

Quelques pistes provisoires de réflexion sur la santé des commerçants et artisans en France

Communication présentée au CIFEPME (Congrès International Francophone en Entrepreneuriat et PME), Bordeaux, 27-29 octobre 2010.

Olivier TORRES

Professeur des Universités
Université de Montpellier Sud de France
Route de Mende, 34199 Montpellier
oliviertorres@free.fr
Chercheur associé à l'EM. Lyon
FRANCE

Résumé : Cette communication traite d'un domaine rarement abordé en recherche en entrepreneuriat et PME : la santé, notamment celle des commerçants et artisans. En se fondant sur quelques statistiques éparses sur la santé des patrons commerçants et artisans, l'auteur montre que la santé de certains patrons, notamment ceux que l'on considère comme des travailleurs non salariés ou des travailleurs indépendants est parfois plus proche de la condition des ouvriers et employés que de celle des cadres supérieurs des grands groupes. Au fil de l'article, l'auteur esquisse ce qu'il appelle l'équation fondamentale de la santé patronale en opposant d'une part les facteurs pathogènes qui caractérisent les conditions de travail des artisans et commerçants (stress, surcharge, solitude et incertitude) et d'autre part les facteurs salutogènes (*locus of control* interne, optimisme et endurance) qui fondent le système de croyance patronale. En conclusion, l'auteur dévoile le projet de création de l'observatoire AMAROK, premier observatoire de la santé des dirigeants de PME, commerçants et artisans qui se veut être une réponse concrète au manque de données, de statistiques et de connaissances tant théoriques qu'empiriques sur la santé de cette catégorie sociale, que ce soit en France ou à l'étranger.

Mots clés : santé patronale, capital-santé, facteur pathogène, facteur salutogène, Observatoire AMAROK.

Quelques pistes provisoires de réflexion sur la santé des commerçants et artisans en France

Résumé : Cette communication traite d'un domaine rarement abordé en recherche en entrepreneuriat et PME : la santé, notamment celle de l'employeur. En se fondant sur quelques statistiques éparses sur la santé des commerçants et artisans, l'auteur montre que la santé de ces travailleurs non salariés ou travailleurs indépendants est parfois plus proche de la condition des ouvriers et employés que de celle des cadres supérieurs des grands groupes. Au fil de l'article, l'auteur esquisse ce qu'il appelle l'équation fondamentale de la santé patronale en opposant d'une part les facteurs pathogènes qui caractérisent leurs conditions de travail (stress, surcharge, solitude et incertitude) et d'autre part les facteurs salutogènes (*locus of control* interne, optimisme et endurance) qui fondent le système de croyance des indépendants. En conclusion, l'auteur dévoile le projet de création de l'observatoire AMAROK, premier observatoire de la santé des dirigeants de PME, commerçants et artisans qui se veut être une réponse concrète au manque de données, de statistiques et de connaissances tant théoriques qu'empiriques sur cette catégorie, que ce soit en France ou à l'étranger.

Mots clés : santé des artisans et commerçants, capital-santé, facteur pathogène, facteurs salutogène, observatoire AMAROK.

Il faut imaginer Sisyphe heureux...et en bonne santé !

Introduction : Le constat d'une zone aveugle

L'économie française possède très peu de statistiques relevant de la santé au travail dans les PME, surtout si l'on se place du côté de l'employeur. Ce trait n'est toutefois pas propre à la France. En l'état actuel de nos connaissances, il semble y avoir très peu de travaux et de statistiques à l'étranger sur ce thème. Il y a là une lacune quasi universelle. La santé au travail semble donc de nos jours éloignée du monde patronal et artisanal. Pourtant, l'un des ouvrages fondateurs de la médecine du travail écrit par Ramazzini en 1700 s'intitule le « traité de la maladie des artisans » (*De Morbis Artificum Diatriba*). Il s'agissait, écrit Ramazzini, de comprendre par l'observation pourquoi certains corps de métier semblaient préservés de certains périls comme la peste par exemple, lorsque d'autres présentaient au contraire une prévalence beaucoup plus forte. L'Homme consacrant le plus clair de son temps à son travail, les conditions dans lesquelles il l'exerce ainsi que la manipulation de certaines substances nocives ou salvatrices inhérentes à son métier devaient pouvoir expliquer son état de santé. La médecine du travail était née.

Les progrès les plus notables et les avancées les plus décisives en matière de santé au travail sont incontestablement dus à Louis René Villermé qui au XIX^{ème} siècle s'intéresse aux conditions de travail de la classe ouvrière dans un contexte d'industrialisation croissante. Son ouvrage majeur, *le Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, paru en 1840, est à l'origine d'une loi limitant le travail des enfants dans les manufactures. Le rôle de Villermé et le poids de l'hygiénisme industriel expliquent la focalisation de la médecine du travail sur les effets de l'industrialisation de masse sur la santé au travail. La médecine du travail a

vraisemblablement une mission plus sociale que les autres disciplines médicales : sa genèse au XIX^{ème} siècle et ses prolongements durant le XX^{ème} ont avec le temps défini un objet social implicite : défendre les plus faibles (travail des enfants et des femmes) et surtout les classes défavorisées. Dans un tel contexte, la classe ouvrière devient centrale et « l'ouvriérisme » demeure encore fortement ancré dans les écrits des médecins du travail contemporains. René Barthe, inspirateur de la Loi du 28 Juillet 1942 du régime de Vichy qui instaura l'obligation de la médecine du travail et auteur du premier Que Sais Je sur la médecine du travail en 1944 déclare « Soyons les bons 'ménagers' de nos usines, comme nos paysans sont les bons 'ménagers' de notre sol. Cet essai voudrait présenter cette culture nouvelle, effort permanent pour une vie meilleure de notre monde ouvrier » (Barthe, 1944 : 9). La question de la santé des ouvriers restera pendant longtemps et demeure encore aujourd'hui un profond marqueur identitaire de la médecine du travail. Ce sont d'ailleurs dans les bastions de l'industrie que l'on trouve les premières initiatives de chaire de médecine du travail comme à Lyon en 1930 ou à Lille en 1935 au plus proche des corons de l'industrie minière du Nord. Il existe aujourd'hui encore à Lille une forte tradition de médecine du travail.

En France, la médecine du travail, fortement structurée depuis la loi de 1946 (Desoille, 1958), s'intéresse quasi-exclusivement à la santé au travail des salariés. Barthe considère qu'une « définition de la Médecine du Travail est aisée si l'on se borne à son principe général : c'est une Science de l'Homme orientée vers la protection des salariés sur les lieux mêmes de leur travail » (Barthe, 1944 : 6). Cette focalisation sur les seuls salariés a deux conséquences. D'une part, la médecine du travail a permis à de nombreuses avancées sociales de progresser et l'analyse des salariés est approfondie avec des sous-catégorisations fines : les ouvriers sont distingués entre les qualifiés et les non qualifiés. De même, les statistiques distinguent, avec raison, les cadres et les cadres supérieurs. Mais d'autre part, l'inconvénient est que les emplois 'non salariés' sont totalement exclus des tableaux et données chiffrés sur ces questions. Seuls les dirigeants disposant d'un statut de salariés sont assujettis à la médecine du travail. Mais ces derniers ne représentent que 170 000 entreprises soit une infime minorité par rapport aux 2, 411 millions d'emplois non salariés que l'INSEE dénombre en France en 2008.

De ce fait, dès qu'il est question des indépendants non salariés, les statistiques sont moindres et surtout plus floues car fortement hétérogènes. On additionne les commerçants et les artisans. On ajoute parfois les professions libérales, comme si des artisans boulanger ou tailleur de pierre pouvaient se comparer à des libéraux administrateurs judiciaires ou avocats ! Où sont les chefs d'entreprises, qui ne sont ni artisans, ni commerçants et encore moins professions libérales ? Comment distingue-t-on les dirigeants de Très Petites Entreprises, de Petites Entreprises et de Moyennes Entreprises ? Les statistiques de santé au travail tiennent-elles compte des contingences managériales, notamment celles liées à la taille des effectifs ? On en doutait au départ. Nous n'avons plus de doute aujourd'hui. Le concept de PME, pris dans toute sa complexité, n'est pas une catégorie pertinente pour les sciences médicales. Pourtant, les indépendants travaillent dans des conditions de travail qui présentent de nombreuses spécificités.

Or, si la santé est un thème essentiel, la santé du chef d'entreprise est un aspect dont on ne connaît pas grand-chose. Pourtant, le capital-santé du dirigeant, que ce dernier soit artisan ou commerçant, est vraisemblablement le premier actif immatériel de son entreprise car la dépendance vis-à-vis du dirigeant est d'autant plus forte que la taille de l'entreprise est petite, ce qui est la principale caractéristique du petit commerce et de l'artisanat (Mouzaoui et L'Horty, 2007). Henri Fayol, dans son *Administration Industrielle et Générale* fait de la santé et de la vigueur physique, la première valeur cardinale du chef d'entreprise. « Les qualités et connaissances désirables chez tous les grands chefs d'entreprises sont les suivantes :

- 1 Santé et vigueur physique.
- 2 Intelligence et vigueur intellectuelle
- 3 Qualités morales : volonté réfléchie, ferme, persévérance ; activité, énergie et s'il y a lieu, audace ; courage des responsabilités ; sentiment du devoir, souci de l'intérêt général
- 4 Forte culture générale
- 5 Capacité administrative
- 6 Notions générales sur toutes les fonctions essentielles
- 7 La plus large compétence possible dans la profession spéciale caractéristique de l'entreprise »

La santé du dirigeant est souvent la source de la bonne santé de l'entreprise tandis qu'à l'inverse un problème de santé peut faire disparaître l'entreprise toute entière (Chao *et al.* ; 2007 ; Massey *et al.*, 2004). Fayol ajoute que « l'absence de santé peut annihiler toutes les autres qualités réunies » (Fayol, 2005 : 84). Il suffit de songer aux effets dévastateurs qu'un problème de santé peut occasionner dans les entreprises de petite taille comme le fait Chao *et alii* (2007) avec le SIDA pour se convaincre de l'intérêt de croiser les sciences médicales et les sciences de l'entrepreneuriat. Toutes ces considérations plaident en faveur de l'étude du *capital-santé* des dirigeants, à la manière de ce que font Bournois et Roussillon (2007) dans un contexte de dirigeants de grands groupes mais en l'adaptant aux spécificités des PME.

L'objectif de cet article est de dresser un état de l'art des statistiques médicales qui se consacrent aux indépendants. Nous verrons que ces données sont rares et entachées de nombreuses imperfections. Mais à l'aide des statistiques imparfaites existantes, il est possible de considérer que la santé des commerçants et artisans est parfois plus proche de celles des ouvriers que des cadres supérieurs. Dans un deuxième temps, nous esquisserons alors ce que nous appelons l'équation fondamentale de la santé patronale. Ce que nous savons de l'environnement de travail des patrons commerçants ou artisans nous incline à penser que leur système de travail est pathogène (surcharge de travail, stress, incertitude, solitude...). Mais, en nous inspirant des travaux sur la 'salutogénèse' (Bruchon Schweitzer, 2002) qui trouvent leurs fondements au milieu des années 90 dans le champ de la psychologie de la santé, nous montrerons que ces effets négatifs sont vraisemblablement compensés (tout ou partie ?) par un système de croyances qui peut s'avérer bon pour la santé. Toute la question est de savoir où penche la balance.

Compte tenu de l'enjeu, l'étude des croyances, des attitudes et des comportements des petits patrons à l'égard de la santé physique et mentale sont des domaines étonnamment vierges en recherche. Nous sommes pourtant convaincu des résultats féconds que de telles recherches pourraient produire. L'initiative de l'observatoire AMAROK, premier observatoire de la santé patronale, s'inscrit dans cette perspective. Nous en dévoilerons quelques aspects en conclusion.

1. Les insuffisances des statistiques de santé des patrons commerçants et artisans

Les TNS (Travailleurs Non salariés) regroupent tous les indépendants sans salarié, les employeurs et les aides familiaux. En 2008, ils représentaient en France 9% de la population active. Si ce pourcentage est à son minimum avec 5% en région parisienne, c'est dans le Languedoc-Roussillon que le taux de TNS est le plus élevé avec 13,5%. Lorsque l'on s'intéresse à la question de la santé de cette population, force est de constater que les statistiques existantes sont très insuffisantes à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif.

Le premier fait notable est la quasi-totale absence de données sur la santé des dirigeants de PME. Il est vrai que la PME n'est pas considérée comme une dimension pertinente en matière d'étude sur la santé. Parmi les variables les plus souvent retenues, on notera la forte fréquence de l'âge, du sexe, du revenu moyen, des catégories socioprofessionnelles, du niveau d'étude et dans une moindre mesure du lieu d'habitation et de la situation familiale. De ce fait, il est très difficile d'obtenir des statistiques qui soient dédiées exclusivement aux PME. De telles statistiques n'existent pas à notre connaissance.

Toutefois, il est possible d'obtenir quelques statistiques qui se rapprochent du monde de la PME sans toutefois épuiser le sujet : ce sont les statistiques qui s'intéressent à la catégorie socioprofessionnelle des artisans et commerçants. Même si ces statistiques, comme nous allons le voir, sont très précieuses pour aborder le problème de la santé des dirigeants de PME, elles présentent toutefois sous une catégorie commune des situations extrêmement hétérogènes. En effet, ces statistiques regroupent très souvent les catégories des commerçants avec celle des artisans. Or, le commerce et l'artisanat présentent des différences notables en matière de rapport au travail et de savoir-faire, en matière de représentativité syndicale (Medef/CGPME pour le commerce *versus* UPA (Union Professionnelle des Artisans) pour les artisans). De même, les uns cotisent auprès de la Chambre de commerce tandis que les autres sont à la Chambre des métiers. Enfin, et cela a une importance en matière de santé au travail, l'artisanat développe davantage que le commerce l'usage du travail manuel. Or, le travail manuel induit souvent un usage du corps plus intense, ce qui peut engendrer des pathologies spécifiques. Le traité de la maladie des artisans de l'un des pères fondateurs de la médecine du travail en a rendu compte dès 1700 ! Les commerçants et artisans sont donc deux professions proches car souvent soucieuses de préserver leur indépendance mais présentant des différences qui sur le plan de la santé mériteraient plus de discernement.

Mais le pire est que parfois des études se fondent sur des chiffres qui mêlent les artisans, les commerçants ET les professions libérales. Or, si les professions libérales sont aussi soucieuses d'indépendance comme en atteste les ordres qui les régissent, elles présentent de très fortes différences avec les artisans et commerçants. Par exemple, la variable 'niveau d'étude' est généralement élevée chez les professions libérales et bien plus faible chez les artisans et commerçants. Or, il est avéré que cette variable a un impact sur la santé (Bruchon Schweitzer, 2002). Une autre variable ayant une incidence sur la santé, c'est la capacité d'organisation des professions libérales en collectif de travail. En effet, les avocats, les experts-comptables, les médecins spécialistes, les notaires, les géomètres, les administrateurs judiciaires... travaillent de moins en moins seuls comme autrefois. Ils se regroupent de plus en plus souvent en cabinet d'associés, ce qui facilite grandement la mise en commun des moyens (secrétariat, bureau...) et des ressources (clientèle, réseau...) mais aussi permet une meilleure gestion de l'absence notamment en cas de maladies ou de prise de congés. En outre, cela réduit le sentiment de solitude dont certains travaux ont montré le caractère pathogène

sur la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002) Les commerçants et artisans sont en revanche toujours très esseulés dans l'exercice de leur métier, ce qui leur pose un problème parfois insoluble lorsqu'ils tombent malades ou désirent prendre des congés.

Un autre point à souligner est l'ignorance totale de la taille de l'effectif dont les commerçants et artisans ont la charge. Si une majorité de commerçants ou artisans travaillent en solo, avec l'aide de leur conjointe ou enfants (ce que les statistiques appellent les emplois familiaux), une proportion conséquente de commerces emploient des salariés, parfois par plusieurs dizaines. Ce qui donne à ces commerçants/artisans le rôle d'un employeur chef d'entreprise. Mais les statistiques ne donnent jamais d'informations sur la taille de l'entreprise dont le commerçant ou artisan est le dirigeant. Autrement dit, la taille de l'effectif n'est jamais indiquée et nous pouvons regretter une telle situation qui renforce le sentiment que les statistiques de la santé au travail se désintéressent de la question des PME.

Malgré toutes ces limites liées à l'hétérogénéité de la CSP 'artisans et commerçants', hétérogénéité accrue avec la CSP 'artisans, commerçants et professions libérales', on peut néanmoins, en recoupant quelques statistiques éparses, obtenir un faisceau d'indices qui convergent vers le même constat : les artisans et les commerçants sont parfois plus proches des conditions de santé des ouvriers que des cadres supérieurs.

2. *Quelques statistiques sur la santé générale des patrons commerçants et artisans¹*

Ainsi, Vesperini (2005) montre que les artisans sont la catégorie professionnelle la plus exposée aux consommations de tabac, d'alcool et de substances psychoactives. « Parmi les artisans, l'usage quotidien de tabac et d'alcool est plus répandu, de même que l'expérimentation ou l'usage de cannabis au cours de l'année ». Le tableau suivant montre que l'artisan est la profession qui s'adonne le plus aux consommations des diverses substances psychoactives.

Tableau 1 :
Les comportements addictifs selon les professions

	Statut professionnel	Ouvriers	Employés	Profession intermédiaires	Cadres	Agriculteurs	Artisans
Types de substances							
Tabac		+	+	-	-	-	+
Alcool		+	-	-	-	+	+
Expérimentation de drogues		=	-	+	+	-	+
Cannabis		-	- (mais tendance à la hausse récente)	+	+	-	+

Source : Vesperini D (2005)

En ce qui concerne certains types de maladies, les artisans et commerçants ont des prévalences souvent plus proches du monde ouvrier, voire parfois pire. Ainsi, ce qui concerne la bronchite chronique, l'enquête santé Insee 2002-2003 montre que 5,2% des

¹ L'auteur tient à remercier Sybil Pinchinat et Alexia Cottet-Dumoumin de l'entreprise Biostatem pour leur recherche de statistiques médicales.

artisans/commerçants/chefs d'entreprise présentaient des symptômes de bronchite chronique. Il s'agit, avec les ouvriers, de la CSP ayant la prévalence la plus élevée. Seulement 2,2% et 2,3% des personnes appartenant aux CSP employés et professions intermédiaires présentaient des symptômes de bronchite chronique ces mêmes années.

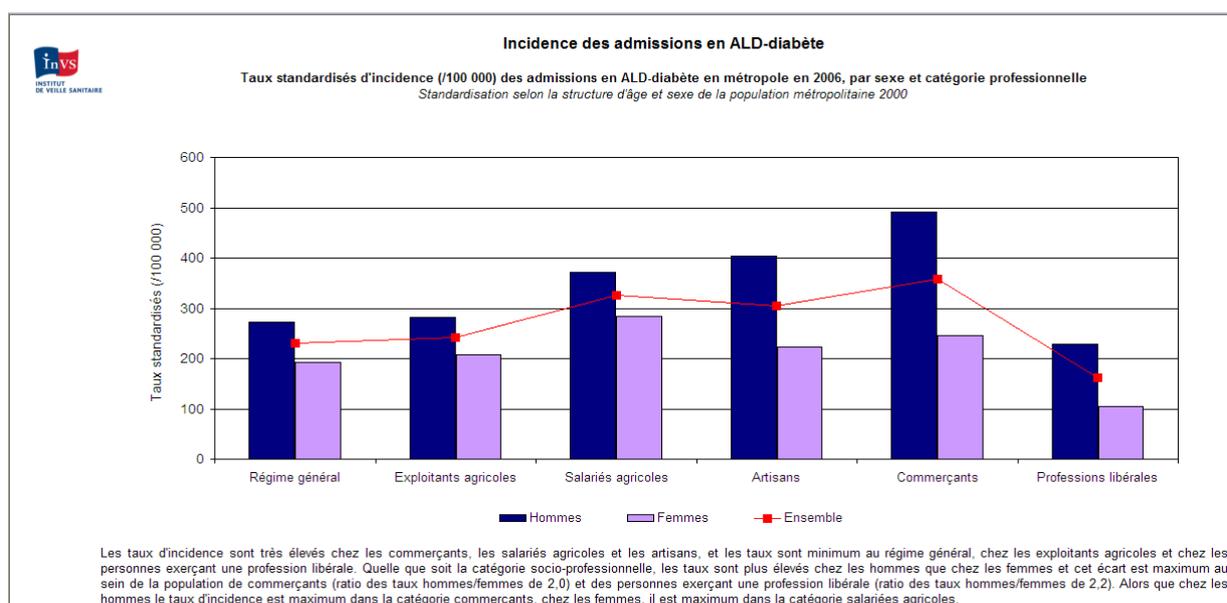
De même, l'obésité est aussi un mal qui affecte davantage les artisans/commerçants que les autres CSP. Ainsi, en 1997, les artisans/commerçants étaient la 2^{ème} CSP, après les retraités, à avoir la plus forte prévalence de l'obésité (environ 11%). Six ans plus tard, en 2003, Avec 16,1% de personnes artisans-commerçants obèses, cette CSP est celle qui a la plus forte prévalence de l'obésité.

Tableau 2 :
Prévalence de l'obésité en fonction de la profession en 2003

Artisans Commerçants	16,1%
Agriculteurs	13,2%
Ouvriers	12,7%
Employé	11,7%
Profession Intermédiaire	9,5%
Cadre supérieur – Profession libérale	8,3%
Retraité	15,5

Le diabète est aussi une caractéristique forte des artisans/commerçants. Parmi les personnes admises en ALD-Diabète en métropole en 2006, les artisans et les commerçants hommes sont les plus nombreux. La CSP commerçants est 2 fois plus représentée que la CSP professions libérales. Les femmes des CSP artisans et commerçants sont elles aussi fortement représentées mais moins que les femmes salariées agricoles. (Tableau 3))

Tableau 3 :
Taux d'incidence des admissions en Affections de Longue Durée – Diabète par profession



Source : Institut de Veille Sanitaire : Le diabète, Incidence des admissions diabète 2000 à 2006, Analyse des données des trois principaux régimes d'assurance maladie.

Une autre étude réalisée par le RSI (Régime Social des Indépendants) en France confirme cet état de fait (RSI, 2009). Les ressortissants du RSI, artisans et commerçants, sont surexposés au risque de diabète par rapport à la population générale. En 2005, le taux standardisé d'incidence atteignait 220/100 000 nouveaux cas annuels au sein de la population couverte par le régime général. En comparaison les taux étaient très élevés chez les commerçants (323/100 000) et chez les artisans (281/100 000). A l'instar du Régime Général d'Assurance Maladie des salariés qui a mis en place un programme d'accompagnement nommé SOPHIA, pour ses ressortissants diabétiques, le RSI a lancé son propre programme d'accompagnement des diabétiques, RSI~DIABETE.

3. *Quelques statistiques sur la santé mentale des patrons commerçants et artisans*²

Dans « *l'univers de la boutique* » concernant les petits patrons-commerçants du Nord, François Gresle (1981 : 154) avance que les taux de décès par alcoolisme ou par suicide des patrons rapprochent ceux-ci des catégories sociales défavorisées. Il est aujourd'hui difficile d'avoir des statistiques fiables sur le taux de suicide des commerçants et artisans. Mais il est certain que le vague à l'âme, le blues, la dépression, le *burn-out* n'affectent pas que les salariés. La population des artisans et commerçants n'est pas exempte de ces tourments. Selon l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee, la prévalence de la dépression pour les hommes de la catégorie sociale artisans/commerçants/chefs d'entreprise était de 13.6% tandis que la prévalence de dépressivité chez les cadres et professions intellectuelles supérieures s'établissait à 7,8% soit presque deux fois moins. Quand on regarde plus en détails, on constate que ce sont les « Commerçants et assimilés » qui accusent l'une des prévalences de dépressivité la plus élevée (17,7%), toutes CSP confondues. Notons également qu'en ce qui concerne les femmes, les prévalences de dépression sont nettement inférieures, les femmes exerçant la profession d'artisan présentant même l'une des plus faibles prévalences de dépression (0,9%).

En ce qui concerne l'anxiété, sur l'ensemble des hommes artisans/commerçants interrogés par l'Institut de Veille Sanitaire dans l'enquête (2007), 12% présentent une anxiété généralisée, ce qui est légèrement au dessus de la moyenne de toutes les CSP confondues qui est de 10,7%. A l'inverse, en ce qui concerne les troubles paniques et la phobie sociale, les artisans/commerçants hommes 2,3% des artisans/commerçants hommes, présentent des troubles paniques et autant ont une phobie sociale. Ils sont en dessous des moyennes observées pour l'ensemble des CSP qui sont de 3,1% et 3,2%.

On peut se demander si la cause de cette forte prévalence de la dépressivité dans le milieu commerçant n'est pas due aux problèmes structurels de la compétitivité du petit commerce face à la grande distribution. Dans une analyse de la vieillesse auprès des petits commerçants et des paysans dans les années 70, Reynaud et Zarca (1974) montrent clairement l'existence d'un phénomène d'impuissance acquise chez les petits commerçants déprimés par le développement de la grande distribution qui remet en cause la pérennité de leurs fonds de commerce. « La relation du petit commerçant à son travail a objectivement changé entre le moment de l'immédiat après-guerre, où les affaires étaient bonnes, et aujourd'hui, où la survie même est problématique. 'Le métier' de petit commerçant, dit-il, 's'est pourri'. Un sentiment de dégoût, d'écœurement, l'envahit parfois. Il a mauvaise conscience quand il réalise qu'il n'a rien fait en tant que commerçant pour empêcher ce pourrissement. Mais le plus souvent, la mauvaise conscience cède la place à la révolte devant un cheminement historique absurde

² L'auteur tient à remercier Sybil Pinchinat et Alexia Cottet-Dumoumin de l'entreprise Biostatem pour leur recherche de statistiques médicales.

qu'il n'a absolument pas maîtrisé. (...) Cette révolte ne trouvant pas les moyens de s'exprimer dans une action tend, de plus en plus, à être contrebalancée par un sentiment de résignation, de complète impuissance. Alors, on attend 'des jours meilleurs', sans trop y croire : 's'il y en a', et l'on opte pour une philosophie fataliste : 'Nous n'y ferons rien, c'est comme ça !'. On accepte son impuissance et son malheur : 'moi, maintenant, dit une vieille mercière, c'est fini, il n'y aura rien pour moi après'. (Reynaud et Zarca, 1974 : 71).

Tableau 4 :
Prévalence de dépressivité selon l'emploi exercé au moment de l'enquête chez les personnes en activité professionnelle

Catégorie sociale	N Hommes	% dép.	N Femmes	% dép.
Agriculteurs exploitants	223	13,5	116	10,4
Artisans-Commerçants	403	13,6	159	4,0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1264	7,8	776	7,6
Professions Intermédiaires	1526	10,1	1495	8,6
Employé	714	15,7	2453	12,3
Ouvrier	1952	12,6	522	12,3

Source : Institut de Veille Sanitaire : Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee.

Tableau 5 :
Prévalence des troubles anxieux selon les variables socioprofessionnelles en population générale

	N Hommes	Anxiété généralisé	Troubles panique	Agoraphobie	Phobie sociale	Stress Post-Traumatique	Au moins un trouble anxieux
Agriculteurs	307	8,9	1,5	0,8	1,0	0,2	12,1
Artisans-Commerçants	904	12,0	2,3	1,0	2,3	0,3	16,4
Cadre	1598	9,2	1,7	1,1	2,2	0,3	13,7
Prof. Interm.	1849	8,9	3,0	1,2	2,4	0,3	14,8
Employé	2537	13,6	3,4	1,3	3,8	0,5	20,9
Ouvrier	3773	12,8	3,0	1,4	3,6	0,8	19,8
	N Femmes	Anxiété généralisé	Troubles paniques	Agoraphobie	Phobie sociale	Stress Post-Traumatique	Au moins un trouble anxieux
Agriculteurs	105	11,1	0,8	2,1	2,5	0,0	15,1
Artisans-Commerçants	596	14,4	5,0	2,1	2,2	0,7	22,8
Cadre	1175	11,6	3,4	1,8	3,8	0,4	20,0
Prof. Interm.	2774	11,8	4,2	1,5	4,6	0,5	20,9
Employé	4091	16,9	6,3	2,9	6,4	0,7	29,3
Ouvrier	1377	16,7	6,3	2,7	5,1	1,0	29,0

Source : Institut de Veille Sanitaire, Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités », Août 2007.

4. Les dépenses de soins : une consommation atypique

Dans un autre ordre d'idée, il est intéressant de comparer les dépenses de soin par catégories. Là aussi, les commerçants et artisans ont des dépenses vis-à-vis du médecin généraliste (89) plus proche de l'ouvrier non qualifié (86) que du cadre supérieur (112). Ils dépensent même moins que les employés (96) et les ouvriers qualifiés (96). Plus étonnant encore, c'est au registre des dépenses en pharmacie que les commerçants et artisans occupent le dernier rang (75), derrière les ouvriers non qualifiés (80) et très loin derrière les cadres supérieurs (113). En revanche, notons que ce sont les artisans et les commerçants qui consomment le plus de soins dentaires (127) et que leurs dépenses vis-à-vis des spécialistes (91) les situent en-deçà des employés (99) et des cadres supérieurs (167), lesquels apparaissent comme les champions des dépenses en spécialistes mais nettement au-dessus des ouvriers qualifiés (68) et non qualifiés (46). Le tableau suivant montre que ce sont les dépenses en spécialistes qui présentent le plus grand différentiel, du simple au quadruple.

Tableau 6 : Consommation de soins par profession (moyenne = 100)

Profession	Généraliste	Spécialiste	Dentiste	Pharmacie	Hôpital
Cadre supérieur	112	167	126	113	80
Artisan et commerçant	89	91	127	75	95
Agriculteur	90	64	111	89	102
Employé	96	99	89	104	114
Ouvrier qualifié	96	68	84	101	104
Ouvrier non qualifié	86	46	85	80	109

Sources : CREDES (Majnoni d'Intignano et Ulmann, 2004, p. 71) dans Majnoni D'intignano B. et P. Ulmann (2004), *Santé et Economie en Europe*, Coll. Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, p.128.

A certains égards, le monde patronal semble sous-médicalisé. Peut-être qu'une des raisons tient au fait que ces dirigeants aux emplois du temps surchargés n'ont pas le temps d'aller voir le médecin, voire pas le temps d'être malade, comme on peut maintes fois l'entendre dire lorsqu'on côtoie cette catégorie. Certains ajoutent le luxe de ne pas avoir le temps d'être en vacances et il n'est pas rare de voir que les *Week-end* sont parfois amputées le samedi matin voire davantage pour le commerce ou le dimanche après-midi en vue d'un départ pour un rendez vous fixé le lendemain à l'autre bout du pays.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux évoqués par Duchéneaut (1996) qui constate sur la base d'une étude réalisée par l'INSEE sur la santé et les soins médicaux en France en 1991/1992, que les dirigeants de PME consomment nettement moins de services de praticiens (6,1 visites par an en moyenne contre 8,7 pour les autres CSP). Même si dans cette étude antérieure, la catégorie des dirigeants de PME correspond non pas aux artisans et commerçants mais « aux industriels et gros commerçants », il n'en demeure pas moins que les résultats semblent en partie converger. De surcroît, cette étude met aussi en évidence que les dirigeants de PME utilisent nettement plus que la moyenne les services des pharmaciens pour des produits délivrés sans ordonnance. N'y-a-t-il pas une pratique d'automédication plus répandue dans le monde des indépendants, habitués à se débrouiller par eux même que pour le reste de la population ? Pour le dire autrement, l'autonomie au travail induit-elle une autonomie dans la prise de médicaments ? C'est une hypothèse qui mérite aussi d'être formulé et un jour mesuré. Duchéneaut (1996) suggère une telle hypothèse lorsqu'il écrit que le transfert entre les dépenses de praticiens vers les dépenses de produits pharmaceutiques non remboursés peut être interprété comme « l'expression d'une certaine réticence ou d'un manque de temps pour se faire soigner par les praticiens » (p. 350).

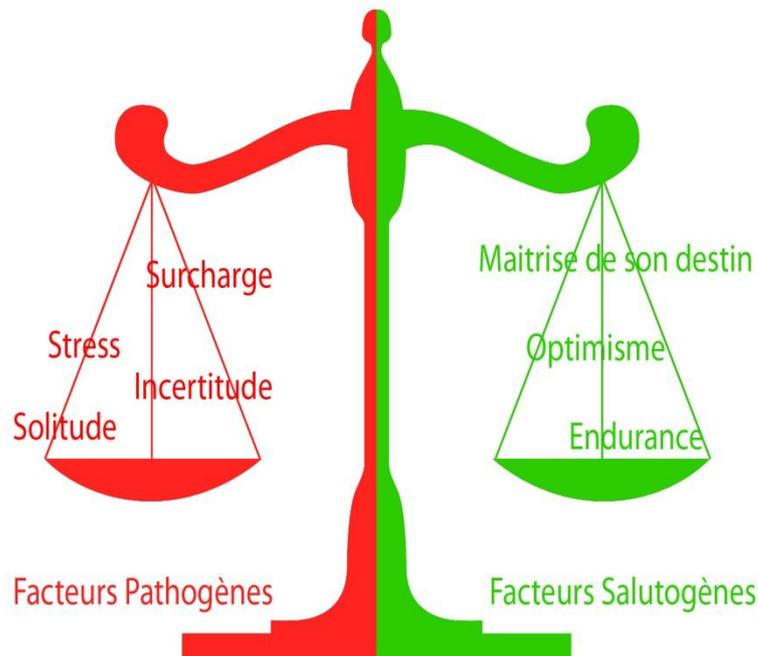
Mais on peut aussi invoquer l'hypothèse d'une « insuffisance de la prise de conscience de soi » formulée par Bize et Goguelin (1956 : 20) dans leur ouvrage sur le surmenage des dirigeants : « elle est dangereuse parce qu'elle est courante, banale et surtout insidieuse ; elle engendre la routine vaniteuse et l'orgueilleux immobilisme ». En toute hypothèse, on peut considérer que les dirigeants de PME, commerçants et artisans n'accordent que peu d'intérêt à leur propre santé. Ce déni de réalité résulte vraisemblablement en partie du fait que la société renvoie des dirigeants l'image d'un homme fort, qui contrôle son destin et qui est toujours enthousiaste et positif. La désirabilité sociale impose au dirigeant une posture d'homme fort et en bonne santé.

5. L'équation fondamentale de la santé patronale : facteurs pathogènes versus facteurs salutogènes.

La santé des petits patrons est soumise à une tension permanente entre des facteurs pathogènes, négatifs pour l'état de santé et des facteurs salutogènes, c'est-à-dire bénéfiques pour la santé. L'équation de la santé patronale est selon nous la suivante :

- D'une part, alors que les médecins du travail savent depuis longtemps que la surcharge de travail, le stress, l'incertitude et la solitude au travail sont à long terme pathogènes pour les salariés (Leclerc *et al.*, 2008 ; Niewiadomski et Aïach, 2008), ... ils ne se sont jamais interrogés sur les effets de ces facteurs auprès des employeurs. Or, comment ne pas voir à quel point les patrons de PME, commerçants et artisans cumulent souvent ces quatre facteurs. De nombreux travaux ont relaté la surcharge du travail et l'accroissement du stress (Buttner, 1992 ; Akande, 1994 ; Mcdowell-Larsen, 2007 ; Ahmad et Salim, 2009) qui en découle dans le cadre des dirigeants, travaillant parfois plus de 60 heures par semaine (Boyd et Gumpert, 1983 ; Roussillon et Duval-Hamel, 2006). L'incertitude est aussi une des données fondamentales de l'entrepreneur, qu'il soit artisan, commerçant ou propriétaire-dirigeant d'une PME dont l'une des caractéristiques est que ce dernier dispose de revenus aléatoires, à l'opposé de la régularité du salaire versé aux employés. Dans certains secteurs, l'horizon du carnet de commandes se limite à quelques mois, voire à quelques semaines en période de crise. Le dirigeant doit vivre avec cela en permanence. Enfin, Gumpert et Boyd (1984) ont largement insisté sur l'isolement, voire la solitude des dirigeants, à tel point que le recours à des réseaux patronaux, ou des associations de pairs comme par exemple le Centre des Jeunes Dirigeants en France est souvent salutaire. Cet isolement fragilise le dirigeant et lors de décisions difficiles tel un licenciement, le dirigeant est souvent en proie aux doutes et à la souffrance (Torrès, 2009).
- D'autre part, les psychologues de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Fischer et Dodeler, 2009) savent que l'internalité du *locus of control*, l'endurance (*hardiness*), l'optimisme sont salutogènes...sans jamais avoir remarqué que ce sont des attitudes et des croyances entrepreneuriales ! Or, là aussi, comment ne pas voir qu'il s'agit de caractéristiques qui sont souvent associées à l'entrepreneur. Si les travaux empiriques visant à valider la théorie du *locus of control* n'ont pu établir qu'une corrélation modeste entre ce trait psychologique et l'entrepreneur, elle n'en demeure pas moins positive (Janssen et Surlemont, 2009 : 41). Verstraete (1999 : 165) évoque lui aussi l'importance de l'internalité du *locus of control* dans

le comportement entrepreneurial. Enfin, Filion (1997) recensant les travaux de ce que l'on appelle 'l'école des traits de caractères' montre que l'optimisme et la persévérance sont des traits psychologiques dont les entrepreneurs font souvent preuve.



L'équation de la santé entrepreneuriale

D'où l'équation fondamentale de la santé patronale : d'un côté, si l'on suit les travaux de la médecine du travail, le système de contraintes auquel se soumettent bon nombre de dirigeants entrepreneurs semble pathogène. De l'autre côté, les récents travaux en psychologie de la santé montrent que le système d'attitudes et de croyances entrepreneuriales est salutogène. Toute la question est alors de savoir où penche la balance ?

Conclusion : la création de l'observatoire AMAROK.

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de ces données.

Premièrement, les données sur la santé des commerçants et des artisans sont à la fois insuffisantes en quantité et en qualité. Le plus souvent, les données sont souvent hétérogènes car elles regroupent des catégories aussi différentes que celle des commerçants, des artisans, des professions libérales et des chefs d'entreprises dont les effectifs vont de quelques unités (les TPE) jusqu'à plusieurs centaines (les moyennes entreprises). Comment peut-on sur le plan de la santé, surtout celle au travail, mettre sur un même plan un tailleur de pierre qui travaille à son compte avec pour seule employée son épouse qui assure les tâches quotidiennes de compatibilité et un dirigeant d'une entreprise industrielle multi-établissements composé de deux cents salariés ? De même, comment ne pas faire de différence entre un avocat qui a pignon sur rue avec un commerçant épiciers de quartier ? Des

statistiques aussi mal dégrossies nous paraissent grotesques, aux limites même de la grossièreté à l'égard d'une population paradoxalement primordiale pour notre économie.

Deuxièmement, les quelques données existantes montrent que pour certains types de pathologies, les commerçants et artisans présentent des prévalences aussi élevées que celles des employés, voire des ouvriers. Ce point est crucial et mérite des approfondissements car si le constat d'un tel état de fait s'avérait confirmé, il serait utile d'alerter les pouvoirs publics sur cette situation. La médecine du travail s'intéresse quasi exclusivement à la santé des travailleurs salariés. Dans ces conditions, ne devrait-on pas étendre le champ d'intervention de la médecine du travail aux TNS (Travailleurs non salariés) ? Sur une région comme le Languedoc Roussillon, la part des emplois non salariés représente 13,5% des emplois. En outre, les taux de prévalences de cette catégorie professionnelle ne dérogeraient pas à la mission sociale et historique de la médecine du travail qui a toujours eu le souci de se préoccuper des plus fragiles.

Troisièmement, nous pensons toutefois qu'il existe des facteurs compensateurs (salutogènes) qui peuvent contrebalancer certaines dérives comme la surcharge de travail, le stress ou l'incertitude inhérente à la fonction de commerçants ou artisans indépendants. Il existe selon nous une équation qu'il conviendra de résoudre tôt ou tard.

C'est dans le but de produire des données précises, fiables et continues dédiées à ces catégories spécifiques (commerçants, artisans, professions libérales et dirigeant de PME) et dans l'espoir de résoudre cette équation de la santé entrepreneuriale que nous avons pris l'initiative de créer l'observatoire AMAROK³, premier observatoire de la santé des dirigeants de PME, commerçants et artisans.

AMAROK est un observatoire à vocation scientifique et expérimentale dont le but est l'étude des croyances, des attitudes et des comportements des dirigeants de PME, artisans et commerçants à l'égard de la santé physique et mentale, que ce soit leur propre santé ou celles de leurs salariés. Fondé sur les théories de la spécificité des PME, cet observatoire a aussi comme objectif de concevoir et de proposer des actions concrètes de terrain tant sur le plan préventif que curatif. La population est prioritairement celle des dirigeants de PME, les commerçants et les artisans.

L'objectif de cet observatoire est de croiser les sciences médicales et les sciences de l'entrepreneuriat. Le projet AMAROK est un projet complexe qui nécessite une approche pluridisciplinaire. Les compétences scientifiques mobilisées font appel à la médecine du travail et à la santé publique, à l'entrepreneuriat et au management, à la psychologie de la santé et du travail ainsi qu'à l'économie et la géographie de la santé. Toutefois, cet observatoire reste ancré prioritairement dans les sciences de gestion car la finalité ultime est bel et bien d'améliorer le management des PME.

En croisant les deux dimensions pathogènes et salutogènes de l'équation de la santé patronale, l'objectif d'AMAROK est ambitieux : à l'idéal, nous souhaiterions produire à moyen terme les premières statistiques médicales patronales. Les enjeux sont à la hauteur de l'ambition :

³ AMAROK est un nom inuit qui signifie loup et qui renvoie à une légende dont le message est qu'une société doit protéger ceux qui la font vivre. Autrement dit, dans la légende esquimaude, le loup doit protéger les caribous.

- soit AMAROK découvre que les patrons de PME, artisans et commerçants mettent leur santé en péril sans même le savoir et nous dénoncerons un scandale de santé publique.
- soit AMAROK découvre à l'inverse que l'entrepreneuriat est bénéfique pour la santé. Dans ce dernier cas, nous aurons l'un des plus beaux arguments pour promouvoir les entreprises à taille humaine et l'artisanat : la PME, c'est bon pour la santé !

A moyen terme, l'objectif d'AMAROK est de créer un des tous premiers registres épidémiologiques portant sur une cohorte de dirigeants de PME. Les enjeux sont ici énormes car les sommes en jeu sont conséquentes et l'engagement doit être de très longue durée (une à plusieurs décennies) (Bousquet; Dreyfus; Daures ; Demoly, 2004). Il est important de savoir qu'à notre connaissance et à celle des spécialistes du domaine que nous avons consultés, il n'existe nulle part au monde de registre de la sorte.

Bibliographie

Ahmad S.Z.; Salim F.A.A (2009), "Sources of stress and the coping mechanism for Malaysian entrepreneurs", *African Journal of Business Management*, Vol.3, n° 6, p. 311-316.

Akande A (1994), "Coping with entrepreneurial stress: Evidence from Nigeria", *Journal of Small Business Management*, p. 83-87.

Barthe R. (1944), *La médecine du travail*, Presses Universitaires de France, Coll. Que sais-je ?, n°166, p.128.

Bize R. et P. Goguelin (1956), *Le surmenage des dirigeants*, Les éditions de l'entreprise moderne, p.144.

Bournois F. ; Roussillon S (2007), « Les dirigeants et leur capital santé », p. 206-211 dans *Comités exécutifs : Voyage au cœur de la dirigeance*, sous la dir. de F. Bournois, J. Duval-Hamel, J.L. Scaringella et S. Roussillon, Editions Eyrolles, p.862.

Bousquet P.J. ; Dreyfus I. ; Daures J.P., Demoly P. (2004), « Observatoires de santé, observatoires du médicament, vigilance et registres », *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, Vol. 44, p. 659-663.

Boyd D.P.; Gumpert D.E. (1983), « Coping with entrepreneurial stress », *Harvard Business Review*, mars/avril, p. 44-64.

Bradley D.E; Roberts J.A. (2004), "Self-Employment and Job Satisfaction: Investigating the Role of Self-Efficacy", *Journal of Small Business Management*, Vol. 42, n°1, p.37-58.

Bruchon-Schweitzer M (2002), *Psychologie de la santé – Modèles, concepts et méthodes*, Editions Dunod, p.440.

Buttner H.E. (1992), « Entrepreneurial stress: Is it hazardous to your health? », *Journal of Managerial Issues*, Vol. 4, n°2, p.223-240.

Chao L.W.; Pauly M. V.; Szrek H.; Sousa Pereira H.; Bundred F.; Cross C.; Gow J (2007). "Poor health kills small business: illness and microenterprises in South Africa", *Health Affairs*, Vol. 26, p. 474-482.

Desoille H (1958), *La médecine du travail*, Presses Universitaires de France, première édition, p.128.

Duchéneaut B (1996), *Les dirigeants de PME. Enquêtes, chiffres, analyses pour mieux les connaître*, Editions Maxima, p.516.

Fayol H (2005), *Administration industrielle et générale*, Editions Dunod, première édition 1916, p.133.

Filion L.J (1997), "Le champ de l'entrepreneuriat : historique, évolution, tendances", *Revue Internationale PME*, Vol. 10, n°2, p. 129-172.

Fischer G.N. et V. Dodeler (2009), *Psychologie de la santé et environnement – facteurs de risque et prévention*, Editions Dunod, Coll. Topos, p.150.

Gresle F (1981), *L'univers de la boutique – les petits patrons du Nord (1925-1970)*, Presses Universitaires de Lille, p.161.

Gumpert D.E.; D.P. Boyd (1984), « The loneliness of the small-business owner », *Harvard Business Review*, Novembre-Décembre, p. 18-24.

Janssen F. ; Surlémont B. (2009), "L'entrepreneur : ses caractéristiques et ses motivations" p. 33-48 dans *Entreprendre – une introduction à l'entrepreneuriat*, sous la dir. de F. Janssen, Editions De Boeck, p.343.

Leclerc A ; Kaminski M. et Lang T (2008), *Inégaux face à la santé – du constat à l'action*, La Découverte, p.298.

Majnoni D'intignano B. et P. Ulmann (2004), *Santé et Economie en Europe*, Coll. Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, p.128.

Massey, C., Harris, C., Lewis, K. (2004), "Death, divorce and disease: personal life event and the business life-cycle", *European Council for Small Business, RENT XVIII Conference*, Copenhague, Novembre.

Mcdowell-Larsen S (2007), « L'effet néfaste du stress sur les dirigeants », p. 185-190 dans *Comités exécutifs : Voyage au cœur de la dirigeance*, sous la dir. de F. Bournois, J. Duval-Hamel, J.L. Scaringella et S. Roussillon, Editions Eyrolles, p.862.

Mouzaoui H. et Y. L'Horty (2007), *Quels emplois pour les PME ? Étude sur les PME et l'emploi en France*, Regards sur les PME, OSEO, n°15, p.194.

Niewiadomski C. et P. Aiach (coordonné par) (2008), *Lutter contre les inégalités sociales de santé – politiques publiques et pratiques professionnelles*, Presses de l'EHESP, Coll. Recherche Santé Social, p.286.

Ramazzini B (1700). *De Morbis Artificum Diatriba* (Traité de maladies des artisans), p. 1-164, translation and notes by M. de Fourcroy, Edition Adolphe Delahays, Paris, 1855, p.479.

Reynaud P. et B. Zarca (1974), « Vieillesse et classe sociale : l'exemple des paysans bénéficiaires de l'Indemnité Viagère de Départ et celui des petits commerçants », *Consommation*, n°4, CREDOC, p. 51-80.

Roussillon S.; Duval-Hamel J. (2006), « Le stress des dirigeants : mythe, compétence clé, risque pour l'entreprise ? », *Cahier de recherche EM. LYON Business School*, n°2006/03, p.30.

RSI (2009), Le diabète et les ressortissants du RSI, *Epidémiologie et accompagnement, L'essentiel médical*, n°2, février

Torrès O (2009), « L'inaudible et inavouable souffrance patronale : le cas du licenciement en PME », dans *Le grand livre de l'économie PME*, sous la dir. de G. Lecointre, Galino Editeur, p.639.

Vesperini D (2005), « Consommation de substances psychoactives dans les petites et moyennes entreprises », *Mémoire pour le Diplôme Universitaire Franco-Québécois « Conduites de dépendances »*, sous la dir. de Duquesne D, p.46.

Verstraete T (1999), *Entrepreneuriat, connaître l'entrepreneur, comprendre ses actes*, Editions L'Harmattan, p.207.