

Santé au travail : prendre en compte les parcours professionnels

Période : septembre 2011 à décembre 2011

Olivier CRASSET et Annie DUSSUET

Université de Nantes – CENS, centre nantais de sociologie – EA3260 – Nantes

Mots clés : Capital-santé, Effet travailleur sain, Inégalités, Mobilité, Parcours, PCS, Santé, Travail, Usure

Ces deux articles traitent du lien entre mobilité professionnelle⁽¹⁾ et santé par des approches complémentaires. Le premier d'entre eux envisage la question à l'échelle statistique, le second rend compte du point de vue d'acteurs qui anticipent une mobilité rendue inévitable par la dureté de leurs conditions de travail. Les méthodes quantitatives et qualitatives se complètent, elles permettent de cerner l'importance des parcours professionnels et de leur perception lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la santé au travail. En effet, la seule approche synchronique de la santé occulte l'importance de la carrière passée dans les risques de mortalité. Les effets différés des expositions à certains risques et de l'usure du corps au travail ne peuvent être saisis sans tenir compte des parcours. Le concept d'« effet travailleur sain⁽²⁾ » prend ici tout son sens.

Une approche quantitative des rapports entre parcours professionnels et santé

Cambois E, Laborde C. Mobilité socioprofessionnelle et mortalité en France. Des liens qui se confirment pour les hommes et qui s'affirment pour les femmes. *Population*. 2011; 66 : 373-399.

Résumé

Les études qui abordent la question de la mortalité en rapport avec la classification des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS⁽³⁾) se heurtent fréquemment à une limite, celle de présenter une image figée des individus qui sont cloisonnés dans un groupe professionnel. Cette limite est d'autant plus problématique que la mobilité professionnelle semblait liée à la mortalité en France dans les années 1970, et que le paysage socioprofessionnel s'est depuis nettement modifié. Cet article cherche à résoudre le problème en envisageant l'évolution des inégalités de mortalité liées à la PCS par une approche dynamique tenant compte de la mobilité professionnelle. Il s'appuie sur des données issues de l'échantillon démographique permanent (EDP⁽⁴⁾) de l'Insee, qui sont comparées, à plusieurs années d'intervalle, pour les recensements de 1975 et 1999. Au sein de la population concernée, soit les individus âgés de 30 à 84 ans, les auteures distinguent deux catégories en fonction du fait d'avoir changé de PCS : les mobiles, différenciés en mobiles ascendants ou descendants sur la base du gradient de PCS ; et les stables, cette dernière catégorie restant la plus nombreuse. Une analyse par genre permet de montrer que les inégalités de mortalité au sein des PCS se sont affirmées pour les femmes. Entre 1975 et 1999, la mortalité a baissé pour toutes les PCS mais ce sont les cadres, déjà les plus favorisés en 1975, qui ont bénéficié le plus de cette diminution. Les ouvrières et les inactifs⁽⁵⁾ ont connu à l'inverse une évolution relative moins favorable que la moyenne, aboutissant à un léger creusement des écarts entre PCS pour les deux sexes. Pour les hommes, on constate une forte augmentation de la surmortalité par rapport à la

moyenne (SMR⁽⁶⁾) chez les inactifs. En effet, beaucoup d'hommes rejoignent cette catégorie pour raison de santé alors que pour les femmes, d'autres raisons, notamment familiales, peuvent aussi être invoquées. On constate toutefois que le SMR des inactives a tendance à se rapprocher de celui des hommes inactifs dans un contexte de diminution de l'inactivité féminine. Les auteures affirment que l'entrée dans la catégorie des inactifs correspond à une éviction des individus en mauvaise santé du marché du travail, c'est l'« effet travailleur sain⁽²⁾ » qui s'applique désormais aux deux sexes. De plus, l'inactivité peut elle-même induire une dégradation des conditions de vie.

Au-delà des inégalités déjà bien connues en termes d'espérance de vie entre PCS (Fassin, 2009), lesquelles ne diminuent pas, voire augmentent, on observe deux types de mobilité – descendante ou ascendante – selon que l'on rejoint un groupe qui présente un risque de mortalité supérieur ou inférieur au groupe d'origine. En règle générale, les données indiquent que les hommes mobiles affichent un risque compris entre les risques moyens du groupe d'origine et du groupe de destination, ce qui participe à modifier les caractéristiques de chacun d'entre eux. Les mobiles descendantes affichent quant à elles une surmortalité qui déborde le gradient observé entre PCS.

Commentaire

Cette étude répond bien aux objectifs qu'elle s'est fixés en donnant une vue dynamique des rapports entre mobilité inter-PCS et risque de mortalité. Elle s'inscrit dans une tendance à considérer la santé au travail à la lumière des parcours professionnels, ce qui permet de mieux cerner les effets différés des expositions aux risques professionnels (Thébaud-Mony, 2006), et de comprendre les influences réciproques entre travail et santé (Dares, 2010).

En s'appuyant sur des corrélations statistiques, les auteures mettent en lumière l'existence d'un effet de sélection par la santé

dans les mobilités ascendantes ou descendantes, plus marqué chez les hommes. Néanmoins, aucun lien de causalité ne peut être établi qui expliquerait la raison pour laquelle les risques de mortalité sont liés à la nature des mobilités. Les auteures précisent par ailleurs que la qualité des données utilisées empêche de mesurer l'ampleur et la variation de la mobilité entre PCS. C'est la limite d'une étude quantitative qui ne peut pas saisir tous les éléments d'un processus de mobilité, l'EDP ne donnant d'ailleurs qu'une information partielle sur le parcours professionnel des individus.

L'analyse par genre montre que la diminution du nombre de femmes inactives⁵, liée à leur entrée sur le marché du travail, s'accompagne d'une augmentation des disparités de mortalité féminine entre PCS, selon le même modèle que celui observé chez les hommes mais en moins marqué. Le même phénomène semble être à l'œuvre pour les deux sexes, avec un décalage dans le temps. Ceci pourrait suggérer que le travail a le même impact sur la santé des individus, indifféremment du genre. Or, en matière de santé au travail, l'effet de genre reste difficile à cerner car des conditions de travail identiques n'ont pas le même effet sur des individus de sexe différent (Messing *et al.*, 2011).

Cette étude serait utilement prolongée en observant les PCS à un niveau plus détaillé, ce qui permettrait d'affiner les résultats pour certaines catégories très hétérogènes comme celles des artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

Une réflexion sur le « capital-santé » et sur le marchandage faustien conclu par les travailleurs de l'industrie maritime globalisée

Bloor M. An essay on 'health capital' and the Faustian bargains struck by workers in the globalised shipping industry. *Sociol Health Ill.* 2011; 33: 973-986.

Résumé

Dans cet article, l'auteur aborde la question des effets du travail sur la santé par une approche qualitative. La population concernée est celle des marins de l'industrie du transport maritime auprès desquels 37 entretiens ont été conduits pour former le matériau de l'enquête. Il a été demandé aux répondants de commenter le parcours professionnel de trois marins fictifs et d'évaluer si ceux-ci seraient encore capables de travailler cinq ans plus tard. Le secteur du transport maritime a connu ces dernières années une forte intensification du travail due, entre autres, à des changements organisationnels et à une perte d'influence des travailleurs dans un contexte de globalisation et d'augmentation de la sous-traitance. L'industrie maritime est aujourd'hui le secteur d'activité qui présente le plus haut taux de mortalité dans les pays développés. Les règles internationales prévoient une surveillance médicale périodique des marins, ce qui a pour effet d'exclure de l'emploi ceux qui présentent des défaillances physiques, lesquelles ne sont pas comptabilisées dans les enquêtes sur la santé des travailleurs du secteur. L'« effet travailleur sain » joue pleinement et la santé physique et mentale des marins est évaluée comme bonne en dépit de troubles du sommeil, d'une grande fatigue et d'impact à long terme sur leur

état de santé futur.

L'auteur s'intéresse à la façon dont les marins rendent compte des effets du travail sur eux-mêmes en utilisant le concept de « health capital » (Blaxter, 2003; 2010), lequel systématise une approche de la santé à partir d'une « épidémiologie naïve ou profane » (lay epidemiology) implicitement véhiculée par les acteurs. Selon cette théorie, ceux-ci agissent comme s'ils disposaient d'un « stock de santé » qui peut être dépensé. La façon dont est faite cette dépense varie selon la position sociale de l'acteur et les ressources matérielles auxquelles il a accès. Ainsi, l'environnement social et matériel façonne la culture du lieu de travail qui rend possible l'adaptation des acteurs aux exigences du travail (sommeil perturbé, efforts intenses, lourde charge de travail) et provoque à long terme des différences d'état de santé entre travailleurs. La plupart des marins interrogés déclarent que le travail érode leur capital-santé, ils l'acceptent en échange de contreparties telles que le soutien qu'ils peuvent apporter à leur famille grâce à ce travail ou le projet d'ouvrir un petit commerce dans un futur proche. Ils considèrent que l'ajustement corporel qu'exige leur travail est limité dans le temps, qu'il produit des effets néfastes sur la santé et qu'une fois leur corps usé, ils ne pourront plus travailler. L'auteur définit cet échange comme un « marchandage faustien », une approche fataliste de la santé par les acteurs qui leur laisse peu d'espoir sur leur santé future.

Commentaire

Cet article apporte un éclairage sur l'usage qui peut être fait du discours des travailleurs en matière de santé au travail. Si l'avis de l'acteur n'est pas pris pour argent comptant, celui-ci n'est pas non plus considéré comme un « idiot culturel » (Garfinkel, 1967), passivement soumis au déterminisme social. Il produit un discours pour justifier son comportement, et les variations de ce discours constituent un objet d'étude grâce à la notion « épidémiologiquement naïve » de « health capital ».

L'auteur conteste la validité de la notion de stress qui prédomine actuellement pour expliquer le lien entre travail et mauvaise santé (Karasek, 1979; Siegrist, 1996). Il argumente en invoquant que des enquêtes à grande échelle ne permettent pas de valider ce modèle à moins d'y associer d'autres facteurs explicatifs liés à l'environnement psychologique de travail. Dans un contexte de globalisation où l'influence des travailleurs sur leurs conditions de travail est en déclin, les explications des problèmes de santé en termes de stress apparaissent comme une médicalisation des expériences négatives, l'insatisfaction au travail se transformant en dépression nerveuse. En ce sens, les modèles de Karasek (1979) et Siegrist (1996) évacuent la question des rapports sociaux de domination.

Le concept de capital-santé permet d'établir un lien entre la façon dont le travail affecte la santé et la façon dont les travailleurs pensent ce lien. Ils anticipent une mobilité professionnelle rendue inévitable par le phénomène d'usure au travail. Leurs projets de mobilité leur permettent d'une part d'accepter leur situation actuelle et, d'autre part, d'envisager leur avenir. Néanmoins, la démonstration aurait été plus convaincante si l'auteur s'était attaché à rendre compte des variations observées auprès des

acteurs dans la gestion du capital-santé. Son étude concerne une population qui présente une forte culture de métier (Bloor, 2005), ce qui réduit les variations individuelles malgré les différences de statut.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Étudié à grande échelle dans le premier article, le lien entre la PCS, la mobilité professionnelle et la santé s'incarne dans des situations individuelles dans le second. Dans les deux cas, l'« effet travailleur sain² » est évoqué pour expliquer le fait que des situations de travail pénibles sont partagées par des populations en bonne santé.

Alors que le premier article envisage des parcours qui peuvent subir diverses influences (accidents, maladie, mais aussi promotion sociale par la santé), le second se focalise sur le phénomène d'usure au travail, laquelle peut être vécue par les acteurs comme une fatalité et donner lieu à la mise en place de stratégies qui anticipent sur l'état de santé futur. On comprend sans peine que ces stratégies peuvent être compromises par des événements de santé inattendus (accident, maladie). Un état de santé dégradé pouvant entraîner le déclassement social, l'importance de la prévention et des mécanismes sociaux d'accompagnement apparaît ici en creux.

Ces lectures invitent à porter une attention particulière sur les parcours professionnels qui permettent de lever le voile sur les effets différés des expositions aux risques professionnels (Daubas-Letourneux *et al.*, 2011; Thébaud-Mony *et al.*, 2012). Deux populations semblent requérir une attention particulière au regard des évolutions récentes. Premièrement, les femmes dont la situation en termes de mobilité-mortalité par PCS₃ semble rejoindre celle des hommes, mais pour lesquelles on ne peut pas se contenter d'appliquer les mesures prises pour ceux-ci sans les adapter au préalable; deuxièmement, les inactifs⁵ qui associent un âge moyen en baisse et une surmortalité en hausse par rapport à la moyenne de la population.

Lexique

- (1) Mobilité professionnelle : changement d'activité professionnelle repérable par le passage d'une PCS (Professions et catégories socioprofessionnelles) à une autre.
- (2) Effet travailleur sain, healthy worker effect : mécanisme de sélection induit par les emplois néfastes pour la santé. Seuls les individus en bonne santé y accèdent, et ceux dont la santé se dégrade en sont exclus. Les personnes qui occupent ces emplois présentent donc un état de santé qui est en moyenne meilleur à celui de la population générale.
- (3) PCS 2003 (Professions et catégories socioprofessionnelles) : classification de la population française opérée par l'Insee depuis 2003 et qui remplace la classification CSP (catégorie socioprofessionnelle) utilisée précédemment.
- (4) EDP (échantillon démographique permanent) : échantillon de la population résidant en métropole constitué par l'Insee depuis 1967.
- (5) Inactif - inactive : catégorie des PCS regroupant les jeunes de moins de 15 ans, les étudiants, les retraités, les hommes et femmes au foyer et les personnes en incapacité de travailler.
- (6) SMR (Standardized Mortality Ratio) : correspond au rapport établi entre le nombre de décès survenant dans une sous-population par comparaison avec celui attendu dans la population générale.
- (7) Health capital : concept qui rend compte de la façon dont les acteurs gèrent leur santé, laquelle est pensée par eux en termes de capital, et dont l'usage est socialement déterminé (Blaxter, 2003).

Publications de référence

- Blaxter M.** Biology, social class and inequalities in health : their synthesis in health capital. In Williams, S. (ed.) *Debating Biology*. London : Routledge, 2003.
- Blaxter M.** *Health*, 2nd Edition. Cambridge : Polity, 2010.
- Bloor M.** Observations of shipboard illness behaviour : work discipline and the sick role in a residential work setting. *Qual Health Res.* 2005 ; 15 : 766-77.
- Carpenter L.** Some observations on the healthy worker effect, *Brit J Ind Med.* 1987 ; 44 : 289-91.
- DARES.** Parcours professionnels et état de santé. Premières synthèses, DARES, 2010, n°001.
- Daubas-Letourneux V, Amossé T, Meslin K et al.** Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP : (in)visibilités et inscription dans les trajectoires professionnelles. Rapport de recherche, MSH Ange Guépin, Nantes, 2011.
- Fassin D.** Inégalités et santé. La Documentations Française, coll. Problèmes politiques et sociaux n°960, 2009.
- Garfinkel H.** *Studies in ethnomethodology*. Prentice-Hall Englewood Cliffs (NJ), 1967 (Paris, PUF, 2007).
- Karasek R.** Job demands, job decision latitude and mental strain : implications for job redesign. *Admin Sci Quart.* 1979 ; 24 : 285-308.
- Messing K, Lippel K, Stock S et al.** Si le bruit rend sourd, rend-il nécessairement sourde ? Le défi d'appliquer l'analyse différenciée selon le sexe à la recherche d'informations sur la santé et la sécurité du travail. *REMEST.* 2011 ; 6-2 : 3-25.
- Siegrist J.** Adverse health effects of high-effort / low-reward conditions. *J Occup Health.* 1996 ; 1 : 27-41.
- Thébaud-Mony A.** Histoires professionnelles et cancer. *Actes Rech Sci Soc.* 2006 ; 163 : 18-31.
- Thébaud-Mony A, Daubas-Letourneux V, Frigul N et al.** Santé au travail, approches critiques. La Découverte, coll. recherches, 2012.

Revue de la littérature

David PM. La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international? Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [En ligne]. 2011; 6, mis en ligne le 3 mai 2011, Consulté le 15 décembre 2011. URL: <http://socio-logos.revues.org/2550>

Daubas-Letourneux V, Amossé T, Meslin K et al. Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP: (in)visibilités et inscription dans les trajectoires professionnelles. Rapport de recherche, MSH Ange Guépin, Nantes, 2011.

Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants, Collection : Expertise collective, Inserm, 2011/04.

Sermet C, Khlat M. Quels liens entre maladie et perte d'emploi? Santé & travail. 2011; 73, 2011/01.

Autres publications identifiées

Messing K, Lippel K, Stock S et al. Si le bruit rend sourd, rend-il nécessairement sourde? Le défi d'appliquer l'analyse différenciée selon le sexe à la recherche d'informations sur la santé et la sécurité du travail. REMEST. 2011; 6: 3-25.

En utilisant des données québécoises concernant la santé au travail, les auteures montrent la pertinence d'une analyse des conditions de travail en termes de genre. Lorsqu'il s'agit d'aborder la prévention, elles insistent sur la difficulté de faire la part des choses entre facteurs biologiques et sociaux ainsi que sur le poids des stéréotypes.

Thébaud-Mony A, Daubas-Letourneux V, Frigul N et al. Santé au travail, approches critiques. La Découverte, coll. recherches, 2012. *Les auteurs procèdent à une comparaison internationale sur la production de connaissances en matière de santé au travail. L'ouvrage remet en question le rôle d'institutions qui sont en même temps productrices de connaissances et chargées de l'indemnisation des victimes.*

Coutrot T. Les inégalités face aux risques du travail s'aggravent. Alternatives Economiques Poche. 052 - novembre 2011.

Constatant que la pénibilité physique du travail ne recule pas et que la pénibilité mentale s'est accrue, l'auteur observe que ce sont les salariés les plus qualifiés qui bénéficient des meilleures conditions de travail. Quant aux intérimaires et aux immigrés, ils cumulent pénibilités, exposition aux risques et précarité.

Mots clés utilisés pour la recherche bibliographique

Career, Health, Health capital, Healthy worker effect, Inequalities, Mobility, Work.