

La surmortalité des chômeurs

Les méfaits du chômage sur l'état psychologique et physiologique des individus sont de moins en moins ignorés. Dès les années 1980, les travaux de G. Desplanques révèlent que la mortalité des chômeurs est nettement plus forte pour toutes les catégories socioprofessionnelles¹. Des enquêtes menées plus récemment confirment cette tendance. Selon des travaux de la division *Enquêtes et études démographiques* de l'INSEE, la mortalité d'un chômeur est trois fois supérieure à celle d'un actif occupé du même âge, celle d'une chômeuse deux fois supérieure. Comme le fait justement remarquer A. Mesrine, l'auteur de l'étude², ce constat est en partie lié à un effet de structure. La situation de chômage, en effet, frappe inégalement les différentes catégories de population. Les tableaux suivants (p. 227) l'indiquent clairement : le risque d'être sans emploi concerne davantage les ouvriers, les employés et les non diplômés, populations dont la mortalité est supérieure à la moyenne. *La population des chômeurs compte donc davantage de personnes déjà fragilisées.*

¹ G. Desplanques, *op. cit.*

² A. Mesrine, « *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?* », *Economie & statistique* N° 334, 2000 – 4.

Taux de chômage selon la catégorie sociale (unité : %)

Agriculteurs exploitants	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4
Cadres et professions intellectuelles sup.	4
Professions intermédiaires	5
Employés	9,5
Ouvriers	13,5
- dont ouvriers non qualifiés	20
Non renseigné	12
Ensemble	9,5

France métropolitaine – population des ménages, personnes de 15 ans ou plus.

Source : Insee, 2010 (exploité par l'Observatoire des inégalités).

En 2010, les cadres et les professions intermédiaires étaient quasiment au plein emploi, avec un taux de chômage respectif de 4 et 5 %, tandis que le taux de chômage des ouvriers (13,5%) était trois fois plus important et celui des employés (9,5 %), deux fois plus. A l'intérieur même de chaque catégorie, le chômage ne sévit pas de la même manière. Parmi l'ensemble des ouvriers, les non-qualifiés sont plus souvent sans emploi (20 %).

Certes, la mise à l'écart du monde du travail peut concerner toutes les catégories ; néanmoins, il apparaît clairement que certaines sont plus épargnées que d'autres de ce risque. C'est pourquoi les discours – dominants – sur la montée du chômage des cadres font l'objet d'une certaine dramatisation. Les réalités du chômage dans ce groupe social, telles que les enquêtes statistiques permettent de l'objectiver, sont demeurées moins préoccupantes que pour les travailleurs peu qualifiés : « *le risque de mise à l'écart durable du monde du travail se concentre en fait sur les cadres de plus de 45 ans, en particulier s'ils sont peu diplômés.* »³

³ P. Bouffartigue, *Cadres : la grande rupture*, La découverte, 2001, p. 14.

Le taux de chômage varie également en fonction du diplôme.

Le taux de chômage des non diplômés est trois fois plus élevé que celui des personnes qui disposent d'un niveau au moins égal à « bac + 2 ». Quelque que soit son niveau de formation, on peut être amené à rester en marge du monde du travail : on compte près de 6 % de chômeurs chez les détenteurs d'un diplôme supérieur à « bac + 2 ». Toutefois, ils sont nettement plus nombreux chez les non diplômés (16 %). Chez les jeunes de 15 à 29 ans, le taux de chômage atteint presque 36 % pour les non diplômés alors qu'il ne franchit pas la barre des 10 % pour les « bac + 2 ».

Taux de chômage selon le diplôme et l'âge				
Unité : %				
	15-29 ans	30-49 ans	50 ans et plus	Ensemble
Aucun diplôme ou CEP	35,9	15,7	9,1	16,1
Brevet des collèges	27,6	11,3	6,4	13,8
CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau	19,0	6,9	6,1	8,8
Baccalauréat ou brevet professionnel	14,6	6,7	5,2	8,9
Bac + 2 ans	9,5	4,0	4,8	5,4
Diplôme supérieur	9,3	4,6	3,9	5,6
Non déclaré	9,6	0,0	-	7,0
Ensemble	17,2	7,5	6,3	9,4

Source : Insee. Année des données : 2010

Le diplôme reste donc plus que jamais un atout pour accéder à l'emploi, une arme essentielle pour « s'en sortir » dans notre société, que ce soit pour entrer dans le marché du travail, pour s'y maintenir durablement, pour progresser et envisager des perspectives d'avenir (assurer son ascension sociale). La situation est donc particulièrement inquiétante pour ceux qui sortent de l'école sans qualification dans un système qui survalorise le diplôme par rapport à l'expérience.

Cependant, les risques de mortalité plus élevés des chômeurs ne sont pas exclusivement liés à l'effet de structure évoqué par A. Mesrine. Quelque soit la catégorie sociale, vivre une situation de chômage peut avoir de lourdes conséquences sur l'état de santé. L'auteur précise, à ce sujet, que même lorsqu'on tient compte de la situation socioprofessionnelle et matrimoniale des individus, cette inégalité sociale face à la mort entre actifs occupés et

chômeurs subsiste : à diplôme, groupe socioprofessionnel, statut matrimonial et âge égaux, un chômeur a une probabilité de décès 2,3 fois plus forte qu'un actif. Concernant les femmes, les chiffres sont identiques.

Evidemment, on peut penser que cette surmortalité des chômeurs est probablement due, en partie, à un état de santé déjà déficient (une santé fragile entraînant des difficultés à travailler, à conserver son emploi, etc.), lequel pouvant être à l'origine même du chômage. Mais cette interprétation est insuffisante⁴. Ce constat s'explique aussi, entre autre, par la sélectivité grandissante du marché du travail, qui s'exerce notamment sur des critères de santé. En gros, ne travaille pas qui veut...ou plutôt qui peut ! Pour travailler durablement et efficacement, il faut évidemment réunir un minimum de qualités de santé, tant au physique qu'au mental. Les fragiles, les inaptés, les accidentés, les souffrants, etc.⁵, ne sont pas en mesure, de par leur état, de répondre aux exigences du monde du travail. Ils peuvent donc être rapidement évincés. Les actifs présentant des inaptitudes physiques au travail ont donc une probabilité plus forte de se retrouver au chômage. Ce processus d'éviction, précise A. Mesrine, touche surtout les ouvriers, et particulièrement ceux qui effectuent des travaux pénibles. Il se vérifie plus difficilement pour d'autres catégories sociales.

Mais la perte d'emploi a aussi des conséquences financières et psychologiques qu'il ne faut pas sous-estimer. Une personne qui ne travaille plus peut voir une dégradation progressive et générale de son niveau de vie, mal supporter la perte d'un statut social, d'une identité professionnelle. La norme sociale étant de travailler, le rythme de la vie, des activités, des loisirs, des jours de repos, des congés, etc., étant déterminé par le rythme imposé par le monde du travail, les chômeurs se retrouvent en quelque sorte « en dehors du temps », en décalage par rapport au rythme « normal » de l'existence. Les inquiétudes par rapport à l'avenir, l'incertitude qui pèse sur le futur rendent ainsi le présent beaucoup plus morcelé, confus, désorganisé. Débarrassés, en apparence, de toutes les indications, de toutes les exigences et urgences qui émanent de la vie professionnelle et qui orientent et stimulent *l'action*, donc la *vie sociale* (rendez-vous, horaires à respecter, transports à prendre, tâches à finir, réunions,

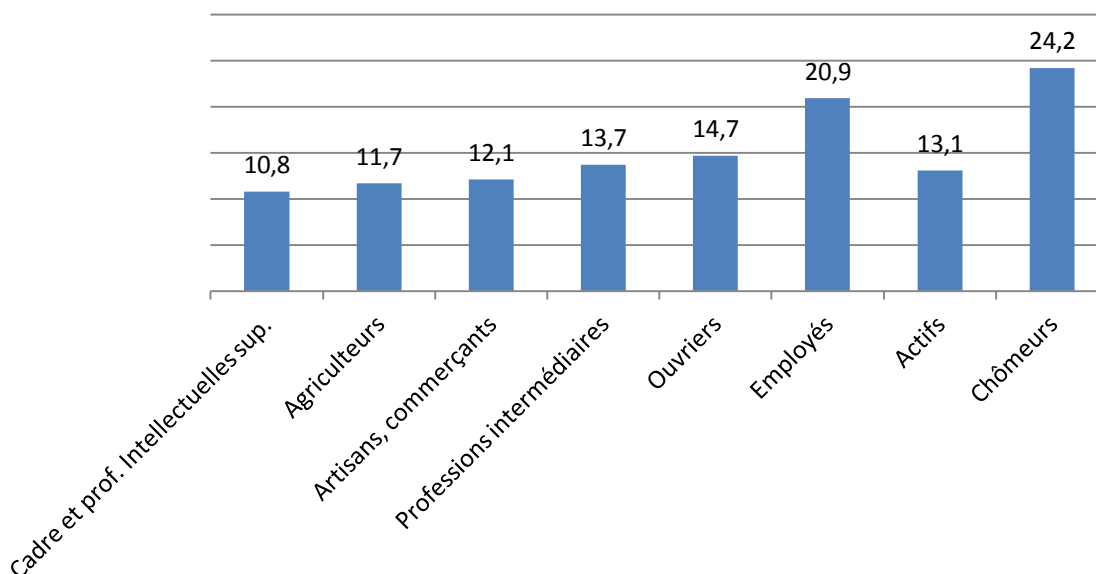
⁴ Si tel était le cas, argumente A. Mesrine, la surmortalité des chômeurs devrait diminuer à mesure que le chômage croît, ce fléau touchant d'abord les groupes défavorisés, mais affectant à mesure qu'il se développe des groupes moins exposés. Or, si l'on observe effectivement un recul de la mortalité relative des chômeurs entre 1975 et 1985, celle-ci a augmenté au début des années 90, alors même que le chômage s'étendait aux cadres. Dans chaque CSP, la surmortalité des chômeurs est au moins aussi élevée entre 1990 et 1995 qu'entre 1982 et 1987.

⁵ Des enquêtes montrent que les ouvriers connaissent plus d'incapacités, de situation de handicaps (déficiences motrices, intellectuelles et mentales). 20 % des ouvriers souffrent de ces types de déficiences contre environ 10% de cadres (source : INSEE, 1998 – 1999. *Enquête handicap, incapacités, dépendance.*)

etc.), les chômeurs ne peuvent vivre le temps libre qui leur est laissé que comme temps mort, temps inutile et inutilisable, vidé de tout sens⁶. Or le fait que les chômeurs puissent difficilement se raccrocher au rythme de vie des actifs, que l'excès de temps libre, pour eux, se transforme finalement peu à peu en un temps mort, figé, rongé par les inquiétudes liés au futur, peut être stigmatisant et marginalisant pour eux. C'est une population, en quelque sorte, qui n'occupe plus les devants de la scène sociale. De plus, lorsqu'ils retrouvent du travail, c'est plus souvent un emploi précaire ; l'insertion demeure incertaine et le niveau de revenus plus faible.

L'aggravation des conditions de vie des chômeurs, la façon dont l'existence s'organise lorsque l'on évolue en marge du monde du travail – en décalage avec les actifs –, l'angoisse liée à la perte d'emploi et à la difficulté d'en retrouver, etc., peuvent avoir de sérieuses répercussions sur l'état de santé. La baisse des revenus, combinée à l'isolement social et à la perte d'estime de soi – sentiment d'être inutile, de ne pas être suffisamment bon, compétent pour conserver une place sur le marché du travail –, tend à restreindre l'accès aux soins des demandeurs d'emploi (sans doute sont-ils, aussi, en *perte de sens* : quel avenir ? à quoi bon se soigner ?). Le chômage s'accompagne également souvent de troubles psychologiques (dépression : v. ci dessous), qui peuvent amener à des comportements à risque – alcoolisme, tabagisme...- et, dans les cas extrêmes, au *suicide*.

Taux de dépression selon la catégorie sociale (%)



Source : CREDES, données 1996-1999, in *L'état des inégalités en France, 2007*

⁶ Cf. Bourdieu, *Méditations pascaliennes*, Ed. du Seuil, 1997, chap. sur « des hommes sans avenir », p. 318.

Mais on oublie souvent de dire que les ennuis de santé commencent bien en amont de la période de chômage. Dès l'annonce d'un licenciement, les troubles et les pathologies émergent...

Des études montrent, en effet, que beaucoup de problèmes de santé apparaissent quand les salariés, encore dans l'entreprise, voient leur emploi menacé⁷ (pathologies liées aux plans sociaux...). Les troubles se manifestent ou s'aggravent dans cinq domaines particuliers. La sphère psychique : insomnies, états de panique, crises d'angoisse, phobies ; la sphère digestive : crampes épigastriques, ulcère gastrique, recto-colite ulcéro-hémorragique ; la sphère dermatologique : psoriasis, eczémas, crises d'urticaire ; la sphère cardiovasculaire : infarctus du myocarde et syndrome de menace ; enfin, la sphère comportementale : alcoolisme et tabagisme, violences physiques, suicides.

Et ce tableau ne serait pas complet sans la prise en compte du ressenti psychologique des futurs licenciés, ainsi que de celui des « survivants ». Là encore, l'inventaire est long : démotivation, scepticisme, perte de l'identité professionnelle, souffrance morale (« on est de trop, on est trop cher »), dénigrement envers les dirigeants, perte de l'estime de soi et de celle des autres : « *Les salariés se sentent trahis, détruits. Ils tentent de s'en sortir par le conflit, la maladie ou la fuite* »...⁸

Si tout laisse à penser que la perte d'emploi (au même titre que son annonce) a bien un effet direct sur la santé qui est de nature à expliquer l'accentuation de la surmortalité des chômeurs, il faut aussi noter que ces effets nocifs du chômage, ces impacts psychologiques, financiers, etc., se font d'autant plus sentir que la situation de non-emploi perdure, car ils ont le temps de jouer pleinement. Or les longues périodes d'inactivité, le chômage de longue durée concernent davantage les catégories moins favorisées, les travailleurs peu qualifiés : ouvriers, employés⁹.

Celles-ci s'enlisent plus durablement dans l'inactivité et disposent de moins ressources – diplômes, relations, réseaux notamment – pour en sortir. Le chômage n'est donc pas seulement un passage, une transition rapide vers l'emploi, mais un état qui perdure. C'est sans

⁷ Une des rares enquêtes réalisées sur le sujet est celle de trois médecins du travail de l'Isère désireux de témoigner de leurs expériences respectives au sein d'entreprises (dans les secteurs aussi divers que les mines, la métallurgie, l'industrie du papier, l'alimentation et les matières plastiques) qui ont mené des opérations de restructuration (v. « *Perte d'emploi et santé. Le concours médical* », octobre 1998, par Marie-Odile Achard, Vincente Chastel et Pierre Dell'Accio. Principaux résultats présentés dans un article du journal « *Le Monde* », 18/11/1998).

⁸ Cf. « *Perte d'emploi et santé. Le concours médical.* », *op. cit.*

⁹ cf. « *Le chômage de longue durée* », rapport du *Conseil d'orientation pour l'emploi*, décembre 2011, p. 27.

doute pour ces raisons que la surmortalité des chômeurs augmente lorsque l'on descend l'échelle des professions, les conséquences du chômage se révélant plus dramatiques dans les catégories défavorisées¹⁰.

¹⁰ Cf. G. Desplanques, *op. cit.*

VI - Travail & santé : *essai de synthèse*

Afin de bien mesurer l'impact que le travail, pratiqué sous certaines formes, peut avoir sur la santé des individus, il nous a semblé nécessaire de nous livrer à une étude en profondeur des conditions de travail en France. Etayées et nourries, pour l'essentiel, des investigations de la DARES, nos analyses révèlent une importante hétérogénéité des situations de travail. Face aux pénibilités, aux contraintes, ou face aux dispositifs d'encadrement, aux risques, ou encore face au manque de sens et d'intérêt du travail, les différentes catégories sociales ne sont pas sur un pied d'égalité. Les contraintes, en effet, s'amplifient à mesure que l'on descend dans la hiérarchie socioprofessionnelle, dans les secteurs où les salariés sont généralement peu qualifiés, ce qui tend à desservir leur employabilité et à limiter leurs possibilités d'action sur leur destinée professionnelle, sur leur choix de métier, mais également sur leurs perspectives d'avenir.

Les variations sociales des conditions de travail, que l'on a pu mettre en évidence, nous indiquent clairement que le mot « *travailler* », si couramment employé, renferme pourtant des acceptions bien différentes. En tant qu'activité spécifique de l'homme, le travail peut, par les vertus émancipatrices qui sont les siennes, libérer l'homme, lui permettre d'exprimer ses potentialités et d'éprouver du plaisir à exécuter une tâche qui, menée à bien, pourra lui

renvoyer un sentiment d'utilité sociale. Dans cette perspective, on peut alors admettre que le travail devient un *opérateur de santé* (ce dont témoignent, a contrario, les problèmes de santé d'une majorité de chômeurs...). Cependant, si le travail – être actif - participe indéniablement à la construction de la santé des individus, par l'équilibre, la stabilité, la reconnaissance et la sécurité (notamment financière) qu'il peut leur offrir¹, nous avons aussi vu à quel point certains métiers peuvent porter préjudice à la santé des travailleurs. Par les conditions dans lesquelles il s'exerce, par les risques qu'il engendre, par les modes spécifiques d'aliénation qu'il génère ou encore par l'instabilité professionnelle, l'insécurité financière (revenus modestes, précaires) qu'il peut produire, le travail conserve encore aujourd'hui une propension à ruiner la santé des individus. Nous sommes donc face à deux visions diamétralement opposées du travail : l'une qui reconnaît ce dernier comme participant à la construction de soi et pouvant faire apparaître, chez l'individu, la notion de satisfaction, et pas seulement de déplaisir ; l'autre qui voit dans le travail toute sa dimension contraignante et avilissante.

Si cette façon de présenter et de se représenter le travail mériterait d'être énoncée de façon un peu moins binaire (travail = plaisir/santé, ou travail = contraintes/ pathologies, risques...), il n'empêche que cette opposition conserve encore, dans notre société, toute sa validité.

Revenir à une définition simple du travail permet aussi de voir qu'historiquement, cette notion s'est construite dans l'opposition à tout principe de plaisir. Le mot, qui voit le jour au 11^{ème} siècle, tend d'abord à désigner celui qui *souffre*, qui est *tourmenté* (ou celui que l'on fait souffrir et que l'on tourmente : travail, exploitation, domination...)². Liberté et dignité allant à

¹ On peut aussi penser que le travail, par sa propension à intégrer les individus dans un collectif et dans un tissu de relations et d'échanges, renvoie aux individus un sentiment de « normalité », tandis que la situation de chômage, qui exclu et qui stigmatise ceux qui sont « hors normes », hors du monde qui travaille, fait naître chez l'individu un sentiment de différence et d'exclusion qui n'est certainement pas sans incidences sur la santé mentale. La définition de ce que pourrait être un bon état de santé, proposée G. Canguilhem (cité par M. Gollac et S. Volkoff, in *Les conditions de travail*, op. cit., p.36), est assez intéressante : *se sentir en bonne santé, c'est se sentir normal, voire plus que normal. Même si normalité, ici, ne veut pas dire mis au pas, servilité : au contraire, on peut, tout en étant normé et en participant à un système collectif de normes, être capable de suivre de nouvelles formes de vie, d'être acteur/créateur de sa vie*. Ces nouvelles formes de vie relèvent de choix – pouvoir de décision quant à sa propre existence - tandis que l'exclusion et l'isolement social provoqués par le chômage répondent rarement d'une volonté individuelle, mais sont plutôt des états subis, qui s'imposent aux individus. On pourrait même, pour aller plus loin, prétendre qu'être « libre » - avoir du pouvoir, des ressources pour agir - ne signifie pas refuser toute contrainte, rejeter tout système normatif ; être libre, selon nous, c'est être en mesure de décider quand on obéit, et quand on cesse d'obéir...

² Jusqu'à l'époque classique, la notion de travail exprime couramment les idées de tourment (vers 1140), de peine (v. 1130) et de fatigue. Il se dit spécialement des douleurs de l'enfantement dans la locution *travail d'enfant*, autrefois aussi *travail* et aujourd'hui dans quelques expressions en médecine comme *salle de travail* et *femme en travail*. Après avoir concerné des efforts, la peine prise à l'exercice d'un métier, le mot s'applique à cette activité en tant que source de revenus (comme *labor*, 2^{ème} moitié du 13^{ème} s.). Malgré la métonymie pour « résultat du travail » (1362), ce n'est guère qu'au 15^{ème} s. que le mot devient un synonyme neutre pour « activité

l'encontre du travail, synonyme de souffrance, les classes dominantes en sont « naturellement » exclues. Les riches, en effet, consacrent davantage d'efforts à l'art de la guerre et à ... l'oisiveté. Le labeur, qui définit la condition du pauvre, reste donc l'affaire des couches populaires (« Menu peuple », serfs, etc.).

Il faudra attendre la fin du 15^{ème} siècle pour que le travail prenne d'autres connotations.

En cette fin de Moyen-âge, il tend progressivement à désigner l'ensemble des activités humaines nécessaires à la production : on agit en commun pour produire un résultat. Mais c'est surtout au 16^{ème} siècle, à l'aube de la Renaissance, que le travail, qui ne se limite plus à des tâches laborieuses et éprouvantes, commence réellement à être perçu différemment. Dès lors, l'idée de transformation efficace et d'œuvre utile l'emporte sur celle de peine et de souffrance. Parce que les formes de travail évoluent et se diversifient, qu'elles quittent le seul domaine des activités pénibles physiquement - travail manuel -, le regard porté sur le travail se modifie également. Si, dans les milieux pauvres (serfs par exemple), travailler, en échange de la protection des seigneurs locaux, revêt toujours un caractère douloureux et contraint, dans certaines couches sociales (commerçants, artisans, bourgeoisie montante), on envisage davantage le travail comme un moyen de faire ouvrage.

C'est au 19^{ème} siècle que la notion de travail va prendre son sens actuel. On parle désormais d'*activité organisée à l'intérieur d'un groupe social et exercée de manière réglée*. L'emploi, la profession, ou encore le métier, sont les nouveaux qualificatifs que l'on associe aujourd'hui au mot travail, qui s'orienterait de plus en plus vers une activité productrice d'utilité sociale et collective.

L'évolution et la diversification des formes de travail, perceptibles, notamment, à travers l'évolution de la définition du mot « travail », témoignant d'un changement d'attitude des hommes vis-à-vis de ce dernier, ont tendance aujourd'hui à nous conforter dans une représentation idyllique de cette notion (nous serions passé du travail qui tourmente, qui fait souffrir, au travail qui libère et qui s'est affranchi de toutes pénibilités, contraintes et nocivités...). Parce qu'il est moins salissant, moins risqué, moins dégradant et qu'il répond moins à une stricte logique d'exploitation, il serait en tous points confortable ; et parce qu'il réclame, globalement, moins d'efforts physiques, il n'en réclamerait désormais quasiment plus. On ne saurait aussi, malgré les nouvelles formes d'organisation, le tenir responsable d'autres formes de souffrances (cf. santé mentale).

productive ». L'idée d'« activité quotidienne permettant de subsister », avec ses implications sociales, apparaît nettement en 1600. (cf. « *dictionnaire historique de la langue française* », A. Rey, *op. cit.*).

Nous répétons que si le travail peut participer à la construction de la santé (ou du moins ne pas y porter atteinte !), par les aspects positifs et bénéfiques que l'on peut lui trouver, il s'avère aussi que certaines formes de travail actuelles n'ont pas véritablement su s'affranchir de la définition première du mot. L'examen approfondi des conditions de travail des ouvriers, par exemple, nous rappelle combien le travail d'exécution (contraignant, risqué et aliénant) est synonyme de peine, de labeur et de souffrance.

Incidences sur la santé...

L'objectif de ce long chapitre étant avant tout d'évaluer et de comprendre, dans la mesure du possible, les effets du travail - avec ses diverses composantes - sur la santé des individus, il nous paraît alors nécessaire d'être un peu plus au clair avec cette notion de *santé*, et notamment celle de *santé au travail*.

Une définition globale de la notion présente cette dernière comme la manifestation ou l'expression du *bon état physiologique d'un être vivant, du fonctionnement régulier et harmonieux de son organisme pendant une période assez longue (indépendamment des anomalies ou des traumatismes qui n'affectent pas les fonctions vitales)*³. Bien qu'excluant les atteintes aux fonctions vitales, on voit que dans cette définition de la santé, la présence de la maladie est alors envisagée. Elle renvoie à une certaine « normalité », c'est-à-dire à un état d'équilibre, atteint ou à atteindre, où les altérations et les souffrances sont suffisamment compensées⁴. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), quant à elle, porte un regard différent sur la santé, qu'elle envisage comme « *une absence de maladie ou d'infirmité* » mais aussi, dans un sens plus large, comme « *un état de complet bien être physique, mental et social* »⁵.

³ Le nouveau Petit Robert de la langue française, 2009.

⁴ Définition proposée par C. Dejours (v. notamment, sur ce point, C. Dejours, « *Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ?* », Le Travail humain, n° 58 - 1). On peut aussi, avec l'aide de P. Davezies, proposer une acception élargie de la santé, sur laquelle nous reviendrons, avec trois composantes : *être en forme, se sentir libre, ce qui implique autant le sentiment d'avoir barre sur les choses que la connaissance et l'acceptation de ses propres limites ; enfin, percevoir la suite des événements comme une unité susceptible de faire sens et de constituer une histoire* (cf. P. Davezies, « De la récupération psychique », in « Repos et récupération », *Santé et Travail*, n°25, 1998).

⁵ Définition proposée dans le préambule à la Constitution de L'OMS adopté par la Conférence internationale sur la Santé à New-York, les 19-22 juin 1946.

Ces différentes façons de concevoir la santé, qui se complètent plus qu'elles ne s'opposent, montrent bien que cette notion est avant tout multidimensionnelle, car elle est essentiellement liée au bien être physique, mental/psychologique et social. De plus la santé ne se limite pas à l'absence de maladie. Il est évident qu'être malade fragilise la santé, cependant, si l'on considère le monde du travail, la peur, la gêne, l'inconfort, les douleurs, la fatigue, l'ennui, la dégradation progressive de l'aspect physique, l'émergence de petites déficiences, etc., méritent d'être considérés par les spécialistes des questions relatives à la santé au travail. C'est souvent ces « petits » troubles, d'ailleurs, qui, en augmentant le degré de *vulnérabilité*, préparent le terrain à des pathologies plus sérieuses (parce que négligés, peu pris en compte ?).

Les facteurs favorables à la construction de la santé sont également pris en compte dans la définition du comité mixte OIT/OMS de la santé au travail. Ce dernier mentionne que *« l'objectif de la santé au travail est de promouvoir et de maintenir le plus haut degré de bien être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions ; prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de travail ; les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé ; placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques ; en somme adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche »*⁶.

Il est évident qu'en prenant pour base cette définition, on ne peut être qu'interpellé et même frappé par l'écart qui existe entre un idéal de *santé au travail* fixé par certaines instances et la réalité qui ressort du terrain, la réalité de ce que sont, pour certains salariés, les conditions de travail – et ce qu'elles engendrent au long de la vie active...

En fonction des éléments dont nous disposons, il apparaît, en effet, que certaines formes de travail ne répondent que partiellement, voire pas du tout, à ces exigences, qui nous renvoient à une vision multidimensionnelle ou multiforme de la santé, que l'on se doit de considérer de manière « totale », complète et globale.

Bien que l'analyse des conditions de travail nous a parfois conduit à opérer une séparation entre pénibilités physiques et charge mentale, séparation qui résulte avant tout du maintien d'une division du travail entre manuels et intellectuels (entre agents d'exécution et agents de conception, qui par leurs fonctions respectives, ne se retrouvent pas confrontés aux mêmes

⁶ Conclusions et recommandations du Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail. Genève, 5-7 Avril 1995.

types de contraintes), il semble très réducteur de se limiter à la santé physique, ou même à la santé mentale, pour penser les problèmes de santé au travail et pour saisir au mieux toute les incidences que celui-ci peut avoir sur l'existence des individus. On ne saurait donc, à ce titre, opérer un découpage entre santé physique d'une part et santé psychique et sociale d'autre part, tant ces composantes sont intimement liées. C'est donc plus en termes d'organisme qu'il faut raisonner...

Lors de notre développement, nous avons souvent pointé les contraintes physiques qui pèsent sur le travail ouvrier et sur les travailleurs manuels en général (employés de commerce, notamment), sans faire réellement état des troubles psychologiques ou des problèmes de santé mentale, découlant du travail, que l'on peut rencontrer chez ces catégories de travailleurs. Nous avons également souligné que les contraintes psychologiques avaient, à priori, plus de chances de s'installer dans les secteurs d'activités où les fonctions répondent davantage d'un travail « *intellectuel* » que d'un travail « *manuel* ». Cependant nous nous sommes arrêtés à ce constat, sans aller au-delà, sans interroger davantage la représentation commune ou courante - voire dominante - qui a tendance à réduire la question de la charge mentale et des risques psychosociaux à un problème de cadres ou de membre des professions intermédiaires, c'est-à-dire à une problématique ou à une souffrance caractéristique des professions « supérieures » et qui seraient, selon ce type de raisonnement, totalement démunies face à ces contraintes.

La question des pénibilités psychologiques et de la charge mentale induites par le travail mérite donc d'être repensée, afin d'identifier *clairement* les secteurs où ces contraintes sévissent réellement, c'est-à-dire - mais surtout - là où leurs effets délétères sur la santé se font le plus sentir, là où les salariés disposent de peu de ressources, dans le cadre de leur travail, pour se prémunir de ces risques. Voyons où nous voulons en venir.

Intensification du travail et répercussions sur la santé mentale

On sait que depuis les années 1980, les contraintes de rythme de travail, principalement dues aux réformes organisationnelles, aux innovations technologiques, ainsi qu'aux nouvelles pratiques managériales, se sont renforcées. En plus des atteintes à la santé physique, constatées chez les travailleurs manuels (ouvriers, employés de commerce notamment),

l'intensification du travail peut aussi être à l'origine de troubles majeurs du point de vue de la santé psychique. Avec la crise du travail et l'accentuation considérable de la pression sur les salariés, accentuée par la pression des clients et une concurrence généralisée – compétitivité-, la souffrance psychique au travail a émergé comme un problème de premier plan, pas seulement en France, mais dans l'ensemble du monde occidental. En 1990, Robert Karasek, un des auteurs qui ont marqué la réflexion sur le *stress professionnel*, affirmait que plus d'un tiers des problèmes de santé mentale pouvait être attribué au milieu du travail. Indéniablement, l'intensification retentit sur les conditions de travail et une de ses conséquences directe est le *stress*. Une forte pression temporelle constitue pour l'organisme une agression, c'est pourquoi l'urgence rend difficile, voire impossible, la construction de bonnes conditions de travail. Changer de posture, prendre une pause pour décompresser, se détendre, aménager et optimiser librement son espace, choisir et trouver l'outil ou le document adapté, s'organiser convenablement, prendre correctement ses informations, s'assurer des coopérations utiles au bon moment, anticiper sur des tâches à venir pour éviter les situations d'urgence ou pour s'y préparer : ces conduites, énumérées par Gollac et Volkoff⁷, et souvent indispensables à la préservation de la santé, sont rendues plus difficiles par l'intensification du travail.

Mais la pénibilité psychologique du travail est encore plus difficile à évaluer que sa pénibilité physique. De plus, nous allons voir que le lien entre intensité, conditions de travail et répercussions, plus ou moins importantes, sur la santé mentale, est souvent plus compliqué qu'il n'en a l'air : en fonction de la présence ou non de certains paramètres ayant trait aux conditions dans lesquelles le travail s'exerce, l'intensification peut voir ses effets délétères sur la santé atténués, ou au contraire, accentués. Expliquons-nous.

Bien que l'intensification du travail se soit progressivement immiscée dans l'ensemble des secteurs d'activités, il n'en demeure pas moins que sa dangerosité, pour les salariés, reste d'autant plus manifeste que l'activité est exercée dans certaines conditions. Voyons donc dans quelles mesures nous pouvons faire état d'une inégalité, entre certaines catégories de travailleurs, devant le caractère nocif de l'intensité du travail.

Pour tenter d'établir le lien entre intensification du travail et répercussions sur la santé mentale, on dispose de solides modèles théoriques qui ont notamment mis au jour le caractère multidimensionnel des conditions psychologiques de travail. Parmi les schémas disponibles,

⁷ M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 76.

celui de Karasek apparaît d'une grande pertinence (v. p. 242). Ce modèle repose sur l'hypothèse que les exigences du travail liées à l'intensification grandissante (quantité de travail à accomplir, complexité, exigences, pression, changements inopinés, forte demande, contrainte de temps, etc.) ne suffisent pas pour expliquer les effets nocifs du travail. Il faut, dans un premier temps, y adjoindre une seconde dimension qui correspond au degré d'*autonomie* : marges de manœuvre, liberté, possibilité de choisir les modes opératoires et capacité à peser sur les décisions⁸.

L'autonomie décisionnelle réfère, il est vrai, à cette capacité ou à cette faculté à prendre des décisions dans la conduite de son travail mais surtout à la possibilité d'être créatif et d'utiliser ses habiletés.

Ainsi, le concept d'autonomie comprend deux composantes qui sont liées puisqu'elles engagent toutes les deux la maîtrise du processus de travail⁹. L'une se situe sur le plan de l'autorité : avoir la liberté de décider comment réaliser sa tâche ou avoir de l'influence sur la façon dont les choses se passent au travail ; l'autre se situe plutôt au niveau de l'accomplissement de soi au travail : se réaliser, pouvoir s'approprier son destin professionnel et s'y projeter, être acteur de ses choix et de ses décisions quant à sa carrière, faire preuve de créativité, avoir un travail varié et intéressant, qui exige un certain niveau de qualification et qui permet d'apprendre des choses nouvelles, de développer ses habiletés personnelles. *Bref, être maître de son œuvre et éprouver un certain plaisir à la réaliser...*

D'autre part, si la nocivité d'un travail mené intensément se manifeste d'autant plus que le degré d'autonomie des salariés est faible, celle-ci sera encore plus accentuée si la qualité de la relation entre professionnels est incertaine, si l'entraide et la solidarité – horizontale ou verticale – font défaut. C'est pourquoi, au degré d'autonomie dont disposent les individus pour faire face à l'intensification, Karasek (avec T. Theorell) a ajouté une autre dimension. Il

⁸ En croisant ces deux dimensions, Karasek construit un graphique où les exigences du travail figurent en abscisse et l'autonomie en ordonnée. Une des deux diagonales du graphique correspond aux possibilités de développement offertes par le travail : elle oppose la situation marquée par la passivité (faibles exigences et faible autonomie) à la situation active (fortes exigences et forte autonomie). Karasek montre que les travailleurs en situation active ont des loisirs plus actifs et plus variés et participent davantage à la vie de la cité. Le passage d'une situation professionnelle de passivité à une situation d'activité entraîne un enrichissement de leur vie personnelle et civique. La position sur la première diagonale aurait, pourquoi pas, des répercussions sur la capacité des gens à contribuer au fonctionnement de la démocratie.

La deuxième diagonale oppose les situations à faible tension psychique (faibles exigences et forte autonomie) et celles à forte tension psychique (fortes exigences et faible autonomie) : le passage des unes aux autres implique une sous utilisation des compétences et un degré de stress croissant. Il s'accompagne d'un accroissement des maladies mentales, cardio-vasculaires et ostéo-articulaires. Cf. R. Karasek, T. Theorell, *Healthy Work : stress, productivity, and the reconstruction of the working life*, Basic Books.

⁹ Cf. rapport : « *intensification du travail et répercussions sur la santé mentale* » : arguments épidémiologiques apportés par l'enquête ESTV, F. Derriennic, M. Vezina, INSERM U 88 Saint Maurice – France ; Université Laval – Québec.

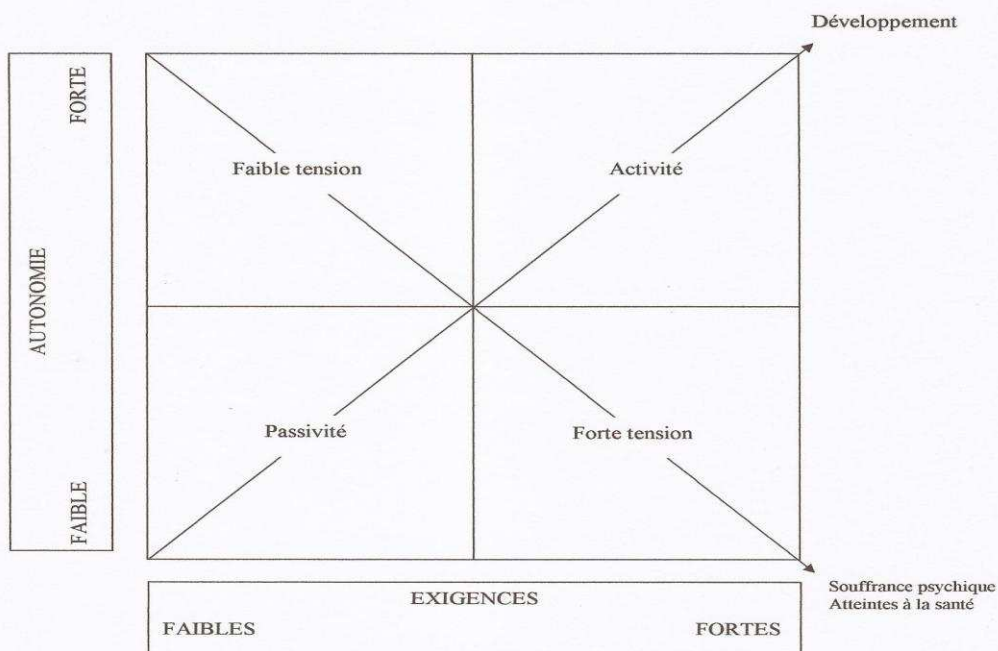
s'agit du *soutien social* sur lequel le salarié peut compter au travail : soutien instrumental ou technique et soutien émotionnel¹⁰. Il est plausible, en effet, que subir les contraintes liées à l'intensification reste plus difficile et occasionne davantage de souffrances lorsque l'on doit y faire face de manière isolée que lorsque l'on a la possibilité de les affronter collectivement, en bénéficiant d'un large soutien des collègues ou des supérieurs hiérarchiques. Au travail comme ailleurs, l'union fait la force...

Le caractère nocif de l'intensification du travail, la souffrance et les pathologies qu'elle peut engendrer, ne résulte pas d'un seul élément du travail (pression, délais, temps, autonomie, soutien, reconnaissance, sens, etc.) mais bien des relations entre ces éléments. C'est donc de manière *dynamique* et *relationnelle* qu'il faut envisager la question des effets nuisibles (ou à l'inverse positifs) du travail, et en particulier du travail intensif. Pour preuve, certaines enquêtes indiquent très clairement qu'une situation de travail qui se caractérise par une faible autonomie s'accompagne tant chez les hommes que chez les femmes d'un risque accru d'isolement social¹¹. Lorsque l'activité est régie par la seule loi du travail intensif et qu'elle prive, de surcroît, les salariés d'un minimum d'autonomie, de marges de manœuvre, d'entraide et de latitude décisionnelle, elle favorise l'émergence, chez eux, de certains troubles et de certaines pathologies.

¹⁰ Cf. R. Karasek, T. Theorell, *op. cit.*

¹¹ Enquête ESTEV, *op. cit.*

LES SITUATIONS DE TRAVAIL ET LEURS EFFETS DANS LE MODELE DE KARASEK



D'après R. Karasek et T. Theorell, *Healthy Work : stress, productivity, and the reconstruction of the working life*, Basic Books, 1990.

Troubles & pathologies associées ¹²

L'intensité accrue du travail, combinée à une autonomie décisionnelle faible et à un soutien du collectif limité, augmente considérablement le risque de développer un problème de santé physique ou mental.

Sitôt qu'elle est subie dans les formes particulières que nous énonçons, l'intensification s'accompagne rapidement, chez les salariés, d'un accroissement des maladies cardiovasculaires et ostéo-articulaires ; plus récemment, le lien entre les composantes psychosociales du modèle « *intensification-autonomie au travail* » de Karasek et les problèmes musculo-squelettiques a aussi été démontré. Par ailleurs, il a également été établi qu'une autonomie réduite pouvait augmenter le risque d'accident du travail¹³.

¹² Cf. *enquête ESTEV, op. cit.* ; v. aussi « *stress : mécanismes et conséquences sur la santé* », dossier INRS (15/12/2010).

¹³ Cf. dossier « *Accidents, accidentés et organisation du travail* », *op. cit.*

Du point de vue de la souffrance psychique et des atteintes à la santé, la *tension au travail*, telle qu'elle est définie par ce modèle, a également été associée à des problèmes comme la dépression, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la consommation accrue de médicaments à visée psycho active.

Mais qu'elles relèvent de problèmes de santé physique ou de santé mentale, il ne faut pas perdre de vue que ces diverses pathologies sont avant tout la conséquence d'un niveau de stress élevé, résultant lui-même de conditions de travail intenses qui s'exécutent sans marges de manœuvres, sans latitude décisionnelle et sans appui du collectif.

*Mécanismes et conséquences sur la santé du stress*¹⁴

Le terme de « stress » a été introduit pour la première fois par Hans Selye (1907 – 1982), médecin endocrinologue autrichien. Selon lui, le stress est d'abord une « réponse non spécifique de l'organisme face à une demande ». Il est à l'origine du concept de « syndrome général d'adaptation », qui décrit les trois réactions successives de l'organisme face à une situation stressante : *alarme, résistance, épuisement*. (v. Encadré)

Encadré

- **Réaction d'alarme** : dès la confrontation à une situation évaluée comme stressante, des hormones sont libérées par l'organisme via une glande située au-dessus des reins, la glande médullosurrénale : ce sont les catécholamines. Ces hormones ont pour effet d'augmenter la fréquence cardiaque, la tension artérielle, les niveaux de vigilance, la température corporelle et de provoquer une vasodilatation des vaisseaux et des muscles. Toutes ces modifications ont pour but d'amener l'oxygène aux muscles et au cœur et de préparer l'organisme à réagir.
- **Résistance** : suite à l'alarme, un second axe neurohormonal est activé, préparant l'organisme aux dépenses énergétiques que nécessitera la réponse au stress. De nouvelles hormones, les glucocorticoïdes, sont secrétées : elles augmentent le taux de sucre dans le sang pour apporter l'énergie nécessaire aux muscles, au cœur et au cerveau. Ces hormones ont la particularité de pouvoir freiner leur propre sécrétion par rétroaction : la quantité d'hormones libérées dans le sang est détectée par des récepteurs du système nerveux central qui la régulent.
- **Épuisement** : si la situation stressante se prolonge ou s'intensifie, les capacités de l'organisme peuvent être débordées : c'est l'état de stress chronique. Pour faire face à la situation, l'organisme produit toujours plus d'hormones. Le système de régulation évoqué précédemment devient inefficace, les récepteurs du système nerveux central deviennent moins sensibles aux glucocorticoïdes, dont le taux augmente constamment dans le sang. L'organisme, submergé d'hormones, est en permanence activé. Il s'épuise.

¹⁴ Cf. « *stress : mécanismes et conséquences sur la santé* », *op. cit.* ; Les effets du stress sur l'organisme sont aussi beaucoup développés par F. Villemain, in *Stress et immunologie*, P.U.F., 1989.

Il n'est pas rare que les termes de « *bon* » et « *mauvais* » stress soient employés pour évoquer le stress au travail. Le premier permettrait une grande implication au travail et une forte motivation alors que le second rendrait malade. Or, aux yeux de la science, il n'y a ni « bon » ni « mauvais » stress, mais simplement un phénomène d'adaptation du corps rendu nécessaire par l'environnement. Il importe de distinguer, en revanche, l'état de stress aigu de l'état de stress chronique, qui produisent des effets différents sur la santé.

L'état de *stress aigu* correspond aux réactions de notre organisme lorsque nous sommes devant une menace ou un enjeu ponctuel (prise de parole en public, remise urgente d'un rapport, un changement de poste travail choisi, etc.). Quand cette situation de stress prend fin, les symptômes de stress disparaissent généralement peu de temps après.

Quant à l'état de *stress chronique*, il se présente comme une réponse de notre corps à une situation de stress qui elle, s'inscrit dans la durée : c'est le cas quand, tous les jours au travail, nous avons le sentiment que ce qui nous est demandé dans le cadre professionnel excède nos capacités (et que les marges de manœuvre pour le faire sont réduites). Ce type de situation de stress chronique est toujours délétère pour la santé.

Les mécanismes physiologiques mis en jeu pour faire face à une situation de stress peuvent rapidement être néfastes pour l'organisme, surtout s'il elle s'inscrit dans la durée. En quelques semaines, des symptômes physiques, émotionnels, intellectuels et comportementaux peuvent apparaître¹⁵.

Si la situation stressante se prolonge dans le temps et si elle est très intense, les différents symptômes s'aggravent et se prolongent, entraînant de réelles pathologies, des altérations de la santé qui peuvent dans certains cas devenir irréversibles (l'état de stress chronique peut se traduire au fur et à mesure par un *syndrome « métabolique »*, association de différents symptômes tels que l'obésité abdominale, la résistance à l'insuline, qui peut évoluer vers un diabète, l'hypertension artérielle et des perturbation du métabolisme des lipides – cholestérol, triglycérides). D'autre part, les relations entre facteurs professionnels de stress et risque

¹⁵Principaux symptômes dus à un état de stress chronique :

- Symptômes physiques : douleurs (coliques, maux de tête, douleurs musculaires, articulaires, etc.), troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, sueurs inhabituelles...
- Symptômes émotionnels : sensibilité et nervosité accrues, crises de larmes ou de nerfs, angoisse, excitation, tristesse...
- Symptômes intellectuels : difficultés de concentration, erreurs, oublis, difficultés à prendre des initiatives...
- Symptômes comportementaux : modification des conduites alimentaires, comportements violents et agressifs, isolement social (repli sur soi, difficultés à coopérer), consommation de produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques).

d'accident cardio-vasculaire ont été sérieusement étudiées : on a pu démontrer un risque accru de maladies coronariennes et de décès par maladies cardio-vasculaires chez des personnes exerçant une activité professionnelle intense sans grande marge de manœuvre. Les accidents vasculaires cérébraux sont également plus fréquents lors de situation stressante au travail.

La dépression et l'anxiété ont été aussi mises en relation avec des situations de stress professionnel : une forte demande, associée à une faible autonomie (faible latitude décisionnelle) et à un manque de soutien social au travail, peuvent conduire à des troubles dépressifs. Les problèmes d'anxiété sont également plus fréquemment observés en cas de situations stressantes qui perdurent. Le suicide « professionnel », par exemple, aboutissement tragique d'une situation désespérée, que l'on ne maîtrise plus, peut être la conséquence d'un grave état de dépression...

Bien que des études complémentaires soient nécessaires, les états de stress de longue durée induiraient aussi d'autres problèmes de santé comme la diminution de la résistance aux infections, les maladies immuno-allergiques, les colites fonctionnelles, les désordres hormonaux ou certaines pathologies de la grossesse (prématurité).

L'intensification du travail (qui constitue une agression, une menace pour l'organisme...), associée à une autonomie réduite et à des possibilités de coopérer limitées, peut donc être considérée comme un important facteur professionnel de stress. Premier des risques psychosociaux et produit du travail intensif, le stress chronique, aux vues des pathologies physiques et mentales qu'il génère, demeure particulièrement nocif pour les travailleurs qui sont contraints d'exercer leurs tâches dans les conditions particulières que nous venons d'énoncer.

D'après les éléments dont nous disposons, nous sommes à présent en mesure de dire que les catégories de salariés qui restent le plus exposés aux effets pathogènes du travail intensif – et donc du stress qu'il provoque : pathologies physiques et psychologiques associées – sont, en premier lieu, les agents d'exécution, les salariés subalternes : *ouvriers* et *employés*.

Nous savons désormais combien le travail des salariés peu qualifiés est soumis à une stricte logique d'encadrement, à des dispositifs et à des types d'organisation qui laissent peu de place à l'autonomie décisionnelle, aux marges de manœuvre, aux possibilités de coopérer¹⁶ ou d'être soutenu, reconnu. Ils subissent donc de plein fouet les conséquences nocives de l'intensification, car leur travail, tel qu'il leur est imposé, ne leur garantit pas l'espace de

¹⁶ V. « *jalousies et concurrence au travail* », in S. Beaud, M. Pialoux, *op. cit.*

liberté nécessaire pour contrebalancer, compenser, ou mieux supporter ces exigences portant sur le rythme de travail.

Dans cette perspective, on peut dire que les problèmes de santé mentale liés au travail, la souffrance psychique, dont les conséquences sont aussi « physiques » (équilibre biologique), demeurent avant tout un problème de salariés du bas de l'échelle sociale, un problème de salariés enfermés, cadenassés dans un rôle de subalterne. Contrairement à une idée reçue, la dépression, dont l'origine peut se trouver dans les facteurs professionnels de stress que nous venons d'énoncer, n'est pas une affection de cadres surmenés : elle touche davantage les ouvriers et les employés.¹⁷ Ce constat n'exclut pas, bien entendu, le fait que certains membres des professions « supérieures » ou « moyennes-supérieures » puissent ressentir un certain *mal-être* au travail – une souffrance - et être ainsi lourdement frappés par des pathologies liées au stress professionnel. Mais dans l'ensemble, les conditions de travail dont ils bénéficient, caractérisées par un certain degré d'autonomie, un relatif pouvoir décisionnel, ainsi que les ressources liées à leur condition et à leur statut, constituent un moyen efficace de lutte – d'action - contre les effets nocifs du travail intensif (stress chronique notamment).

La qualité du travail est un facteur important à prendre en compte pour mieux comprendre comment se construisent les inégalités sociales face à la maladie et la mort. D'autant que les conditions de travail, on l'a vu, varient grandement selon les métiers exercés.

Toutefois, on ne saurait imputer à la seule qualité de l'environnement professionnel les différences sociales de mortalité. Celles-ci peuvent s'expliquer aussi, nous allons le voir, par d'autres facteurs, comme les pratiques et les modes de vie propres aux individus et aux groupes sociaux.

¹⁷ Cf. CREDES, données 1996-1997, in « *l'état des inégalités en France* », 2007 ; v. « taux de dépression selon la catégorie sociale » (tableau p. 231).
v. également dossier : « *Davantage de troubles dépressifs chez les ouvriers et employés* », C. Cohidon (INVS), in *Santé & Travail* n° 060 – octobre 2007.