



**HAL**  
open science

# Enjeux d'emploi, de travail et de santé: la quadrature du cercle

Valentine Helardot

► **To cite this version:**

Valentine Helardot. Enjeux d'emploi, de travail et de santé: la quadrature du cercle. La précarité: une relation entre travail, organisation et santé, Octarès, pp.73-84, 2008, 9782915346565. halshs-00471341

**HAL Id: halshs-00471341**

**<https://shs.hal.science/halshs-00471341>**

Submitted on 9 Mar 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle**

**Valentine Hélaridot**

**In : De Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (dir.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès, 2008, pp. 73-84.**

Comment les transformations contemporaines du monde du travail entrent-elles en résonance avec la santé des salariés ? Pour ébaucher une réponse à cette question, le texte présenté ici propose dans un premier temps une approche globale de la relation santé-travail et de ses différentes modalités. Sont notamment soulignées trois caractéristiques essentielles de la relation santé-travail : le caractère fondamentalement « encastré » de ces deux sphères ; la réciprocité des jeux d'influences ; et l'ambivalence fréquente des effets mutuels.

A partir de ce cadre d'analyse, on montre comment les liens entre santé et activité professionnelle sont aujourd'hui complexifiés par les processus de précarisation du travail et de l'emploi – ces derniers étant rassemblés autour de quatre grandes dynamiques constitutives du capitalisme contemporain : la précarisation de l'emploi et des temps de travail ; les diverses formes d'externalisation du travail et les nouvelles divisions qui en résultent ; l'intensification du travail ; et le développement d'un « néomanagement ».

Dans un deuxième temps, l'analyse porte sur les expériences des salariés (Dubet, 1994), recueillies à travers des entretiens biographiques visant à reconstituer leurs parcours croisés de santé et de travail. Sont en particulier analysés les grands types d'arbitrages qu'ils mettent en œuvre dans la recherche d'un compromis acceptable entre satisfaction à l'égard de l'emploi, satisfaction à l'égard du travail et préservation de leur santé<sup>1</sup>.

### **1. Santé, travail et précarisation : des interrelations complexes**

#### **1.1. Les relations travail-emploi-santé : un cadre d'analyse**

---

<sup>1</sup> L'ensemble des analyses s'appuie sur une thèse de doctorat qui visait à comprendre comment le travail et la santé s'articulent au fil de l'expérience sociale de salariés confrontés à des formes de précarisation du travail (Hélaridot, 2005 ; Hélaridot, 2006). Trois entrées empiriques ont été explorées : 50 entretiens téléphoniques avec des médecins du travail ont permis d'analyser le point de vue de ces acteurs professionnels sur les liens entre précarisation au travail et santé, et de recruter une population de 200 salariés interrogés par questionnaire sur leur situation professionnelle présente et passée, sur leurs conditions de travail, sur leur santé, et sur les liens qu'ils perçoivent entre activité professionnelle et santé. Enfin, des entretiens approfondis ont été réalisés avec 30 salariés, afin d'analyser leurs expériences croisées de santé et de travail. Les personnes rencontrées sont âgées de 21 à 54 ans et occupent des emplois de catégories diversifiées, en contrat précaire ou en CDI.

Une première caractéristique essentielle de la relation entre santé et activité professionnelle est sa *réciprocité*. Il en résulte qu'une approche causale unilatérale focalisée sur les « effets pathogènes du travail » ne suffit pas à rendre compte des liens entre santé et travail, qui doivent être définis dans leur interdépendance comme une dynamique de construction mutuelle. En effet, si le travail (son contenu, ses conditions, son organisation) et les conditions d'emploi contribuent à façonner la santé physique, mentale et morale, la santé en regard configure en partie la façon de travailler et les orientations des parcours professionnels. Ce *façonnement mutuel* est ambivalent quant à ses modalités : s'agissant des répercussions de la vie professionnelle sur la santé des personnes, la dynamique est positive lorsque les conditions d'emploi, les environnements de travail et le rapport au travail (Baudelot et Gollac, 2003) permettent la construction et le maintien d'une bonne santé ; elle est négative lorsque, à l'inverse, les caractéristiques de la situation professionnelle font obstacle à l'entretien de la santé (revenus insuffisants par exemple) ou lui portent directement atteinte (accidents du travail, pathologies professionnelles). De la même façon, la dynamique réciproque de construction de l'intégration professionnelle par la santé peut se déployer dans un registre positif (la bonne santé permet une pleine participation au monde du travail) ou négatif (processus de sélection-exclusion professionnelle sur des critères de santé).

La sphère de la santé et celle du travail s'affirment donc d'emblée comme nécessairement encadrées (Grossetti, 2004). Ajoutons que cette interdépendance de fond n'est pas seulement un état de fait « naturel » : elle résulte d'une multitude de régulations sociales qui tout à la fois la rendent visible et en déterminent le contenu et le sens. En effet, un ensemble complexe de cadres législatifs spécifiques (lois sur les accidents du travail, sur les maladies professionnelles, sur les obligations des employeurs en matière de santé et sécurité des salariés, etc.) ; d'instances dédiées (médecine du travail, CHSCT, etc.) ; de structures administratives spécialisées (branche Accidents du travail-Maladies professionnelles de la sécurité sociale, FIVA (Fond d'indemnisation des victimes de l'amiante)...) définissent et organisent les formes sociales des relations santé-travail. Tous ces dispositifs participent à la construction sociale, historique, politique, juridique du « champ santé-travail », et façonnent les trajectoires individuelles en imposant des cadres à l'articulation biographique entre santé et travail. Bien entendu, face à ces cadres structurels, les individus conservent des marges de manœuvre et construisent leur propre expérience de l'interrelation santé-travail (cet aspect sera analysé plus bas).

Pour préciser davantage la nature et les contenus de cette dynamique de construction mutuelle entre sphère du travail et sphère de la santé, je propose *un cadre d'analyse bifocal* qui

s'appuie sur la distinction entre deux sens et deux échelles d'analyse de la réalité sociale qu'est « le travail ». Il importe en effet de dissocier :

- d'une part, le travail comme *support d'intégration sociale*, c'est-à-dire, dans le contexte de la société salariale (Castel, 1995), comme élément déterminant une place dans l'espace social, donc un statut social et un ensemble de conditions d'existence (revenu, logement, protection sociale, etc.). On peut parler ici d'un niveau structurel ou macro-social d'appréhension du travail, qui renvoie essentiellement aux conditions d'emploi (stabilité/instabilité et sécurité/insécurité de l'emploi, temps de travail, salaire, perspectives de promotion, avantages sociaux...)

- d'autre part, le travail comme *ensemble d'activités concrètes*, d'actes, de gestes, de postures et d'interactions dans lesquels l'individu engage et met à l'épreuve quotidiennement ses ressources corporelles et psychiques. Ce niveau d'analyse peut être qualifié de contextuel ou situationnel, et renvoie au rapport au travail qui se construit dans les activités de travail elles-mêmes et leurs environnements, ainsi que dans les relations avec les autres du travail (collègues, supérieurs, clients) et leurs enjeux de reconnaissance intersubjective.

Le tableau présenté ci-dessous permet de visualiser le croisement entre ces deux registres de l'activité professionnelle et celui de la santé. La première ligne rend compte du façonnement réciproque au niveau des liens structurels entre santé et intégration professionnelle ; la deuxième appréhende l'objet en situation, dans ses formes micro-sociales, au niveau de la santé au travail.

### **Tableau 1. Les dynamiques élémentaires de l'articulation santé-travail**

Chaque case du tableau représente une modalité particulière parmi l'ensemble des combinaisons possibles entre le registre du travail et celui de la santé, et chaque couple de cases du tableau (1&2, 3&4, etc.) figure ce que je propose d'appeler une *dynamique élémentaire* de la relation santé-travail, c'est-à-dire une tension entre deux pôles typiques. Chaque pôle constitue bien en effet un type idéal : les cas effectivement rencontrés se situent le plus souvent dans une zone intermédiaire. Dès lors, en accord avec la démarche de l'analyse idéal-typique (Weber 1995 ; Schnapper 1999), cette mise à plat systématique des différents rouages de l'articulation santé-travail ne constitue pas en elle-même une fin, mais un outil permettant de caractériser les cas concrets au regard des types « purs ». En particulier, ce cadre d'analyse permet de retracer à

l'échelle biographique l'histoire de la relation santé-travail, c'est-à-dire de mettre en lumière les évolutions de cette relation au fil d'un parcours socioprofessionnel donné, en identifiant les processus objectifs et subjectifs de passage d'une situation à une autre (d'une case à une autre, ou d'un système de cases à un autre).

Outre les couples de pôles définissant les quatre dynamiques élémentaires, certaines associations de cases du tableau correspondent à des situations ou des processus spécifiques bien connus dans le champ santé-travail. Ainsi, le rapprochement des *cases 1 et 6* ou symétriquement des *cases 2 et 5* permet de rendre compte de l'ambivalence des liens entre travail et santé : l'intégration professionnelle peut être pathogène (en termes de conditions d'emploi par exemple : précarité, sous-emploi...), mais avec un rapport au travail positif et favorable à la construction de la santé au quotidien ; inversement, un salarié peut être en situation de « travail pathogène » tout en jouissant d'une intégration professionnelle satisfaisante et protectrice pour sa santé.

Les *cases 8 et 4* circonscrivent l'espace d'un autre processus classique : celui par lequel des troubles de santé peuvent orienter le parcours professionnel (via un avis d'inaptitude par exemple<sup>2</sup>).

Enfin, de nombreux travaux montrent que la combinaison des *cases 2 et 6* correspond à une réalité largement répandue : celle du cumul fréquent entre précarité contractuelle ou position défavorable dans la division sociale de l'emploi (sous-traitance par exemple) d'une part ; pénibilités, risques et atteintes à la santé d'autre part (Benach, Gimeno et Benavides, 2002).

Concernant l'ensemble des dynamiques retracées dans le tableau, il faut souligner que d'une façon générale, les colonnes « en positif » correspondent à des processus latents, implicites, allant de soi, et de ce fait peu visibles. A l'inverse, c'est le plus souvent lorsqu'elles s'actualisent dans des rapports de conflit ou d'antagonisme que les relations entre travail et santé apparaissent à la conscience individuelle, ainsi d'ailleurs que dans la sphère publique. C'est particulièrement vrai dans le cas de la dynamique mettant en relation santé et emploi (*cases 3 et 4*), qui renvoie aux mécanismes sociaux de sélection professionnelle fondée sur des critères de santé (Frigul, Bretin, Metenier et coll., 1993 ; Bourget-Devouassoux et Volkoff, 1991). Ces processus de filtrage sont à la fois bien connus et partiellement invisibles : de fait, c'est lorsque la santé pose problème pour l'accès ou le maintien dans l'emploi que sa valeur sélective se révèle.

---

<sup>2</sup> « Les désordres du corps, à des degrés variables, mettent en jeu la capacité des personnes à s'acquitter de leurs tâches habituelles. A terme, lorsqu'elles acquièrent une visibilité importante ou occasionnent des aménagements durables, les maladies menacent l'itinéraire professionnel : avancement contrarié, changements de poste, licenciement » (Dodier, 1986, p. 604).

## **1.2. Précarisation dans le monde du travail : complexification et durcissement des relations santé-travail**

Comment les processus de précarisation du travail et de l'emploi interviennent-ils dans l'espace des relations santé-travail ainsi défini ? Précisons d'abord ce que recouvrent ces processus. Je propose de désigner globalement sous les termes « précarisation du travail » quatre grandes dynamiques contemporaines de transformation du monde du travail qui, tout en ayant chacune sa logique propre, forment un ensemble cohérent que l'on peut appeler néocapitalisme, ou capitalisme flexible (Plihon, 2003).

En premier lieu, on assiste depuis une vingtaine d'années à une précarisation et une flexibilisation de l'emploi et des temps de travail, avec la croissance très forte des contrats non durables, le développement du travail à temps partiel, et la banalisation des temps de travail flexibles et irréguliers (cf. les enquêtes Emploi de l'INSEE et les enquêtes Conditions de travail de la DARES). A cela s'ajoute une insécurité de l'emploi que de plus en plus de salariés perçoivent, en lien avec les multiples restructurations des entreprises et leurs conséquences en termes de licenciements (Paugam, 2000).

Un deuxième grand axe de transformation du monde du travail a trait au développement de formes d'emploi qui ne relèvent plus du modèle classique de la relation duale salarié-employeur. Il s'agit des nouvelles divisions du travail inter-entreprises, qui s'appuient sur toutes les formes d'externalisation du travail (intérim, sous-traitance...). Il en résulte une atomisation du salariat : les collectifs de travail sont éclatés entre salariés permanents et temporaires, salariés du « noyau dur » et salariés « extérieurs », salariés du jour et de la nuit...

La troisième caractéristique du néocapitalisme réside dans un mouvement massif d'intensification du travail, démontré par plusieurs grandes enquêtes françaises et européennes (Gollac et Volkoff, 1996 ; Askenazy, Cartron, de Coninck et coll, 2006). Depuis le début des années 1980, les pénibilités déclarées par les salariés sont en effet en augmentation très nette, et cela dans tous les secteurs d'activité. Cette intensification résulte principalement d'un resserrement drastique des contraintes de temps : raccourcissement des délais, nécessité de travailler dans l'urgence, fréquentes interruptions des tâches pour en effectuer d'autres non prévues, etc. Cette intensification se traduit par une pénibilité physique et mentale accrue.

Enfin, les innovations productives mises en place par les entreprises s'accompagnent de nouvelles formes de mobilisation des salariés, avec le développement d'un « néomanagement » mettant l'accent sur l'engagement personnel dans le travail, et faisant appel à la motivation et à l'investissement individuel des salariés. Ces derniers ne sont plus seulement tenus de faire leur

travail, mais appelés à s'y engager à titre personnel, à faire preuve de loyauté, d'autonomie et d'initiative. La pression qui pèse sur eux en est à la fois plus forte et plus individualisée (Sennett, 2000 ; Boltanski et Chiapello, 1999, Balazs et Faguer, 1996).

Chacun de ces axes de transformation du monde du travail influe sur les relations entre santé et activité professionnelle dans le sens d'un renforcement des effets pathogènes du travail et/ou d'une complexification des enjeux de santé qui, pour une part croissante du salariat, sont de plus en plus difficiles à concilier avec les enjeux d'emploi et de travail. Les différentes composantes de la précarisation du travail ont un double effet global : d'un côté, elles ravivent les potentialités négatives de chaque dynamique élémentaire et en aggravent les conséquences (cases 2, 4, 6 et 8 du tableau) ; de l'autre, elles gênent le déploiement de ces dynamiques dans leur versant positif (cases 1, 3, 5 et 7). Plus précisément, ces processus se traduisent dans trois registres principaux.

En premier lieu, la précarisation de l'emploi (case 2) induit une dégradation des conditions de vie pour les salariés concernés. L'insuffisance et/ou l'irrégularité des revenus qui caractérisent la situation des « salariés de la précarité » (Paugam, 2000) rendent plus difficiles l'entretien et la préservation de la santé au quotidien (restriction des budgets alimentaires, des soins médicaux, des pratiques de loisirs...). En ce sens, les transformations de la condition salariale reposent avec acuité la question des inégalités sociales de santé, et l'on n'a sans doute pas encore pris la mesure des conséquences potentielles, en termes de santé publique, de la mise en « invalidité sociale » (Castel, 2003) d'une part croissante du salariat (Haut comité de la santé publique, 1998 ; Hélaridot et Drulhe, 2006). A ces processus s'ajoutent les effets pathogènes propres de la souffrance morale, de l'inquiétude, du sentiment d'injustice éprouvés par les personnes faisant l'expérience de la disqualification sociale.

Un deuxième ensemble de conséquences de la précarisation sur les liens santé-travail apparaît si l'on prend en considération non plus la dimension « emploi » mais le registre du travail et de ses conditions de réalisation (case 6). On observe d'abord que l'intensification du travail ravive des enjeux classiquement connus quant à la santé et la sécurité des salariés sur les lieux de travail. Le cumul de contraintes (marchandes, industrielles, relationnelles) associé à une intensification des rythmes se traduit par une sollicitation accrue des ressources physiques et psychiques des salariés. En témoignent notamment l'explosion des pathologies musculo-squelettiques (Leclerc, 1996) ainsi que la reprise à la hausse des accidents du travail (Askenazy, 2004 ; Hamon-Cholet, 2002). Mais ces deux types d'atteintes ne constituent que la partie la plus connue d'une nébuleuse de troubles très diversifiés (Volkoff et Thébaud-Mony, 2000). Outre les sollicitations corporelles et mentales directes, l'intensification du travail atteint également la

santé en réduisant les marges de manœuvre laissées aux salariés dans la réalisation concrète du travail. L'ergonomie a en effet montré de longue date que les travailleurs élaborent des stratégies pour concilier à la fois les objectifs de la production, les compétences et les moyens dont ils disposent, et la préservation de leur santé. Leur expérience des situations de travail et la connaissance de leur propre fonctionnement permet aux salariés de contourner les sources de pénibilité ou de difficulté en anticipant sur les gestes ou les déplacements, en coopérant avec autrui, en s'appropriant le travail par une organisation personnelle au sein de l'organisation prescrite. Or, l'intensification amenuise cette marge de manœuvre protectrice. Sous la pression de contraintes temporelles fortes, les travailleurs n'ont plus la possibilité de mettre en œuvre des modes opératoires permettant la préservation de soi. Ainsi, par un « usage inapproprié ou excessif des hommes et des femmes au travail » (Davezies, 1999), l'intensification du travail engendre une mise en jeu accrue de la santé dans les activités de travail. En résumé, « il y a probablement consensus chez les professionnels de santé : les évolutions de l'organisation du travail ont entraîné une intensification du travail dont les conséquences en termes de fatigue, de surmenage, d'épuisement, d'usure et de pathologies d'hypersollicitation sont manifestes » (id.). Simultanément, sur le plan de la santé mentale et morale des salariés, les travaux de psychodynamique du travail montrent bien que les mutations contemporaines des organisations du travail et des modes de management donnent lieu à un renouvellement des formes de souffrance au travail (Dejours, 2000). Celle-ci provient notamment de l'absence de reconnaissance intersubjective - d'autant plus prononcée que le rapport au travail est individualisé et que les ressources du collectif sont minimisées (pas de possibilité d'expression des jugements de beauté et d'utilité). Par ailleurs, lorsque les salariés sont confrontés à des injonctions contradictoires de qualité et de rapidité, d'efficacité et de rendement, ou lorsque les tâches sont fragmentées et fréquemment interrompues, la souffrance vient alors de la contrainte à mal travailler, et de la disparition des sources de satisfaction, d'intérêt et d'épanouissement personnel dans le travail. Au-delà de l'identité au travail, c'est donc l'estime de soi et la santé mentale qui sont en jeu (Clot, 1998).

Enfin, le troisième et dernier registre est celui des processus de sélection-exclusion dans la sphère professionnelle (cases 4 et 8), qui sont profondément affectés par la précarisation du travail. En effet, dans le contexte d'un marché de l'emploi hyperconcurrentiel, et face à des exigences toujours plus fortes dans l'accomplissement du travail, les salariés dont la santé est défaillante sont les premiers à voir leur intégration professionnelle fragilisée. Le caractère « intenable » (Théry, 2006) du travail, en particulier pour les travailleurs vieillissants (Volkoff,



Molinié et Jolivet, 2000), conduit alors à des formes d' « inemployabilité par la santé » (Thébaud-Mony, 2001).

On voit donc que l'ensemble des transformations du monde du travail reformule la dialectique des relations santé-travail (Appay et Thébaud-Mony, 1997), et oriente sensiblement la façon dont cette relation se présente aux salariés.

## **2. Les salariés face aux contraintes de l'articulation santé-travail**

Une fois construit et explicité ce cadre général d'analyse, il s'agit de comprendre comment les liens (et en particulier les contradictions) entre santé et activité professionnelle prennent forme pour les salariés, et par quels arbitrages et selon quelles logiques ceux-ci tentent de concilier les enjeux de travail, d'emploi et de santé. Quels compromis, quels choix (temporaires ou plus durables), quelles négociations de priorités établissent-ils entre : la recherche de satisfaction dans le statut de l'emploi (ce qui correspond le plus souvent - mais pas toujours - à la recherche d'un emploi stable et à temps plein), la recherche de satisfaction dans le travail (conditions de travail, sentiment d'utilité, possibilité de faire du « bon travail », relations avec les collègues et les supérieurs...), et enfin la recherche d'une préservation (sinon d'une construction) de la santé physique et morale ?

L'analyse se fonde ici sur les entretiens réalisés auprès de salariés, et privilégie le point de vue « émique » (Olivier de Sardan, 1998), c'est-à-dire qu'elle s'appuie sur les jugements des individus eux-mêmes quant à leur situation à l'égard de l'emploi ou à leurs conditions de travail, et sur la désignation par les salariés du caractère « pathogène » de tel ou tel aspect de leur expérience du travail. Cet adjectif est à entendre ici de façon plus large que dans son acception strictement biomédicale : est considéré comme pathogène tout aspect de la situation professionnelle perçu par le salarié comme problématique, délétère ou défavorable à sa santé et à son bien-être.

En confrontant les récits recueillis au tableau présenté plus haut, on peut identifier des configurations typiques de l'articulation santé-travail, c'est-à-dire des régimes particuliers de relations entre expérience de la santé et expérience du travail. Je propose ici de décrire trois d'entre eux avec, comme on va le voir, des variantes bien distinctes. Ces modèles correspondent à *trois usages différenciés de la santé en situation de précarité professionnelle* - étant entendu

que les configurations analysées, tant dans leurs aspects objectifs que dans leurs sens subjectifs, sont susceptibles d'évoluer au fil des parcours.

### **2.1. La « santé sacrifiée » au nom du maintien dans l'emploi ou de l'identité professionnelle**

Dans ce premier modèle, la situation de travail est perçue comme pathogène, du fait de conditions d'emploi et/ou de travail dégradées, mais le choix mis en œuvre consiste à « tenir » au travail, en reléguant au second plan les enjeux de santé. Deux types de motifs peuvent être à l'origine de cette attitude.

– Dans les cas où l'emploi est considéré comme une nécessité absolue, et où l'employabilité personnelle est jugée faible (à cause de l'âge ou de l'absence de qualification), il s'agit de préserver son emploi « coûte que coûte », y compris au prix de sa santé. Cette priorité accordée à l'emploi s'accompagne souvent d'un attachement inconditionnel au modèle du CDI à temps plein, qui à lui seul constitue un statut professionnel valorisé (en particulier lorsqu'il est exercé dans la fonction publique). Le cas de Mme Alpe (42 ans) illustre bien ce raisonnement : employée municipale comme aide ménagère et élevant seule ses 2 enfants, elle est consciente du caractère « usant » de son travail (tant physiquement que moralement) : *« D'être toute la journée debout, c'est pas bon, mais... (...) Je devrais pas faire le travail que je fais, mais... On peut rien faire pour ça »*. Il faut donc « tenir », d'autant que par ailleurs s'exprime une certaine « morale du travail » qui met à distance tout projet de changement d'emploi : *« vous pouvez pas quitter un travail qui marche »*.

– Mais ce choix de « sacrifier » sa santé peut également être observé dans un contexte très différent, lorsqu'existe une identité de métier pensée sur le mode de la vocation, et que l'on pense pouvoir progresser dans son emploi pour atteindre finalement une position professionnelle stable et satisfaisante sur le plan du rapport au travail. M. Sernin (26 ans), animateur périscolaire à temps partiel, souffre d'une hernie discale très douloureuse et porteuse d'un réel risque de paralysie. Mais pour ne pas compromettre ses chances de promotion professionnelle au sein de la structure qui l'emploie, il *« fait passer la douleur après »*, dissimule ses problèmes de santé à son employeur, et énonce très clairement son choix de priorité : *« Tant que j'ai pas un truc stable, c'est ça qui passera avant, c'est le boulot. La santé... plus tard »*. Autrement dit, dans les termes du modèle d'analyse présenté ici, M. Sernin s'efforce de tout faire pour éviter de basculer (via une déclaration d'inaptitude) de la case 8 à la case 4 du tableau.

## 2.2. La « santé privilégiée » : entre recherche du « moindre mal » et stratégie professionnelle

Avec un même point de départ (une situation d'emploi et/ou de travail pathogène), certains salariés mettent en œuvre une stratégie opposée consistant à privilégier la préservation de leur santé, quitte à renoncer à un emploi actuel ou potentiel (même stable). Mais là encore, ce type d'arbitrage se décline en deux variantes bien distinctes.

– Dans un premier ensemble de cas, la priorité accordée à la santé relève d'une recherche du « moindre mal » compte tenu du fait que les salariés, non qualifiés, estiment de toute façon qu'ils ne peuvent accéder qu'à des emplois précaires et à des travaux pénibles et usants. Il s'agit donc d'une logique de choix par défaut, fondée sur une visibilité à court terme, et dans laquelle la préservation de la santé apparaît (avec le salaire) comme le seul critère pertinent de sélection des emplois. Ainsi Mme Damo (31 ans), qui se dit peu attachée à la stabilité de l'emploi, n'a jamais exercé que des « *petits boulots* » dans la restauration et le ménage. Asthmatique, elle a récemment abandonné un emploi de nettoyage pour cette raison : « *Avec l'asthme et tout, c'était vraiment... Y'avait énormément de poussière, j'ai failli m'étouffer, alors j'ai dit que je pouvais pas faire ce boulot alors j'ai laissé* ». Dans une expérience de l'emploi dominée par la précarité et par un nomadisme professionnel en partie revendiqué, et avec un rapport au travail largement négatif, l'objectif immédiat est donc de « *ne pas y laisser trop de plumes* ».

– Dans la deuxième variante, le contexte est à l'inverse caractérisé par la présence de marges de manœuvre importantes dans le choix des emplois, grâce à une qualification et/ou une expérience professionnelle qui confère aux salariés une bonne employabilité. Ils peuvent « se permettre » de refuser une proposition, car ils sont assurés de trouver rapidement un meilleur emploi. L'exemple est ici celui de M. Terray (30 ans), titulaire d'un BTS d'électrotechnique : après des débuts difficiles où il a dû accepter des emplois pénibles et ne correspondant pas à sa formation, il a peu à peu acquis une expérience d'intérimaire qualifié et n'a désormais plus aucun mal à trouver des missions qui l'intéressent. Dans ces conditions, le degré de pénibilité du travail et ses éventuels effets pathogènes font pleinement partie de la multitude des critères qu'il étudie pour effectuer son choix (salaire, intérêt du travail, horaires, conditions de travail, distance par rapport à son domicile...) : « *par exemple, je sais que maintenant si j'ai un boulot... où j'aurais vraiment à prendre du poids tous les jours, ça je le ferais plus* ». On ne se situe donc pas ici dans un choix par défaut et à court terme, mais plutôt dans l'inscription du « souci de soi » (Foucault, 1984) et de sa santé au sein d'un parcours professionnel dont on maîtrise les évolutions à venir.

### 2.3. La « santé instrumentalisée » pour réorienter le parcours professionnel

Un troisième cas de figure rassemble des parcours caractérisés par des moments-charnière dans lesquels la santé, ou plus exactement son envers : la maladie est ponctuellement mise au service d'une réorientation professionnelle. C'est typiquement le cas de salariés « usés », en fin de vie active, qui « profitent » d'un état de santé dégradé pour cesser définitivement toute activité professionnelle<sup>3</sup>. Mais on peut retrouver ce type d'instrumentalisation de l'état de santé dans le cadre d'une mobilité professionnelle. Ainsi, Mme Anam (49 ans) a pu, à la suite d'un accident de travail (chute et dorsalgie aiguë), quitter un emploi de « plongeuse » qui ne la satisfaisait pas du tout, pour suivre une procédure de reconversion comme travailleuse handicapée et finalement trouver un emploi correspondant à ses aspirations (agent de service en maison de retraite). Elle exprime parfaitement la logique d'ensemble du processus : « *Heureusement que j'ai eu un mal de dos et que j'ai pu partir* ». On voit ici que le problème de santé, qui est dans un premier temps vécu comme une menace pour l'emploi, se révèle *a posteriori* salutaire et se présente comme une échappatoire à une situation de travail qui était perçue comme de moins en moins soutenable.

Cette brève description de trois grands types d'articulation entre santé et travail met en lumière la diversité des logiques mises en œuvre. Une remarque d'ensemble peut être formulée : ce que l'on « fait » de sa santé dépend de multiples critères qui finalement n'ont que peu à voir avec l'état de santé « réel » (à supposer qu'il puisse être défini). Autrement dit, les déterminismes biomédicaux comptent souvent moins que ce que les salariés en font. La préservation de la santé peut ainsi apparaître comme une valeur en soi, mais elle peut aussi s'effacer soit derrière des nécessités financières, soit au profit de valeurs et d'enjeux autres que la santé en elle-même (comme l'identité professionnelle et l'attachement au métier, la construction d'une carrière professionnelle ou la priorité accordée à la vie hors travail). Mais dans tous les cas, on observe que les processus de précarisation du travail et de l'emploi complexifient la conciliation des enjeux d'emploi, de travail et de santé – conciliation qui, pour une majorité de salariés (mais également pour des professionnels comme les médecins du travail) tend à se présenter comme une « quadrature du cercle ».

Pour approfondir la connaissance des enjeux de santé au travail portés par les développements du capitalisme contemporain, on peut souligner la nécessité de se doter

---

<sup>3</sup> Notons que cette « solution » pour partir est depuis quelques années rendue beaucoup plus difficile par les modifications des régimes d'assurance chômage et de préretraite.

d'indicateurs épidémiologiques permettant de prendre en compte la plus grande mobilité des parcours professionnels, et notamment la succession et le cumul d'expositions à des risques et des pénibilités désormais très diversifiés.

Enfin, il semble nécessaire – voire urgent – de développer les réflexions émergentes (en particulier au niveau européen) autour de la notion de « qualité » du travail et de l'emploi, dans l'idée d'aller vers une définition pertinente du caractère « décent » ou « soutenable » du travail, et plus largement des modes d'intégration professionnelle (Ritter et Anker, 2002 ; Standing, 2002).

### **Bibliographie**

Appay B., Thébaud-Mony A. (s/d) (1997). *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris, éditions de l'Iresco.

Askenazy P. (2004). *Les désordres du travail. Essai sur le nouveau productivisme*. Paris, Seuil.

Askenazy P., Cartron D., de Coninck F. et Gollac M. (s/d) (2006). *Organisation et intensité du travail*. Toulouse, Octarès Editions, (Coll. Le travail en débats).

Balazs G., Faguer J.-P. (1996). Une nouvelle forme de management : l'évaluation, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 114, 68-78.

Baudelot C., Gollac M. (2003). *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*. Paris, Fayard.

Benach J., Gimeno D., Benavides F.G. (2002). *Types of employment and health in the European Union*. Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

Boltanski L., Chiapello E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris, Gallimard.

Bourget-Devouassoux J., Volkoff S. (1991). Bilans de santé des carrières d'ouvriers, *Economie et statistique*, 242, 83-93.

Castel R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris, Fayard.

Castel R. (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris, Seuil.

Clot Y. (1998). Le sujet au travail. Dans J. Kergoat, J. Boutet, H. Jacot et D. Linhart (s/d) (1998). *Le monde du travail*. Paris, La Découverte, p. 165-166.

Davezies P. (1999). Evolutions des organisations du travail et atteintes à la santé, *Travailler*, 3, 87-114.

Dejours C. (2000). *Travail, usure mentale*. Paris, Bayard.

Dodier N. (1986). Corps fragiles : la construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes du travail, *Revue française de sociologie*, XXVII-4, 603-628.

- Dubet F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris, Seuil.
- Frigul N., Bretin H., Metenier I., Aussel L. et Thébaud-Mony A. (1993). Atteintes à la santé et exclusion professionnelle. Une enquête auprès de 86 femmes en chômage de longue durée. *Travail et emploi*, 56, 34-44.
- Foucault M. (1984). *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*. Paris, Gallimard.
- Gollac M., Volkoff S. (1996). *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 114, 54-67.
- Grossetti M. (2004). *Sociologie de l'imprévisible. Dynamiques de l'activité et des formes sociales*. Paris, PUF.
- Hamon-Cholet S. (2002). Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail 1998, *Premières synthèses*, 20.1.
- Haut Comité de la Santé Publique (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Hélaridot V. (2005). *Santé ou travail ? Les expériences sociales de la santé et la précarisation du travail*. Doctorat de sociologie, Université de Toulouse-Le Mirail.
- Hélaridot V. (2006). Parcours professionnels et histoires de santé : une analyse sous l'angle des bifurcations, *Cahiers internationaux de sociologie*, CXX, 59-83.
- Hélaridot V., Drulhe M. (2006). Précarisation du travail et de l'emploi : vers de nouvelles dynamiques d'inégalités sociales de santé ? *Sociologie-Santé*, 25, 241-259.
- Leclerc A. (s/d) (1996). Affections péri-articulaires des membres supérieurs et organisation du travail. Résultats de l'enquête épidémiologique nationale, *Documents pour le médecin du travail*, 65, 13-31.
- Olivier de Sardan J.-P. (1998). Emique, *L'Homme*, 147, 151-166.
- Paugam S. (2000). *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*. Paris, PUF.
- Plihon D. (2003). *Le nouveau capitalisme*. Paris, La Découverte.
- Ritter J., Anker R. (2002). Bons emplois, mauvais emplois : les jugements des travailleurs dans cinq pays, *Revue internationale du travail*, 141, 4, 365-396.
- Schnapper D. (1999). *La compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique*. Paris, PUF.
- Sennett R. (2000). *Le travail sans qualités. Les conséquences humaines de la flexibilité*. Paris, Albin Michel.
- Standing G. (2002). Enquêtes sur la sécurité des personnes : vers un indicateur du travail décent, *Revue internationale du travail*, 141, 4, 487-501.

Thébaud-Mony A. (2001). Atteintes à la santé liées au travail et construction sociale de « l'inemployabilité ». Dans F. Abécassis et P. Roche (s/d) (2001). *Précarisation du travail et lien social. Des hommes en trop ?* Paris, L'Harmattan, 157-168.

Théry L. (s/d) (2006). *Le travail intenable. Résister collectivement à l'intensification du travail.* Paris, La Découverte.

Volkoff S., Molinié A.-F., Jolivet A (2000). Efficaces à tout âge ? Vieillesse démographique et activités de travail. *Dossier du CEE*, 16.

Volkoff S., Thébaud-Mony A. (2000). Santé au travail : l'inégalité des parcours. Dans A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang (s/d). *Les inégalités sociales de santé.* Paris, La Découverte/Inserm, 349-362.

Weber M. (1995). *Economie et société.* Paris, Pocket.

Tableau 1

## Les dynamiques élémentaires de l'articulation santé-travail

	Façonnement de la santé par l'expérience du travail		Façonnement de l'expérience du travail par la santé	
	<i>En positif</i>	<i>En négatif</i>	<i>En positif</i>	<i>En négatif</i>
<p><i>Niveau structurel</i></p> <p><b>Le travail comme support d'intégration sociale</b></p>	<p><b>1</b></p> <p><b><u>L'emploi facteur de santé</u></b></p> <p>- Revenu, conditions de vie et protections sociales permettent l'entretien et la restauration de la santé</p> <p>- L'intégration professionnelle est porteuse d'une identité positive et d'un statut social valorisant, et elle permet de construire le hors-travail</p>	<p><b>2</b></p> <p><b><u>L'emploi pathogène</u></b></p> <p>- Revenu, conditions de vie et protections sociales ne permettent pas (ou nuisent à) l'entretien et la restauration de la santé</p> <p>- L'intégration professionnelle est disqualifiante, et elle ne permet pas de construire le hors-travail</p>	<p><b>3</b></p> <p><b><u>La santé facteur d'intégration professionnelle</u></b></p> <p>La santé permet l'intégration professionnelle et ne limite pas a priori l'accès à l'emploi</p>	<p><b>4</b></p> <p><b><u>La santé facteur de sélection-exclusion professionnelle</u></b></p> <p>Des altérations de la santé :</p> <p>- restreignent les possibilités d'intégration professionnelle</p> <p>- fragilisent le rapport à l'emploi</p>
<p><i>Niveau situationnel</i></p> <p><b>Le travail comme activités concrètes</b></p>	<p><b>5</b></p> <p><b><u>Le travail facteur de santé</u></b></p> <p>Les activités quotidiennes de travail sont favorables à la santé :</p> <p>- par le plaisir et la valorisation de soi dans le travail</p> <p>- par la reconnaissance intersubjective</p> <p>- par le soutien social des liens relationnels</p>	<p><b>6</b></p> <p><b><u>Le travail pathogène</u></b></p> <p>Les activités de travail nuisent à la santé :</p> <p>- usure physique et accidents</p> <p>- usure mentale, atteintes à la personne</p> <p>- exposition à des risques à effet différé</p>	<p><b>7</b></p> <p><b><u>La santé outil de travail</u></b></p> <p>Les ressources de santé permettent pleinement d'accomplir le travail</p>	<p><b>8</b></p> <p><b><u>La santé à l'encontre du travail</u></b></p> <p>Les défaillances de santé :</p> <p>- perturbent les activités de travail</p> <p>- rendent le travail plus pénible</p> <p>- nécessitent un arrêt de travail</p>