

LA PRÉCARISATION DU TRAVAIL S'ACCENTUE, LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RESTENT ENCORE RARES MAIS SE PRÉCISENT

Depuis le dernier bilan réalisé dans ces colonnes peu d'études nouvelles, en tout cas françaises, ont été publiées. Dans ce contexte il paraît intéressant de souligner d'emblée l'apport des données issues de l'enquête STED sur les intermittents du nucléaire.

Une première publication(1) avait montré que la santé de ce groupe de travailleurs en sous-traitance était avant tout dépendante des conditions de travail dans l'entreprise donneur d'ordre. D'autre part, d'après les modèles statistiques multifactoriels mis en œuvre, il apparaissait clairement que la désorganisation de la vie familiale induite par le travail sur chantiers, changeants dans l'année et éloignés du domicile avait un rôle défavorable spécifique sur différents critères de santé somatiques ou mentaux.

Une étude complémentaire a permis de confirmer plus particulièrement les liens entre ces facteurs qui concernent d'une part les postes de travail et d'autre part l'organisation du travail sur la dépression évaluée par l'indicateur international du CES-D. L'analyse portant sur un durcissement du critère du CES-D (c'est-à-dire en augmentant la valeur seuil de l'échelle au-delà de laquelle on départage ceux présentant des signes dépressifs des autres) souligne encore d'avantage le rôle de ces facteurs professionnels en mettant en évidence la mauvaise qualité dans la transmission des informations, le manque d'autonomie dans le travail, un rythme de travail imposé et jugé insupportable, comme autant de facteurs de risque de la dépression. On peut noter que ces facteurs viennent s'ajouter à ceux repérés antérieurement et qui concernaient l'absence de repos hebdomadaire de deux jours consécutifs, un travail jugé sans intérêt, un travail répétitif, un travail contraignant du point de vue des règles de sécurité, l'inquiétude de travailler en zone contrôlée (du point de vue des expositions aux différents rayonnements), le manque d'entente entre les membres de l'équipe, et devoir se maintenir en équilibre dans des situations dangereuses.

Ces résultats ne sont pas encore publiés, ils ont été discutés au sein du groupe et apportent un argument supplémentaire dans le cadre du chapitre général portant sur la santé mentale en lien avec la précarisation du travail. Ils sont tout particulièrement intéressants dans la mesure où l'essentiel des études épidémiologiques disponibles concerne uniquement les aspects de la précarisation du travail liée à la perte d'emploi et au chômage en relation avec la santé mentale. Cette étude repose encore sur des données transversales issues de la première phase de l'enquête STED. La partie longitudinale après cinq ans de suivi est par conséquent très attendue. Cette enquête est menée entièrement par des médecins du travail et témoigne d'une percée épidémiologique certaine dans ce champ de recherche appliqué au domaine de la précarisation

du travail. Les auteurs principaux de cette enquête(1) font partie des animateurs du groupe épidémiologie de *Paroles*.

Par ailleurs, le groupe a poursuivi sa recherche bibliographique, en quête d'exemples d'investigations scientifiques clairement dans le champ, bien argumentés du point de vue épidémiologique et permettant de servir de base d'appui pour les connaissances, mais aussi pour entreprendre de nouvelles études avec des hypothèses précises.

S'agissant des connaissances, nous pouvons faire état de deux publications récentes essayant de faire la synthèse des études connues. Il s'agit des travaux de L. Jin et collaborateurs(2) et de Samuel Shortt(3) parus respectivement en 1995 et 1996, qui portent l'un et l'autre sur l'impact du chômage sur la santé. Par rapport à la précarisation du travail, le chômage n'est qu'un aspect particulier, ce qui souligne l'absence de données sur les aspects liés au statut dans l'emploi, à la place du salarié par rapport à la production (intérim, prêt de main d'œuvre, sous-traitance...) et au rôle des conditions et de l'organisation du travail (horaires, cadences, marges de manœuvre, autonomie, support social au travail...).

Les revues de synthèse examinées concernent essentiellement la mortalité et la santé mentale en relation avec le chômage. Depuis 1980, il y a eu environ une centaine d'articles parus dans ce domaine dans les revues scientifiques internationales. Une cohérence d'ensemble se dessine. Les premières études très globales fondées sur l'analyse des corrélations temporelles entre taux de chômage et taux de mortalité au niveau population (études de Brenner[4], années 70, données nord-américaines, suivies de nombreuses autres par la suite dans différents pays), montrent un lien entre les taux de chômage et de mortalité toute cause.

Par la suite, des études au niveau individuel cherchant à comparer la mortalité dans des cohortes de sujets sans emploi à la mortalité de la population générale (en général au moyen de SMR) ont confirmé la relation entre chômage et mortalité en apportant des arguments de type dose-effet à partir de la durée de chômage, ou des arguments de spécificité en excluant, par exemple, les sujets invalides ou atteints de maladies chroniques en début de période d'observation dans les échantillons étudiés.

S'agissant des causes de décès, la mortalité cardio-vasculaire et la mortalité par suicide (principalement chez les hommes jeunes) ont été retrouvées dans plusieurs études associées au chômage.

Certaines études ont fait état d'un lien entre la mortalité par accident de circulation et chômage, mais avec des résultats controversés qui mettent en avant deux modèles possibles : soit la réduction du risque, parce que les sujets au chômage se

déplaceraient moins que les autres, soit l'augmentation du risque parce que les sujets au chômage pourraient avoir une concentration perturbée pendant la conduite.

Les études qui ont pu prendre en compte des facteurs de confusion comme l'alimentation, les habitudes tabagiques ou alcooliques, et aussi des paramètres tensionnels, de prise de poids ou de troubles du sommeil, surtout s'agissant de la mortalité par maladie cardio-vasculaire, n'ont pas infirmé l'association délétère entre chômage et mortalité.

Samuel Shortt pense qu'on peut comprendre que le ressort profond du lien entre le chômage et la mortalité est de même nature que celui qui émerge dans la littérature concernant la relation état de santé, y compris mortalité, et hiérarchie sociale, en se référant principalement à l'ensemble des études issues de l'enquête sur les fonctionnaires britanniques (Whitehall study[5]). Être sans emploi, c'est non seulement devoir être confronté à des difficultés matérielles liées à la diminution des ressources, mais c'est aussi, dans nos sociétés, une perte d'identité, une perte de rôle social et finalement d'estime de soi qui fait que l'on se retrouve (ou que l'on s'estime) être au fond de la hiérarchie sociale.

Les critiques portent toujours sur la question du sens de la causalité du lien entre chômage et mortalité. Ainsi les études fondées sur le modèle de la fermeture d'entreprise, qui a priori exclut les composantes individuelles dans l'explication de la perte d'emploi, n'apportent pas d'éclairage définitif. Cela dépend notamment de l'âge des sujets et de la durée de la période étudiée après la fermeture de l'entreprise.

Cependant, on pourra se référer à l'étude longitudinale anglaise de J.-K. Morris(6), déjà examinée dans *Les Cahiers SMT n°9* (F. Derriennic : « *Relations entre la précarisation du travail et la santé* »), pour penser qu'il est clair qu'une partie de l'excès de mortalité chez ceux qui sont au chômage ou ont connu des périodes de chômage, s'explique par le chômage lui-même.

Une deuxième critique porte d'avantage sur la compréhension des phénomènes. Est-ce approprié finalement de se servir des études comparant ceux qui sont dans un état donné, en l'occurrence ici le non emploi par rapport à ceux qui sont employés ? Ne vaudrait-il pas mieux s'intéresser à la perte d'emploi, c'est-à-dire aux processus et trajectoires professionnels en relation avec les évolutions de la santé, conditionnellement à l'âge, au sexe et à la catégorie sociale ?

• • • • •

Bibliographie

- 1- G. Doniol-Shaw, D. Huez, N. Sandret. « Les intermittents du nucléaire. Enquête STED sur le travail en sous-traitance dans la maintenance des centrales nucléaires », Editions Octares, Paris, 1995
- 2- R. L. Jin, C. P. Shah, T. J. Svobada. « The Impact of unemployment on health : a review of the evidence. » *Can. Med. Assoc. J.* 1995, 153 (5) : 529-540
- 3- S. E. D. Shortt. « Is unemployment pathogenic ? A review of current concepts with lessons for policy planners. » *Int. J. Health Services*, 1996, 26 : 569-589
- 4- M. H. Brenner, A. Mooney. « Unemployment and health in the context of economic change. » *Soc. Sci. Med.*, 1983, 17 : 1125-1138.
- 5- M. G. Marmot, M. Kogevinas, M. A. Elston. « Social/Economic status and disease. » *Annual Review of Public Health*, 1987, 8 : 11-135
- 6- J. K. Morris, D. G. Cook, G. Shaper. « Loss of employment and mortality. » *British Medical Journal*, 1994, 308 : 1135-1139

Le deuxième grand volet des résultats disponibles dans la littérature et également commenté dans les deux articles précédents, concerne le lien entre non emploi (et/ou perte d'emploi) et la santé mentale.

Les études sont également suffisamment nombreuses et diversifiées pour permettre de penser, qu'indépendamment des facteurs de risque individuels ou collectifs, le chômage est associé à une atteinte de la santé mentale interprétable en terme d'angoisse ou de dépression. Ce qui d'ailleurs est cohérent avec un excès de mortalité par suicide retrouvé dans plusieurs études.

En définitive on peut reprendre les conclusions de Jin, de Shortt et de leurs collaborateurs que l'association entre la situation de non emploi et des risques plus élevés de mortalité, de morbidité physique et mentale (mais aussi de recours au système de soins) est suffisamment argumentée. Toutefois même si le sens de cette association implique plutôt un rôle du non emploi sur la santé que l'inverse, cette association reste complexe du point de vue de ses mécanismes et du nombre de facteurs modulateurs possibles. Il est clair que des études longitudinales d'assez longue durée seraient intéressantes. Il est clair aussi qu'une des urgences est de comprendre à la fois ce que l'activité professionnelle représente pour les sujets, quelle est la centralité du travail et par quelles voies s'opèrent au long du cursus professionnel ce qui se traduit du côté de la santé par des souffrances psychiques et des douleurs physiques.

Mais il est également évident que le débat démocratique, dans l'espace social, sur ce qu'il convient de faire du point de vue de la prévention n'est pas dans l'impasse faute d'arguments. Aucun préalable ne paraît indispensable pour justifier la nécessité de s'orienter vers des politiques sociales et économiques privilégiant la disponibilité des emplois, l'amélioration des conditions de travail et de son organisation, même si la compréhension fine des mécanismes mis en jeu dans le lien entre la précarisation du travail et la santé doit encore faire l'objet de recherches en épidémiologie, sociologie, psychopathologie et psychodynamique du travail.

F. Derriennic

Paroles - Groupe Epidémiologie