Note de travail sur la notion de souffrance », Travailler, 2016/1 (n° 35), p. 145-154. DOI : 10.3917/trav.035.0145. URL : <https://www.cairn.info/revue-travailler-2016-1-page-145>
- [29] Dejours, Christophe. « Note de travail sur la notion de souffrance », Travailler, vol. 35, no. 1, 2016, pp. 145-154
- [30] Dejours, Christophe. « Souffrance et plaisir au travail. L'approche par la psychopathologie du travail », Travailler, vol. 35, no. 1, 2016, pp. 17-30.
- [31] Divay Sophie, « Les dessous cachés de la transmission du métier de soignante », SociologieS [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 07 mars 2014
Divay Sophie, « Soignantes dans un hôpital local : des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation », 2013, Presses de l'EHESP
Divay, Sophie, et Charles Gadéa. « Les cadres de santé face à la logique managériale », Revue française d'administration publique, vol. 128, no. 4, 2008, pp. 677-687.

Hirata, Helena, et Danièle Kergoat. « Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail », *Travailler*, vol. 37, no. 1, 2017, pp. 163-203.

[32] Hugues Everett, E. C. Hugues, *Le Regard sociologique*, 1951, 1956, 1958, 1970), 1996, Essais choisis, Paris, Ed. De l'Ehess.

[33] JACQUES-JOUVENOT Dominique et VIEILLE MARCHISET Gilles (dir.), 2012. *Socio-anthropologie de la transmission*. Paris, L'Harmattan.

[34] Kergoat Danièle, « Le syllogisme de la construction du sujet sexué féminin : Le cas des ouvrières spécialisées », *Travailler*, 2001/2 – n°6 pp. 105-114

[35] Lambert, Anne, et Laetitia Langlois. « Horaires atypiques de travail : les femmes peu qualifiées de plus en plus exposées », *Population & Sociétés*, vol. 599, no. 4, 2022, pp. 1-4.

[36] Lhuillier, Dominique, François Sarfati, et Anne-Marie Waser. « La fabrication des « vulnérables » au travail », *Sociologies pratiques*, vol. 26, no. 1, 2013, pp. 11-18.

[37] Lorient Marc, *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Anthropos, coll. « Sociologiques », Paris, 2000, 293 p.

[38] Lorient Marc. *Ethique et soins en milieu hospitalier : Un regard sociologique*. EPU du centre Hospitalier de Charleville Mézières. Groupe de travail sur l'éthique, May 2012,

[39] Lorient Marc. *La construction sociale de la fatigue au travail : L'exemple du burn out des infirmières*
Lorient, Marc. « La souffrance au travail. Construction de la catégorie et mise en forme de l'expérience », *Pensée plurielle*, vol. 38, no. 1, 2015, pp. 23-33

[40] Molinier Pascale, Flottes Anne, "Travail et santé mentale : approches cliniques", *Travail et Emploi*, 129 | 2012, 51-66.

[41] Molinier Pascale. *Travail et compassion dans le monde hospitalier*. In : *Cahiers du Genre*, N°28, 2000. *La relation de service : regards croisés*. pp. 49-70

Otero, M. (2005). *Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance*

Pascale Molinier, "Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du « care » : perméabilité ou clivage ? ", *Temporalités [Online]*, 9 | 2009, Online since 30 September 2009

[42] Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir, 2019, 185 p.

[43] Schotté, Manuel. « Les coûts de la vocation », *Genèses*, vol. 97, no. 4, 2014, pp. 149-154.

[44] Sorignet Pierre-Emmanuel, « 1. « J'ai toujours voulu danser » : formation et vocation », dans : *Danser. Enquête dans les coulisses d'une vocation, sous la direction de SORIGNET Pierre-Emmanuel*. Paris, La Découverte, « TAP / Enquêtes de terrain », 2010, p. 27-66.

[45] Sorignet Pierre-Emmanuel, « Norme professionnelle et légitimité de la violence. Le cas des danseurs », *Déviance et Société*, 2014/2 (Vol. 38), p. 227-250.

[46] Suaud Charles, « La vocation, force et ambivalence d'un concept « nomade ». Pour un usage idéal-typique », *Sciences sociales et sport* 2018/2 (N° 12), p. 19-44.

[47] Vega Anne, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, 213 p.

[48] Vincent Fanny, « Penser sa santé en travaillant en 12 heures », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne]*, 19-1 | 2017, mis en ligne le 01 novembre 2016

[49] Vincent Fanny, « Travailler pour son « temps de repos » ? », Temporalités [En ligne], 20 | 2014, mis en ligne le 24 février 2015

Annexes

Annexe 1 : Document de communication, appel à témoignages



Fédération nationale
des observatoires
régionaux de la santé



CENTRE-
VAL DE
LOIRE

Observatoire Régional de la Santé



BOURGOGNE-
FRANCHE-
COMTÉ

Observatoire Régional de la Santé



GRAND
EST

Observatoire Régional de la Santé



Appel à témoignage Souffrances mentales liées au travail Personnel soignant

Vous êtes (ou étiez) aides-soignant.es, infirmier.es ou aides médico-psychologique, vous avez vécu une souffrance mentale au travail qui a conduit à un arrêt de travail depuis moins de 36 mois, venez témoigner !

Afin de mieux comprendre les singularités femmes-hommes face aux souffrances mentales au travail, nous recherchons 5 hommes et 5 femmes ayant été aides-soignant.es, infirmier.es ou aides médico-psychologique (excepté profession libérale et/ou aide à domicile).

Ces échanges se dérouleront dans le cadre d'un entretien individuel sur le lieu de votre choix (ou téléphone, visio) et dans le respect de votre anonymat et de la confidentialité de votre témoignage.

Si vous souhaitez témoigner ou pour avoir des informations supplémentaires, vous pouvez contacter l'équipe de l'Observatoire Régional de la Santé Bourgogne-Franche-Comté :

Lambert Bérénice, chargée d'études ORS BFC

03 80 65 08 14

b.lambert@orsbfc.org

Cette étude s'intègre dans des recherches financées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Annexe 2 : Descriptif des 4 groupes-types

Tableau 17 : Caractéristiques individuelles des 4 groupes-types (%)

	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Groupe D	Ensemble
	N=448	N=971	N=450	N=657	N=2 526
Sexe					
Femme	73,7	71,9	60	68,5	69,2
Homme	26,3	28,1	40	31,5	30,8
Classe d'âges					
Moins de 35 ans	13,8	14,4	18,7	17,8	16,0
35-44 ans	20,5	26,4	29,3	26,2	25,8
45-54 ans	40,4	33,8	37,8	33,3	35,6
55 ans ou plus	25,2	25,4	14,2	22,7	22,7
En couple	65,6	67,0	70,0	65,9	67,0
Niveau de diplôme					
Aucun diplôme (1)	19,4	12,7	9,6	14,8	13,9
Bac, BEP ou CAP	52,5	41,1	48,9	42,0	44,7
Bac+2 ou plus	28,1	46,0	41,6	43,2	41,3

Précisions • (1) Aucun diplôme ou brevet des collèges ou équivalent

Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Tableau 18 : Situation professionnelle dans les 4 groupes-types (%)

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Ensemble
	N=448	N=971	N=450	N=657	N=2 526
Type d'emploi					
Salarié en CDI ou assimilé	90,6	93,6	96,2	94,7	93,8
Salarié avec contrat autre que CDI	9,4	6,4	3,8	5,3	6,2
Profession principale					
Cadres et professions intellectuelles sup.	10,9	16,7	11,3	18,1	15,1
Professions intermédiaires	50,0	35,3	38,4	35,5	38,5
Employés	17,0	12,2	17,6	12,8	14,1
Ouvriers	22,1	35,8	32,4	33,6	32,2
Secteur d'activité					
Administration publique et enseignement	31,5	37,9	16,2	25,9	29,8
Agriculture/Industrie/Construction	13,2	13,5	13,8	10,7	12,8
Autre tertiaire	30,6	23,6	19,6	32,1	26,3
Santé humaine et action sociale	24,8	25,0	50,4	31,4	31,2

Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016



Tableau 19 : Caractéristiques de travail, de vie personnelle et de santé dans les 4 groupes-types (%)

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Ensemble
	N=448	N=971	N=450	N=657	N=2 526
Organisation du temps de travail					
Horaires matinaux (1)	15,8	11,6	92,7	21,8	29,5
Horaires tardifs (2)	18,3	19,4	96,7	32,4	36,3
Horaires de nuit (3)	4,2	s	72,9	s	15,1
Tâches domestiques + de 6h/semaine	47,8	53,7	57,8	55,6	53,8
Rythme, autonomie, ambiance et évolution					
Devoir se dépêcher	23,7	55,4	69,6	87,5	60,6
Pouvoir intervenir sur sa quantité de travail	58,7	57,8	50,7	43,5	53,0
Vivre des situations de tension avec ses supérieurs hiérarchiques	15,2	38,8	55,8	77,3	47,7
Penser devoir changer de qualification ou de métier (4)	25,7	34,8	39,3	53,4	38,8
Satisfaction et difficultés au travail					
Avoir vécu au travail au moins un déni de reconnaissance (5)	13,2	31,2	42,9	76,3	41,8
Avoir vécu au travail au moins un comportement méprisant (5)	19,0	35,0	40,9	68,5	41,9
Relations avec les autres au travail					
Travailler sous pression	7,6	42,1	57,6	90,4	51,3
Devoir faire des choses inutiles ou dégradantes (8)	7,1	26,2	43,1	71,2	37,5
Avoir peur pendant son travail pour sa sécurité ou celle des autres	2,9	2,1	14,7	27,5	11,1
Devoir prendre des risques pour sa santé physique et mentale	4,0	4,0	22,2	45,1	17,9
Avoir le sentiment d'être dépassé par les changements trop rapides	5,4	13,0	20,9	62,9	26,0
Vivre de changements imprévisibles ou mal préparés	4,2	18,0	34,9	79,5	34,6
Vie personnelle					
Avoir quelqu'un sur qui compter pour discuter des choses	92,9	89,2	90,2	87,1	89,5
Pendant l'enfance,					
Avoir été marqué par de graves problèmes de santé ou le décès d'un proche	45,3	49,7	51,6	53,9	50,4
Avoir été affecté par des conflits familiaux	33,7	43,9	46,9	58,0	46,3
Au cours des 3 dernières années					
Avoir été marqué par de graves problèmes de santé ou le décès d'un proche	45,3	52,0	52,2	57,7	52,3
Avoir été affecté par des conflits familiaux	24,8	36,0	40,0	47,9	37,8
Santé déclarée					
Accident du travail (5)	10,3	9,9	20,7	22,7	15,2
Au - 1 arrêt maladie (6)	51,1	51,0	52,4	63,3	54,5
Médicaments pour dormir (5)	35,7	42,7	40,0	51,4	43,3
Avoir vu un médecin (5)	95,1	95,2	92,2	94,7	94,5
Score de bien-être < 50 (7)	35,0	51,9	57,8	73,2	55,5
Soins remboursés par l'assurance maladie en 2015 ou 2016					
Consultations d'un médecin dans l'année					
Aucune	9,8	10,8	14,9	13,4	12,0

1 à 3 consultations	27,9	29,9	34,7	29,7	30,3
4 ou 5 consultations	27,2	26,3	21,8	22,7	24,7
6 consultations ou plus	35,0	33,1	28,7	34,2	32,9
Arrêt maladie	32,4	29,5	26,9	33,3	30,5
Accident du travail	4,2	5,1	6,0	8,4	6,0
Remboursements d'au - 3 traitements / an					
Psychotropes	70,3	55,4	47,3	46,9	54,4
<i>dont Neuroleptiques</i>	5,1	4,0	2,9	2,4	3,6
<i>dont Hypnotiques</i>	10,3	10,3	11,8	9,9	10,5
<i>dont Anxiolytiques</i>	40,0	28,8	25,3	28,3	30,0
<i>dont Antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur</i>	41,1	36,3	32,0	33,5	35,6
Prises en charge pour maladie psychiatrique					
Maladie psychiatrique	11,8	7,9	7,1	8,4	8,6
<i>dont Troubles névrotiques et de l'humeur</i>	8,0	6,0	3,6	6,8	6,1

Précisions ● (1) entre 5 et 7 heures; (2) entre 20 heures et minuit; (3) entre minuit et 5 heures ; (4) dans les 3 prochaines années; (5) au cours des 12 derniers mois; (6) au cours des 12 derniers mois et hors maternité; (7) score de l'OMS (WHO-5) variant de 0 à 100 : plus le score est élevé, meilleur est le niveau de bien-être. Le seuil de 50 est souvent utilisé pour dépister des personnes à risque de dépression, (8) parfois, souvent ou toujours. s : pourcentage non affiché du fait du secret statistique.

Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Annexe 3 : Descriptif des 6 groupes-types genrés

Tableau 20 : Caractéristiques individuelles des 6 groupes-types genrés (%)

	Groupe H-E	Groupe H-G	Groupe H-I	Ens. Hommes	Groupe F-J	Groupe F-K	Groupe F-L	Ens. Femmes
	N=305	N=182	N=291	N=778	N=693	N=607	N=448	N=1 748
Classe d'âges								
Moins de 35 ans	15,7	11,0	17,5	15,3	13,6	20,8	14,3	16,2
35-44 ans	27,5	19,8	31,3	27,1	21,2	28,5	27,0	25,2
45-54 ans	30,8	40,1	33,3	33,9	40,1	32,3	35,7	36,3
55 ans ou plus	25,9	29,1	17,9	23,7	25,1	18,5	23,0	22,3
En couple	68,5	68,7	71,1	69,5	65,2	69,5	62,1	65,9
Niveau de diplôme								
Aucun diplôme (1)	18,7	18,1	10,3	15,4	15,4	11,4	12,1	13,2
Bac, BEP ou CAP	45,9	47,3	49,8	47,7	48,8	36,6	44,4	43,4
Bac+2 ou plus	35,4	34,1	39,5	36,6	35,8	52,1	43,5	43,4

Précisions ● (1) Aucun diplôme ou brevet des collèges ou équivalent

Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Tableau 21 : Situation professionnelle dans les 6 groupes-types genrés (%)

	Groupe H-E	Groupe H-G	Groupe H-I	Ens. Hommes	Groupe F-J	Groupe F-K	Groupe F-L	Ens. Femmes
	N=305	N=182	N=291	N=778	N=693	N=607	N=448	N=1 748
Type d'emploi								
Salarié en CDI ou assimilé	93,8	95,1	94,2	94,2	93,2	92,4	96,0	93,6
Salarié avec contrat autre que CDI	6,2	4,9	5,8	5,8	6,8	7,6	4,0	6,4
Profession principale								
Cadres et professions intellectuelles sup.	18,7	17,0	25,1	20,7	10,4	15,8	11,6	12,6
Professions intermédiaires	19,0	22,0	13,1	17,5	55,1	40,9	46,2	47,9
Employés	35,7	30,2	29,2	32,0	7,5	5,4	5,1	6,2
Ouvriers	26,6	30,8	32,3	29,7	27,0	37,9	37,1	33,4
Secteur d'activité								
Administration publique et enseignement	27,5	35,2	24,7	28,3	33,6	29,8	26,3	30,4
Agriculture/Industrie/Construction	26,9	21,4	27,1	25,7	8,8	7,0	4,2	6,9
Autre tertiaire	30,5	28,0	39,2	33,2	23,5	19,6	27,9	23,3
Santé humaine et action sociale	15,1	15,4	8,9	12,9	34,1	43,7	41,5	39,3

Source • Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016

Tableau 22 : Caractéristiques de travail, de vie personnelle et de santé dans les 6 groupes-types genrés (%)

	Groupe H-E	Groupe H-G	Groupe H-I	Ens. Hommes	Groupe F-J	Groupe F-K	Groupe F-L	Ens. Femmes
	N=305	N=182	N=291	N=778	N=693	N=607	N=448	N=1 748
Organisation du temps de travail								
Horaires matinaux (1)	33,1	41,2	45,4	39,6	18,8	30,1	27,5	24,9
Horaires tardifs (2)	33,4	44,0	52,2	42,9	23,2	42,3	37,1	33,4
Horaires de nuit (3)	17,0	20,9	26,1	21,3	8,9	16,8	11,6	12,4
Tâches domestiques + de 6h/semaine	27,9	39,6	34,0	32,9	60,5	65,9	63,6	63,2
Rythme, autonomie, ambiance et évolution								
Devoir se dépêcher	32,5	68,7	69,4	54,8	40,3	75,9	81,7	63,3
Pouvoir intervenir sur sa quantité de travail	66,6	53,3	60,1	61,1	56,0	47,9	41,1	49,4
Vivre des situations de tension avec ses supérieurs hiérarchiques	19,3	68,1	69,4	49,5	23,2	51,4	77,2	46,9
Penser devoir changer de qualification ou de métier (4)	31,5	45,1	53,3	42,8	26,6	39,5	50,0	37,1
Satisfaction et difficultés au travail								
Avoir vécu au travail au moins un déni de reconnaissance (5)	9,5	70,9	67,7	45,6	17,5	41,8	72,8	40,1
Avoir vécu au travail au moins un comportement méprisant (5)	13,4	63,7	53,3	40,1	24,7	46,1	66,1	42,7

Relations avec les autres au travail								
Travailler sous pression	19,3	75,3	72,9	52,4	17,8	64,6	83,1	50,7
Etre amené à exercer une contrainte sur des personnes	2,6	9,3	6,9	5,8	1,6	4,1	9,6	4,5
Avoir peur pendant son travail pour sa sécurité ou celle des autres	2,6	22,5	15,1	12,0	2,3	10,9	23,4	10,7
Devoir prendre des risques pour sa santé physique et mentale	3,9	28,6	26,5	18,1	3,2	10,9	50,0	17,8
Avoir le sentiment d'être dépassé par les changements trop rapides	9,2	37,9	39,2	27,1	6,9	21,7	59,4	25,5
Devoir éviter de donner son avis	9,8	43,4	34,7	27,0	17,4	31,3	51,8	31,1
Vie personnelle								
Avoir quelqu'un sur qui compter pour discuter des choses	95,1	90,7	86,3	90,7	91,9	87,6	85,9	88,9
Pendant l'enfance,								
Avoir été marqué par de graves problèmes de santé ou le décès d'un proche	40,0	53,3	47,1	45,8	48,5	52,2	58,7	52,4
Avoir été affecté par des conflits familiaux	30,8	47,8	49,5	41,8	39,1	50,1	60,0	48,3
Au cours des 3 dernières années								
Avoir été marqué par de graves problèmes de santé ou le décès d'un proche	38,7	52,2	48,1	45,4	52,2	55,0	60,9	55,4
Avoir été affecté par des conflits familiaux	22,0	40,7	36,8	31,9	32,5	41,0	52,2	40,5
Santé déclarée								
Accident du travail (5)	9,8	20,3	21,0	16,5	11,0	12,9	22,8	14,6
Au - 1 arrêt maladie (6)	48,9	68,1	42,3	50,9	53,4	41,4	80,1	56,1
Médicaments pour dormir (5)	32,5	78,0	18,6	37,9	44,2	31,5	67,2	45,7
Score de bien-être < 50 (7)	30,5	61,5	61,9	49,5	41,1	66,7	73,0	58,2
Soins remboursés par l'assurance maladie en 2015 ou 2016								
Consultations d'un médecin dans l'année								
Aucune	7,5	3,3	23,4	12,5	4,3	26,4	3,8	11,8
1 à 3 consultations	33,1	17,6	47,8	35,0	24,2	42,3	15,4	28,3
4 ou 5 consultations	30,8	22,0	17,5	23,8	30,9	18,8	24,8	25,1
6 consultations ou plus	28,5	57,1	11,3	28,8	40,5	12,5	56,0	34,8
Arrêt maladie	31,5	40,1	25,4	31,2	31,5	21,3	40,4	30,2
Accident du travail	7,9	7,1	6,2	7,1	5,2	2,5	10,0	5,5
Remboursements d'au - 3 traitements / an								
Psychotropes	71,8	79,7	18,2	53,6	74,0	23,4	67,4	54,7
<i>dont Hypnotiques</i>	13,8	19,2	3,1	11,1	12,4	3,0	16,5	10,2
<i>dont Anxiolytiques</i>	39,7	53,3	8,2	31,1	40,4	8,1	42,0	29,6
<i>dont Antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur</i>	42,6	50,5	10,0	32,3	47,3	15,5	50,7	37,1
Prises en charge pour maladie psychiatrique								
Maladie psychiatrique	17,4	13,2	4,1	11,4	9,1	3,0	10,5	7,3

Délivrance d'antidépresseurs dans l'année								
Aucun	58,4	47,3	93,5	68,9	51,8	88,8	46,2	63,2
1 à 3 traitements	s	s	3,4	11,1	14,7	4,3	13,8	10,9
4 à 8 traitements	s	22,0	s	10,5	16,5	3,5	17,0	12,1
9 traitements ou plus	15,7	s	s	9,5	17,0	3,5	23,0	13,8
Délivrance de psycholeptiques dans l'année								
Aucun	37,7	11,5	89,7	51,0	38,5	84,5	29,0	52,1
1 à 3 traitements	32,8	44,5	8,6	26,5	36,8	12,4	39,7	29,1
4 à 8 traitements	s	s	s	12,9	15,4	1,6	19,0	11,6
9 traitements ou plus	s	s	s	9,6	9,2	1,5	12,3	7,3

Précisions ● (1) entre 5 et 7 heures; (2) entre 20 heures et minuit; (3) entre minuit et 5 heures ; (4) dans les 3 prochaines années; (5) au cours des 12 derniers mois; (6) au cours des 12 derniers mois et hors maternité; (7) score de l'OMS (WHO-5) variant de 0 à 100 : plus le score est élevé, meilleur est le niveau de bien-être. Le seuil de 50 est souvent utilisé pour dépister des personnes à risque de dépression, (8) parfois, souvent ou toujours. s : pourcentage non affiché du fait du secret statistique.

Source ● Dares-DGAFP-Drees, Enquête CT-RPS 2016



Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé

✎ **Juin 2022**