

RELATIONS ENTRE LA PRÉCARISATION DU TRAVAIL ET LA SANTÉ

UN BILAN PROVISOIRE D'UNE ANNÉE DE TRAVAIL

Le groupe épidémiologie du réseau Paroles a été constitué sur la base d'un triple objectif :

1) faire connaître les travaux épidémiologiques portant sur les relations entre la précarisation du travail et la santé.

2) aider à entreprendre des études en proposant un lieu permettant de présenter et de discuter des hypothèses et/ou des méthodes pour des projets de recherche.

3) élaborer des éléments de réflexion stratégique dans le champ de la recherche épidémiologique sur la santé au travail dans le cadre de la précarisation du travail.

Quatre réunions rassemblant à chaque fois une dizaine de personnes ont déjà eu lieu. Le but de cet article est de proposer une lecture de ce qui a été examiné dans le cadre du premier objectif ci-dessus rappelé.

En préambule il est nécessaire de revenir sur les raisons d'un tel objectif qui a une double racine. D'une part celle des témoignages rassemblés dans le livre Souffrances et précarités au travail (1) : des histoires individuelles, des cas, où plus que l'état du moment par rapport au travail, ce qui est raconté c'est d'un côté le parcours des sujets entrant dans une spirale d'infortunes professionnelles que rien ne semble arrêter, infortunes qui ont des noms : chômage, intérim, humiliation sur les lieux de travail, horaires décalés, charges de travail... de l'autre, une accumulation de problèmes de santé et une importante détresse.

Cette vision du réel, collection de cas, correspond-elle, malgré leur nombre, leur diversité et les liens qui paraissent les parcourir dans le sens d'une étroite association entre la précarisation du travail et la précarisation de la santé, à un corpus bien établi de connaissances, qu'elles soient de nature statistique et descriptive ou mieux encore de nature analytique sur les rapports entre le travail et la santé ? Au fond que sait-on au juste aujourd'hui du rôle de ce qui relève de l'organisation du travail et de ce qui relève de la place du salarié dans le processus de production sur sa santé physique et psychique ?

C'est ce qui avait été exploré lors des 23^{èmes} Journées de la médecine du travail qui s'étaient tenues à Besançon en Juin 1994 et qui constitue aujourd'hui la deuxième racine de ce qui est poursuivi par le groupe épidémiologie (2). Plusieurs sources de précarisation du travail avaient été distinguées :

- avoir ou ne pas avoir un emploi, le chômage
- le statut de l'emploi : contrat à durée déterminé, stages (reconversion, insertion, formation...), saisonnier...
- le statut du salarié sur son lieu de travail : sous-traitance, intérim, prêt de main d'œuvre, extra...
- les conditions de travail : horaires, cadences, contraintes physiques, expositions professionnelles, marges de manœuvre dans la réalisation des tâches...

Quels sont alors les troubles de la santé qui paraissent associés à chacune de ces sources de précarisation du travail ? Quel degré de certitude scientifique dispose-t-on, c'est-à-dire quels sont les facteurs de risque identifiés et de quelle nature ? La littérature scientifique est malheureusement pauvre, souvent incertaine (petits échantillons, biais de mesures), protocoles insuffisants, pour avoir des certitudes. Les descripteurs de la santé, surtout mentale, sont variables d'une étude à l'autre.

Néanmoins trois pôles de résultats paraissent se retrouver : chômage et dégradation de la santé mentale, notamment des états dépressifs, mais aussi mortalité plus élevée ; travail en intérim et accidentabilité accrue, notamment dans les âges jeunes ; enfin, mais c'est un résultat global, la persistance d'une mortalité différentielle en défaveur des manœuvres, des ouvriers par rapport aux cadres et professions libérales. Encore que chacun de ces pôles est questionnable et questionné : quels sont par exemple les facteurs non professionnels associés au chômage et qui pourraient être susceptibles également de déterminer la santé ? On peut même arguer que les études disponibles entraînent encore plus de doute, au point que la légitimité même du questionnement est en cause : n'est-ce pas vouloir faire l'impasse sur les facteurs individuels, sur l'histoire médicale des sujets (antécédents notamment), sur les modes de vie, sur les facteurs environnementaux ?

C'est pourquoi il a semblé urgent et indispensable de plonger dans la bibliographie et d'extraire quelques exemples donnant corps à une réflexion structurée, susceptibles de fournir des points d'appui pour légitimer le questionnement et suffisamment clairs du point de vue méthodologique pour donner un sens au lien entre la précarisation du travail et la santé.

On se propose de présenter maintenant les quatre études que nous avons examinées et qui nous ont semblé pouvoir faire partie de ces points d'appui. Le lecteur est invité à se reporter aux publications originales pour plus de détails puisque nous nous limitons ici à des indications sur la nature des protocoles utilisés et sur la portée des résultats.

1. Article : **Loss of employment and mortality.** J.K. Morris, D.G. Cook; A.G. Shaper (3).

Le dilemme classique est le suivant. La surmortalité (générale) des sujets au chômage ou ayant perdu leur emploi peut-elle s'expliquer par cet événement apparu dans leur parcours professionnel ou ne s'agit-il que d'un artefact, la surmortalité s'expliquant par une dégradation particulière ou générale de la santé antérieure à la perte d'emploi. En d'autre terme ce serait la santé qui serait susceptible d'expliquer le chômage et par voie de conséquence ultérieurement l'excès de mortalité et non l'inverse : le chômage facteur de risque de la santé et de la mortalité.

Il est clair qu'une mise en correspondance brute entre emploi-non emploi ou perte d'emploi avec la mortalité ultérieure permet de constater une éventuelle liaison statistique sans en induire le sens.

C'est pourquoi une étude prospective de cohorte a été menée en Angleterre au cours d'une période de 10 ans sur un échantillon représentatif de 6 191 hommes âgés de 40 à 59 ans en bonne santé et au travail d'une façon continue depuis au moins cinq ans au moment de la première enquête entre 1978 et 1980. Ensuite il y a eu une période d'attente de cinq ans jusqu'en 1983-1985 à l'issue de laquelle un questionnaire postal a permis de savoir ce qui s'était passé du point de vue de l'emploi depuis la première enquête : travail sans interruption, départ à la retraite, périodes de chô-

mage, perte d'emploi. Enfin on a enregistré la mortalité durant les cinq années suivantes (c'est à dire entre 1988 et 1990 selon la date de la fin de la phase précédente).

En définitive il a été observé un risque de décès deux fois plus élevé dans la période finale parmi ceux qui avaient dû interrompre leur travail avant la fin de la deuxième phase du protocole par rapport à ceux qui avaient continuellement travaillé. Le risque était plus élevé chez ceux qui s'étaient arrêtés de travailler (retraite ou non) pour raison de santé. Mais même chez les autres pour lesquels la cessation d'emploi n'avait pas été motivée par un problème de santé, après ajustement sur l'âge, la catégorie socio-professionnelle, les habitudes tabagiques, la consommation de boissons alcoolisées et la corpulence, il y avait un excès significatif de mortalité par rapport à ceux ayant continuellement travaillé.

En définitive cette étude suggère un effet causal possible de la perte d'emploi sur la mortalité sans spécificité apparente par rapport aux causes de décès (tumeurs, maladies cardio-vasculaires par exemple). En d'autres termes l'apparition d'un état de précarité totale par rapport au travail (période de chômage, perte d'emploi) peut être un facteur de risque de la mortalité indépendamment de la santé des salariés.

2. Article : **Unemployment and mental well-being : elaboration of the relationship.** (E. Lahelma) (4).

Dans la recherche des arguments susceptibles d'appuyer la causalité, les études d'impact des interventions ont un poids important. L'idée simple est de voir si l'introduction d'une modification sur un facteur donné est associée significativement à une amélioration du critère de santé.

Cette idée a été reprise par E. Lahelma concernant le lien entre le bien être mental et le non emploi (bien que les deux termes de la relation puisse être décrits de façon différente d'une étude à l'autre, dans la plupart d'entre elles cette relation est retrouvée).

E. Lahelma a entrepris l'étude prospective sur un an d'une cohorte de 703 sujets, hommes et femmes représentatifs des inscrits à l'agence pour l'emploi finlandaise au début de l'année 1983. Un premier questionnaire postal à cette date avait permis d'estimer le bien être mental à partir du Général Health Questionnaire à 12 items (GHQ 12).

Au bout d'un an, un deuxième questionnaire postal permettait de savoir si les sujets étaient encore sans emploi, ou s'ils avaient retrouvé un emploi et une deuxième estimation de leur bien être avec le même instrument permettait ensuite d'examiner son évolution en fonction du changement de statut par rapport à l'emploi.

Les résultats obtenus ont montré que le retour à l'emploi était associé significativement à une amélioration du bien être mental. Cette relation, forte, résistait à un ajustement sur l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau des ressources, la santé physique évaluée au début de l'enquête, la classe sociale et la durée de non emploi.

En d'autres termes retrouver un emploi est apparu dans cette étude comme le prédicteur le plus fort de l'amélioration du bien être mental. Ceux continuellement sans emploi conservaient pratiquement le même niveau de bien être mental. Une analyse détaillée montrait une interaction entre "non emploi/emploi" et le sexe en ce sens que le retour à l'emploi présentait un effet encore plus fort sur l'amélioration du bien être mental chez les hommes.

En définitive cette étude montre que le retour à l'emploi (action) peut être une cause de l'amélioration de la santé mentale. Naturellement on peut se poser la question des effets à plus long terme. De même cette étude n'examine pas les cas intermédiaires entre "emploi/non emploi" au travers du type d'emploi retrouvé (CDD, CDI, travail en intérim...).

3. Article : Unemployment and mental well being : a factory closure study in Finland.

(H. Viinamäki et al) (5).

Les discussions portant sur les relations entre le non emploi et le bien être mental au travers des associations statistiques mises en évidence dans les études épidémiologiques se heurtent au même type d'obstacles que ceux dont-il a été question à propos des relations entre le chômage et la mortalité. Quel est le véritable antécédent : le non emploi ou un état mental dégradé préexistant à la période de non emploi, ou toute sorte de caractéristique individuelle, (psychologique, type de personnalité, ...) pouvant jouer un rôle sur le bien être mental ? Dans un schéma explicatif on ne peut évidemment pas exclure à priori ces caractéristiques comme facteurs de risque du chômage. En fait dans ce raisonnement on retient surtout l'idée que les pertes d'emploi ne se répartissent pas au hasard des effectifs salariés. Aussi il est intéressant d'imaginer des situations où, à coup sûr, la perte d'emploi est indépendante totalement des salariés. C'est le cas lorsque survient la fermeture totale d'une usine. L'événement "perte d'emploi" ne peut pas être relié à des caractéristiques individuelles, de sorte qu'une comparaison "avant-après" par rapport à la perte d'emploi s'apparente à l'étude de l'impact d'un événement aléatoire pour les sujets. Mais en général on ne dispose pas d'évaluation "avant" de la santé, surtout mentale.

Les auteurs de cet étude ont entrepris une comparaison entre un groupe de salariés mis au chômage après fermeture d'une usine finlandaise de fabrication d'objets en bois et un groupe de salariés d'une entreprise de même nature qui n'avait pas fermé ses portes. Les deux entreprises avaient des compositions socio-démographiques de leurs salariés comparables.

L'étude a porté sur le bien être mental évalué comme précédemment à partir du GHQ 12 mais aussi sur un indicateur de réactions psychosomatiques et un indicateur de dépression. La première usine avait fermé ses portes en 1991

et employait 211 salariés, la seconde employait 305 salariés. L'étude, par questionnaire postal, a été réalisée un an après la fermeture de la première entreprise pour laisser passer le temps du premier choc et ne portait que sur les sujets toujours hors travail au bout d'un an.

L'étude a montré, chez les hommes uniquement, que les indicateurs de santé mentale étaient davantage dégradés chez les salariés de l'usine ayant fermé que chez les salariés continuellement employés. Ces résultats ne semblaient pas pouvoir être remis en question en tenant compte des ressources financières, du niveau scolaire, du statut matrimonial et du support social. Toutefois, contrairement aux résultats habituels, la santé mentale chez les hommes mariés était apparue plus dégradée chez ceux qui avaient perdu leur travail par rapport à leurs homologues qui avaient conservé leur travail qu'entre les hommes célibataires des deux groupes. Les auteurs ont pensé que des sentiments d'infériorité plus prononcés chez les sujets mariés, qui pourtant étaient susceptibles de bénéficier d'un support social plus élevé, pouvaient expliquer ce résultat.

L'étude aurait beaucoup gagné si elle avait pu être menée sur des données longitudinales en comparant les évolutions sur un an entre les deux entreprises à partir de la date de fermeture de l'une d'elle. Il est difficile de dire si c'est la fermeture de l'usine qui est la "cause" d'un plus mauvais état de bien être mental ou si c'est, au bout d'un an, la persistance du chômage. Mais comme les deux groupes de sujets des deux usines étaient semblables du point de vue socio-démographique et que l'événement "fermeture de l'usine" était indépendant des caractéristiques individuelles, l'état de santé mentale plus altéré chez ceux sans emploi un an après la fermeture de leur usine peut être attribué sinon à la fermeture de l'usine du moins à la perte d'emploi prolongée.

4. Article : Jobs demands, jobs decision latitude, jobs support, and social network factors as predictors of mortality in a Swedish pulp and paper company. (N.E. Astrand, B.H. Hanson, S.O. Isacson) (6).

Les trois études précédentes concernaient la précarisation "extrême" du travail : la perte d'emploi, ce qui ne souffre guère de contestation par rapport au concept de précarisation. Mais nous avons signalé que le champ de la précarisation nous semblait plus vaste et qu'il fallait y inclure les conditions de travail.

De prime abord ceci peut être contesté en disant que les conditions de travail ont bien à voir avec la santé mais dans le seul champ de l'hygiène industrielle, en se référant à des interprétations toxicologiques (expositions à des produits chimiques...), bio-physiques (bruit, audition...), bio-mécaniques et ergonomiques (charges lourdes et pathologie lombaire...).

Mais on peut penser que les conditions de travail ne se résument pas aux descripteurs physiques du poste de travail et aux expositions professionnelles de type environnemental.

L'organisation du travail, le vécu des salariés par rapport à cette organisation peuvent constituer également des facteurs de risque de la santé. C'est ce qui a été examiné dans l'étude indiquée en titre et dont nous faisons l'hypothèse que cela entre en jeu dans des mécanismes de précarisation du travail. Mais est-ce que ces facteurs sont bien reliés à la santé ?

Dans l'étude examinée, les auteurs ont suivi pendant 22 ans un groupe de 391 salariés masculins d'une usine de pâte à papier suédoise. Sur la base des données initiales en 1961, plusieurs indicateurs portant sur le support social (relation avec les collègues et les supérieurs) et sur le degré de latitude dans le travail (ce qui concoure aux marges de manœuvre), il a été mis en évidence des relations statistiquement significatives avec la mortalité générale. Les résultats ont été ajustés par rapport à une série de paramètres comme l'âge, la tension artérielle, les habitudes tabagiques,

le degré de corpulence, le niveau scolaire, la pénibilité physique du travail. Finalement les résultats suggèrent que la perception de faibles marges de manœuvre dans le travail et

Conclusion

Ces quatre études épidémiologiques n'épuisent évidemment pas le questionnement sur les liens entre la précarisation du travail et la santé. Leur mérite est de montrer un certain nombre de protocoles axés sur une hypothèse simple mais construits de sorte qu'une discussion soit possible sur la nature causale des liens statistiques mis en évidence. Or, au stade du développement actuel des recherches, c'est bien l'essentiel pour d'une part légitimer le fait même de poser les hypothèses soulevées et pour d'autre part soutenir dans le champ "travail-santé" l'urgence d'examiner des questions qui concernent un nombre croissant de salariés.

En 1995 il y avait plus de 3 200 000 chômeurs dans notre pays et plus de 2 000 000 personnes concernées par les différentes formules de stages (7).

Les enquêtes sur les conditions de travail démontrent la persistance de conditions de travail dures (pénibilité physique, horaires atypiques). L'enquête ESTEV réalisée sur plus de 20 000 salariés en 1990 en est un exemple qui, de plus, montre clairement l'influence simultanée de ces conditions de travail et des facteurs psychosociaux sur ce qui entre en jeu dans le vieillissement (troubles du sommeil, santé ostéoarticulaire notamment) (8).

L'enquête STED montre l'accroissement de la dépression en fonction des conditions de travail, de la perception de ces conditions de travail et suggère en outre un effet additionnel dû au travail en sous traitance (9).

L'ampleur des questions et le peu de réponses en nom-

d'un support social pauvre peuvent conduire à une survie moindre, c'est-à-dire à des effets à long terme sur la santé.

bre de travaux de recherches épidémiologiques et en nombres d'équipes impliquées posent également un problème. Certes les difficultés à mettre en oeuvre des recherches solides sont considérables puisque bon nombre de protocoles sont à imaginer du côté des cohortes prospectives, mais les exemples examinés ne sont pas systématiquement hors de portée. Il ne s'agit pas de refaire systématiquement des études de même nature pour se convaincre de leurs résultats, mais d'explorer les différents champs de la précarisation du travail qui à l'évidence ne se limitent pas à la perte d'emploi, au travail en intérim et dont les effets ne sont pas seulement de l'ordre de la mortalité, de l'accident et de la dépression.

L'approche épidémiologique ne constitue pas non plus la seule voie d'investigation, mais il faut lui reconnaître le mérite d'apporter des arguments quantitatifs sur les différences entre les fréquences des atteintes de la santé (risques relatifs) au sein des groupes de population, passage incontournable pour dégager à partir d'observations singulières des lignes de force plus générales, susceptibles d'un regard collectif, de type santé publique par exemple.

Les prétentions du groupe épidémiologie dans le réseau Paroles sont évidemment plus modestes. Elles visent avant tout une relecture de la littérature existante, l'émergence de quelques questions clés et le repérage des zones de silence. Elles visent également à mettre en débat des questions épidémiologiques dont la priorité et l'importance paraissent insuffisamment reconnues.

Francis Derriennic (INSERM U170)

Références

1. Souffrances et précarités au travail - Paroles de médecins du travail. Syros, Paris 1994, 357p.
2. F. Derriennic. Précarisation du travail et santé : réponses, remarques et problèmes épidémiologiques. Archives des Maladies Professionnelles 1995, 56 : 183-188.
3. J.K. Morris, D.G. Cook; A.G. Shaper. Loss of employment and mortality. British Medical Journal 1994, 308 : 1135-1139.
4. E. Lahelma. Unemployment and mental well being : elaboration of the relationship. International Journal of Health Services 1992, 22 : 261-274.
5. H. Viinamäki, K. Koskela, L. Niskanen, R. Arnkill, J. Tikkanen. Unemployment and mental well being : a factory closure study in Finland. Acta Psychiatr Scand 1993, 88 : 429-433.
6. N.E. Astrand, B.H. Hanson, S.O. Isacson. Job demands, job decision latitude, job support, and social network factors as predictors of mortality in a Swedish pulp and paper company. British Journal of Industrial Medicine 1989, 46 : 334-340.
7. Les grandes tendances. Actualité et dossier en santé publique. Dossier Santé et précarité 1995, 12 : 4-7.
8. Age-Travail-Santé - Enquête ESTEV 1990. F. Derriennic, A. Touranchet, S. Volkoff (Editeurs). Editions INSERM, Collection question en santé publique Paris, à paraître en juin 1996.
9. G. Doniol-Shaw, D. Huez, N Sandret (Editeurs). Les intermittents du nucléaire. Enquête STED sur le travail en sous traitance dans la maintenance des centrales nucléaires. Octares Toulouse, 1995, 250p.