



Précarisation du travail et de l'emploi : vers de nouvelles dynamiques d'inégalités sociales de santé ?

Valentine Helardot, Marcel Drulhe

► To cite this version:

Valentine Helardot, Marcel Drulhe. Précarisation du travail et de l'emploi : vers de nouvelles dynamiques d'inégalités sociales de santé ?. *Revue Sociologie Santé - RSS*, 2007, 25, p. halshs-00484272

HAL Id: halshs-00484272

<https://shs.hal.science/halshs-00484272>

Submitted on 12 Apr 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.

**Valentine Hélardot
Marcel Drulhe**

Article pour *Sociologie-Santé*, n° 25, décembre 2006.

Précarisation du travail et de l'emploi : vers de nouvelles dynamiques d'inégalités sociales de santé ?

Résumé :

Les inégalités sociales de santé selon les catégories socioprofessionnelles (PCS) demeurent importantes et sont longtemps demeurées stables, quoique des indices donnent à penser que les écarts se creusent à nouveau. Pour une bonne partie, ces inégalités sociales de santé sont dues à la vie professionnelle : expositions pathogènes, accidents et usure du travail interfèrent avec les conditions de vie au point de produire des effets délétères.

Or, le monde du travail connaît depuis un quart de siècle de profondes mutations, que l'on désignera sous le terme de « précarisation ». Ces transformations affectent les conditions de travail des salariés, et renouvellent la question des enjeux de santé en lien avec le travail. Simultanément, de nouveaux clivages se déploient au sein du salariat : le statut de l'emploi (stable/précaire), le temps de travail (complet/partiel), la place dans la division du travail (salariés du « noyau dur » des entreprises vs salariés de la sous-traitance)... sont autant de réalités dont l'introduction massive contribue à une hétérogénéisation des PCS et qui ne restent pas sans conséquences différentielles sur la santé des individus. A partir de données d'enquête en Midi-Pyrénées, on s'interrogera sur la portée et le sens de certains brouillages des catégories dans le monde du travail selon la perspective de rapports inégalitaires à la santé.

Mots-clefs : travail, emploi, précarité, précarisation, conditions de travail, santé, inégalités sociales de santé.

Abstract :

Casualisation of work and employment : social health inequalities in progress ?

Health inequalities according to social categories stay strong and have been stable for a long time, though some indications suggest that the gaps are growing again. For a part of them, these social health inequalities are due to work activities : pathogen exposures, accidents and effects of working conditions interfere with living conditions up to producing negative health effects.

For about 25 years, work have been changed by deep mutations, that we'll call « work precarisation ». These mutations affect the working conditions, and renew the problem of the relations between work and health. At the same time, new differentiations appear among employees : employment status (permanent/non permanent), working time (full time/part time), the place in the division of work (employees from the core of the organisations/subcontractors)... are phenomenons that contribute to a diversification of social categories and bring differential consequences on the health of the population. Based on an investigation in Midi-Pyrénées, our study questions the importance and the significance of the scrambling of work-related categories, and its links with health inequalities.

Key words : work, employment, precariousness, casualisation, working conditions, health, social health inequalities.

* * *

L'histoire du XXème siècle est marquée par ce paradoxe : la baisse de la létalité des maladies infectieuses dans les pays industrialisés, principale cause de décès au cours des siècles précédents, ne s'accompagne pas d'un recul des inégalités sociales de santé ; au contraire, un certain nombre de composantes de ces inégalités s'aggravent (par exemple, les différences de mortalité par maladies coronariennes, chez les actifs masculins de 35 à 54 ans, étaient très faibles dans les années 1970 ; or, le risque encouru par les ouvriers sur terrain-là a été multiplié par 1,8 par

rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures dans les années 1990¹). La mortalité différentielle, fondée en France sur la comparaison des catégories socioprofessionnelles (CSP), puis des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS), présuppose que le travail a une fonction majeure dans le façonnement de ces inégalités² parce qu'il est un pivot essentiel pour les conditions de vie, l'accès au logement et l'ancrage dans la protection sociale (même si la CMU apporte un découplage, au moins en partie), mais aussi parce que les conditions d'emploi et de travail peuvent avoir des effets directs sur la santé (l'affaire de l'amiante en produit un effet de publicisation).

La mise en perspective historique de ces conditions d'existence permet de rendre intelligible le premier pôle du paradoxe³. On a d'abord le passage d'une société rurale dominée par des actifs agricoles dont la densité finissait par rendre difficile la distribution des terres agricoles⁴ à une société urbaine dont la population va devenir progressivement salariée jusqu'à atteindre 80% de la population active⁵. Ce mouvement s'est accompagné de la mise en place de divers dispositifs et institutions (meilleure hygiène, pasteurisation, scolarisation obligatoire, protection sociale...) dont les vieilles générations actuelles ont été les premières bénéficiaires⁶. Sous l'angle de certaines caractéristiques quantitativement mesurables, les conditions d'existence se sont améliorées, au moins de 1900 à 1970 : le niveau d'instruction s'est élevé ; les temps consacrés au travail ont diminué (sur la vie entière, avec les retraites, mais aussi sur l'année, la semaine, la journée). « Moins de temps de travail, c'est moins d'usure, moins de durée d'exposition à des facteurs de risques, plus de possibilité de récupération, plus de temps et d'attention portée à la vie familiale et à l'éducation des enfants, plus de temps à soi aussi, surtout si, comme cela a été le cas, la diminution du temps de travail est opérée du quotidien à la vie entière. Moins de poids pour la plupart des facteurs de risques, un meilleur équilibre "vie professionnelle-vie privée" semblent les éléments constitutifs des évolutions de santé⁷ ». A cette variable, il faut ajouter les nombreux autres changements qui ont affecté l'organisation du marché de l'emploi et l'organisation de la production des biens et des services. Cependant, il importe d'éviter un point de vue trop unilatéral sur la relation santé-travail en se souvenant de l'avertissement de G. Friedman à l'ergonomie naissante : le système homme-machine n'est pas coupé des rapports sociaux. De la même façon, si le travail en tant qu'exécution d'une tâche peut avoir des effets sur la santé, les conditions de cette exécution sont tout aussi importantes : elles contribuent à la mise en forme d'un certain type de rapport au travail (pénibilité des postes, relations interpersonnelles au travail...). Par ailleurs, il ne faut jamais perdre de vue que la santé est une condition indispensable pour accomplir les tâches définies par le poste occupé ou par la mission dont le salarié a la responsabilité. Globalement, au moins pour les trois premiers quarts du XXème siècle, on peut observer des améliorations tant sur le registre du travail que sur celui de la santé, sans que l'on parvienne à réduire les inégalités sociales de santé.

¹ LANG T., RIBET C., Les maladies cardio-vasculaires, in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M. et LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/INSERM, 2000, pp. 223-238.

² DRULHE M., *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF, 1996, Chapitre 4, pp. 219-265.

³ DRULHE M., Conditions de travail, modes d'existence et intelligibilité de la « santé des aînés » depuis 25 ans. Mise en perspective et en prospective, in Intercommission INSERM « Évolutions démographiques et santé humaine », *La santé aux grands âges*, Paris, *Les Cahiers de l'INED*, n°147, 2000, pp. 87-97.

⁴ LE BRAS H., *Les trois France*, Paris, Ed. Odile Jacob, 1986.

⁵ MARCHAND O., THÉLOT C., *Deux siècles de travail en France*, Paris, INSEE, Collection Études.

⁶ Ces dispositifs et institutions ne sont pas la manifestation d'un « État-Providence » : ils ont été le résultat progressif des actions collectives, conduites en particulier par le mouvement ouvrier, qui ont généré des négociations collectives dont ils sont le fruit. C'est pourquoi R. Castel préfère l'expression d'« État social » : les « solutions providentielles » sont ainsi catégorisées par la vision philanthropique et ultra-libérale qui refuse toute intervention de l'État « dans les mœurs » (comme on disait au XIXème siècle). Cf. CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.

⁷ BOURDELAIS P., DERRIENNIC F., Rôle de l'évolution des conditions de vie et de travail. Point de vue historique et épidémiologique, in Intercommission INSERM « Évolutions démographiques et santé humaine », *La santé aux grands âges*, Paris, *Les Cahiers de l'INED*, n°147, 2000, pp. 69-86.

Depuis le milieu des années 1970, ce contexte s'est transformé : normalisation des emplois précaires ainsi que des temps et horaires de travail partiels et flexibles, diffusions de nouvelles divisions structurelles du travail (externalisation, sous-traitance, etc.), mouvement massif d'intensification du travail impulsée par une quête sans fin de rentabilité, développement de nouvelles méthodes de management. Ces changements, souvent rassemblés sous le terme de « précarisation⁸ », sont au cœur des mutations actuelles du travail. Du coup, la question des enjeux de santé dans leur lien avec le travail est posée à nouveaux frais : dans quelle mesure les dynamiques contemporaines à l'œuvre dans la sphère productive peuvent-elles être à l'origine d'une transformation potentielle des inégalités sociales de santé ? Nous proposons d'apporter quelques éléments de réponse à cette question, que nous abordons sous l'angle des associations observées entre la santé perçue et les caractéristiques de l'intégration professionnelle⁹ dans une population de salariés recrutés par le biais de médecins du travail de la région Midi-Pyrénées.

Cette enquête par questionnaire a été effectuée en 1999-2000 auprès de 200 salariés¹⁰ interrogés à l'occasion d'une visite en médecine du travail. Construit dans le cadre d'une recherche¹¹ visant à décrire comment les différentes facettes de la précarisation du travail et de l'emploi entrent en résonance avec les perceptions et les jugements des salariés en matière de santé, ce questionnaire n'avait pas pour but d'identifier des « déterminants sociaux de la santé » liés à l'activité professionnelle, mais plutôt d'explorer la façon dont les salariés perçoivent et évaluent conjointement leur expérience du travail et de l'emploi, et leur santé. Il ne s'agissait donc pas essentiellement de mesurer ou d'objectiver ces différents éléments, mais plutôt de tester *le rapport que les répondants ont avec ces divers ordres de réalité*. Ce choix de privilégier le point de vue des acteurs concernés n'écarte pas l'attention portée à un certain nombre d'indicateurs relativement indépendants de leur expérience de sujets (revenus, statut de l'emploi, caractéristiques de la trajectoire professionnelle et de l'histoire de santé, etc.). Mais plus que l'emploi, le travail, la précarité et la santé, nous avons analysé le *rapport à l'emploi*, le *rapport au travail*, etc. Cela signifie que nous ne préjugeons pas d'une définition a priori de ces statuts, de ces qualifications, de ces activités : c'est une façon d'échapper à une « sociologie du trait¹² » qui énumère un ensemble de caractéristiques propres à un phénomène déterminé sans le référer en même temps d'une part à la structure des rapports sociaux (les restructurations économiques et les transformations du travail), et d'autre part à l'expérience propre des personnes concernées (notamment le sentiment de fragilité lié à l'instabilité et à l'incertitude radicale de leur situation et de leur parcours).

Quatre registres de santé perçue

⁸ APPAY B., THÉBAUD-MONY A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'IRESO, 1997.

⁹ PAUGAM S., *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*, Paris, PUF, 2000.

¹⁰ 50% d'hommes ; 39% de salariés âgés de 25 à 34 ans, 27% de 45 ans et plus, et resp. 17% de moins de 25 ans et de 35 à 44 ans. Il a été demandé aux médecins de soumettre le questionnaire à une personne qu'ils estimaient être en situation « précarisée » (au vu de ce qu'ils savaient avant la consultation ou de ce qu'ils ont appris pendant celle-ci), puis à la personne suivante dans l'ordre de leurs consultations, qu'elle soit ou non concernée par une forme de précarisation. La répartition finale est de 59% des salariés considérés comme « précaires » par les médecins, et 48% de salariés occupant des emplois non durables (CDD, intérim et contrats aidés). La population interrogée n'est donc pas représentative de la population globalement vue en médecine du travail. Entre autres caractéristiques, elle sur-représente nettement les salariés en contrat précaire car ce critère, même s'il n'a pas été le seul, a compté presque systématiquement dans les "diagnostics de précarité" élaborés par les médecins, qui ont par ailleurs fait l'objet d'une analyse spécifique.

¹¹ DRULHE M., HÉLARDOT V., CLÉMENT C., MANTOVANI J., MEMBRADO M., *Précarisation au travail et santé : l'expérience sociale des salariés et de leur famille confrontée au jugement des médecins du travail*, Rapport de recherche pour l'Inserm, mars 2002.

¹² APPAY B., « Précarité, vulnérabilité, fragilité : enjeux de définitions », Communication au séminaire INSERM « Santé, précarité, précarisation », La Londe Les Maures (Var), 24-25 novembre 1997.

L'expérience de la santé a été appréhendée autour de *quatre registres de perception et de jugements* exprimés par les salariés.

Santé actuelle et troubles de santé dans la période récente

« Vous sentez-vous actuellement en *très bonne santé, bonne santé, ou mauvaise santé* ? » : 21% des salariés ont choisi la première proposition, 68% la deuxième, et 11% la troisième (en particulier les hommes et les répondants les plus âgés).

Un tiers des salariés interrogés ont déclaré avoir éprouvé, au cours des derniers mois, le *sentiment de ne pas pouvoir récupérer* ; un quart d'entre eux mentionnent une *perte de sommeil* ; 30% ont éprouvé des *difficultés fortes sur le plan physique* et 43% sur le plan *psychologique*. Ces troubles de santé sont là aussi plus souvent déclarés par les hommes, en revanche l'âge ne donne pas lieu à des différenciations marquées.

Histoire de santé

Nous retiendrons ici deux questions rétrospectives concernant la santé des salariés.

La première les interroge sur la présence d'*événements morbides* (« avez-vous été malade ? ») au cours des deux dernières années. Cette formulation volontairement générale laissait aux répondants toute latitude pour définir à quoi correspond pour eux le fait d'« être malade ». 46% ont répondu affirmativement. L'analyse des réponses (n=112¹³) à la question ouverte portant sur la nature de la maladie fait apparaître la grande diversité des définitions de la maladie : « petites » maladies passagères (n=46, dont 38 cas de grippe et pathologies ORL bénignes) ; pathologies et troubles ostéo-articulaires (arthrose, tendinites, hernies, dorsalgies... : n=17) ; maladies chroniques (n=10) ; pathologies respiratoires (n=8), etc. ; auxquelles s'ajoutent 16 cas de dépression ou de fatigue extrême.

La deuxième question couvre un champ temporel plus vaste et interroge les salariés sur l'existence d'un *grave problème de santé* au cours de leur vie. 30% ont déclaré avoir eu un problème de ce type.

Percevoir un danger pour sa santé

Le sentiment que la santé est en *danger à court ou long terme* est éprouvé par 30% de l'échantillon, et concerne tout particulièrement les salariés qui ont déjà fait l'expérience de problèmes de santé dans le passé.

« Souffrir de quelque chose »

Enfin, une question aux contours très larges a été posée aux 200 répondants : « *vous arrive-t-il de souffrir de quelque chose* ? ». Les résultats permettent de remarquer l'existence d'une souffrance fortement présente, puisque 58% des salariés ont répondu positivement. Parmi ces 115 personnes, une majorité sont des femmes.

Les salariés étaient invités à identifier cette souffrance (« *si oui, de quoi souffrez-vous* ? »). Parmi leurs 129 réponses, on retrouve une partie des troubles déclarés pour les deux dernières années ou pour l'ensemble de la vie. Outre des douleurs ou des gênes d'ordre physique, 35 personnes font état de tensions familiales et surtout de formes de souffrance morale : « *mal-être* », « *solitude* », « *souffrance psychologique* », « *dépression* », « *anxiété* », « *problèmes nerveux* » sont les réponses données par ces salariés. Enfin, 9 réponses mentionnent explicitement la vie professionnelle comme lieu d'origine de la souffrance.

La souffrance s'associe fréquemment et fortement avec les diverses dimensions de la santé actuelle, de l'histoire de santé, et du rapport à la santé. Les déclarations en matière de santé semblent donc condenser une grande partie de la souffrance exprimée. Mais une partie seulement : dans chaque modalité indiquant une perception positive de la santé, un pourcentage non négligeable de personnes déclarent pourtant souffrir de quelque chose (par exemple, les

¹³ Possibilité de réponses multiples.

salariés qui s'estiment en très bonne santé sont tout de même 36% à déclarer souffrir de quelque chose).

L'ensemble des résultats de cette enquête met en relief la pluridimensionnalité de la santé telle qu'elle est conçue et décrite par les répondants. Sensations physiques et état « moral », perceptions actuelles et événements passés, processus biologiques « internes » et expression de rapports sociaux difficiles se combinent pour faire de la santé une expérience transversale qui se décline dans l'ensemble des registres existentiels.

Expériences du travail et de la santé : quelles articulations ?

Comment les expériences de la santé telles que nous pouvons les appréhender à travers les réponses données par les salariés se différencient-elles au regard des caractéristiques des expériences du travail, et en particulier de sa précarisation ? Le rapport au travail et le rapport à l'emploi sont saisis ici par un ensemble de critères que nous croiserons successivement avec le registre de la santé.

Emploi exercé et santé perçue : des liens confus

Dans le questionnaire, les salariés étaient interrogés sur la nature de leur emploi actuel sous forme de question ouverte, à laquelle il leur était demandé de répondre « le plus précisément possible ». En nous appuyant sur ces réponses, mais sur aussi d'autres éléments d'information recueillis dans le questionnaire (le niveau de qualification, le revenu, le type de contrat de travail, ainsi que les éventuelles remarques des salariés transcrites par les médecins du travail ou les commentaires de ces derniers), l'emploi a été codé en cinq grandes catégories. En termes de classification comme en termes de statut, ces groupes ne recoupent que très partiellement les PCS¹⁴ au sens de l'INSEE. Il s'agit plutôt de regroupements en fonction des types de tâches effectuées et du secteur d'activité.

- La catégorie des *personnels de service* (30% de l'ensemble) regroupe des salariés exerçant des emplois non qualifiés dans le secteur industriel, dans le bâtiment (manutentionnaire, manœuvre) ou dans les services (ménage, nettoyage). Ont également été classés dans cette catégorie les caissières de grandes surfaces, les employés de chaîne de restauration rapide ainsi que les salariés en contrat aidé occupant des emplois non qualifiés (surveillance devant une école, par exemple). La dénomination « personnels de service » a été choisie moins pour sa signification en termes de secteur d'activité (puisque tous les secteurs peuvent être concernés) que pour ce qu'elle indique de la place dans la division sociale du travail. En résumé, le sens de cette catégorie réside dans le regroupement des emplois les moins qualifiés (voire les plus disqualifiés) de chaque secteur d'activité ;

- Les *ouvriers non qualifiés* (21% de l'échantillon) exercent dans l'industrie à des postes pas ou peu qualifiés mais relativement précis et inscrits dans une division du travail de type taylorien ;

- Le groupe des *ouvriers qualifiés* (13% des répondants) correspond à la nomenclature de l'INSEE et rassemble essentiellement des personnes ayant un diplôme professionnel technique ;

¹⁴ CHENU A., GUGLIELMETTI F., « Coder la profession : nouvelles procédures, vieux problèmes », *Courrier des statistiques*, n° 95-96, 2000, pp. 57-67 ; DESROSIÈRES A., THÉVENOT L., *Les catégories socioprofessionnelles*, Paris, La Découverte, 1988.

– La catégorie des *employés*, très hétérogène, regroupe essentiellement des salariés occupants des emplois administratifs ou commerciaux ;

– Enfin, les *professions intermédiaires et supérieures* rassemblent les 15% de salariés occupant des emplois qualifiés de niveau égal ou supérieur à Bac+2.

Ces cinq catégories sont donc à comprendre comme des indicateurs très généraux de position dans la hiérarchie des professions et d'appartenance à un secteur d'activité, et sont loin d'avoir la précision descriptive des PCS telles que les construit l'INSEE. Il faut également souligner que la population étudiée étant, du fait de son mode de recrutement, largement concernée par la précarité de l'emploi (contrats non durables), le type d'emploi occupé est susceptible de n'être que temporaire. Ainsi, lorsqu'il est question par exemple des « personnels de service », il faut entendre : « les personnes qui occupent un emploi de service au moment de l'enquête » (et dont certaines ont un niveau de qualification bien supérieur). En d'autres termes, l'emploi tel qu'il est défini ici ne peut pas être considéré comme une caractéristique stable d'appartenance sociale.

Qu'en est-il de la santé déclarée au regard du type d'emploi ?

Type d'emploi et santé perçue (%)¹⁵

	Personnels de service	Ouv. non qualifiés	Ouvriers qualifiés	Employés	Interméd. & sup.
Santé actuelle : - Très bonne	16	20	27	23	21
- Bonne	74	68	62	67	68
- Mauvaise	11	13	12	9	11
Difficultés physiques fortes au cours des derniers mois	31	38	28	29	19
Difficultés psychologiques fortes au cours des derniers mois	58*	46	46	31	26
Sentiment de ne pas pouvoir « récupérer »	39	30	35	32	30
Sentiment de perdre le sommeil	39*	20	35	17	13
Sentiment que la santé est en danger à court ou long terme	31	34	35	23	29
Maladie dans les 2 dernières années	49	43	38	49	45
Grave problème de santé au cours de la vie	29	35	31	26	32
Souffrir de quelque chose	76*	50	36	56	55

On remarque d'abord le très faible nombre d'associations significatives : au premier regard, les catégories d'emploi ne semblent que peu corrélées aux différentes variables de santé déclarée. Seul le groupe des *personnels de service* présente des proportions significativement plus importantes de salariés qui déclarent avoir éprouvé dans les derniers mois des difficultés psychologiques fortes (58%*), avoir le sentiment de perdre le sommeil (39%*), et souffrir de quelque chose (76%*). Ils sont également les plus nombreux à avoir le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » (39%).

Les *ouvriers non qualifiés* sont 38% à éprouver des difficultés sur le plan physique ; et les *ouvriers qualifiés* se singularisent autour de modalités divergentes : c'est dans ce groupe que le pourcentage de salariés en très bonne santé est le plus élevé (27%) et que les salariés qui souffrent de quelque chose sont les moins nombreux (36%), mais on relève un taux relativement élevé de salariés qui ont le sentiment de perdre le sommeil (35%).

Les deux catégories d'ouvriers sont les plus « inquiètes » : le sentiment que la santé est en danger est plus présent ici que dans les autres groupes.

Les *employés*, qui ne sont que 9% à estimer être en mauvaise santé, sont tout de même (comme les personnels de service) la moitié à avoir été malades dans les deux dernières années (49%).

Enfin, les salariés exerçant comme *professions intermédiaires et supérieures* sont les moins concernés par les difficultés physiques ou psychologiques, par le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer », et par la perte de sommeil.

Certaines spécificités peuvent donc être remarquées, mais globalement la santé perçue actuelle et passée est très peu indexée sur la hiérarchie des catégories d'emploi (la seule modalité qui diminue à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des emplois est la présence de difficultés psychologiques au cours des derniers mois). S'il est vrai qu'entre les deux extrêmes que sont les personnels de service d'un côté et les professions intermédiaires et supérieures de l'autre, les proportions de salariés faisant état d'altérations de la santé sont presque toujours moindres dans la deuxième catégorie, la progression est loin d'être linéaire pour la plupart des variables. Ce résultat, qui semble contradictoire avec les tendances connues en matière de santé perçue¹⁶ et

¹⁵ Lecture : 16% des salariés exerçant comme personnels de service sont en très bonne santé. Pour tous les tableaux : les cases en gras et en italique signalent les sur-représentations les plus remarquables, et les astérisques signalent les associations avec un khi_ significatif (p<7%).

¹⁶ DUMARTIN S., « Trois quarts des Français se considèrent en bonne santé », *INSEE Première*, n° 702, 2000.

d'inégalités sociales de santé, n'est cependant pas surprenant dans une population fortement marquée par des formes de précarisation du travail¹⁷, et dans laquelle l'emploi occupé au moment de l'enquête est bien souvent temporaire et en décalage avec les qualifications scolaires et professionnelles.

La mauvaise santé caractérise les salariés en CDI

Peut-on identifier des associations statistiques indiquant que l'expérience de la santé diffère selon la nature (stable ou non stable) du contrat de travail ? Les salariés en CDI perçoivent-ils leur santé (actuelle et dans son histoire) de la même façon que ceux qui exercent en contrat précaire ?

Statut de l'emploi et santé perçue (%)¹⁸

	CDI (n=104)	Précaire (n=96)
Santé actuelle : - Très bonne	18	23
- Bonne	68	69
- Mauvaise	14	7
Difficultés physiques fortes au cours des derniers mois	37*	22
Difficultés psychologiques fortes au cours des derniers mois	44	42
Sentiment de ne pas pouvoir « récupérer »	38	29
Sentiment de perdre le sommeil	36*	15
Sentiment que la santé est en danger à court ou long terme	32	28
Maladie dans les 2 dernières années	48	43
Grave problème de santé au cours de la vie	38*	22
Souffrir de quelque chose	60	56

Une première remarque forte s'impose face à ces résultats : la mauvaise santé se situe nettement du côté des salariés en CDI. Presque tous les croisements indiquent en effet que les modalités de santé dégradée sont sur-représentées parmi les salariés en emploi stable. De façon significative, les salariés en CDI sont ainsi 37%* à avoir éprouvé des difficultés fortes sur le plan physique dans une période récente, 36%* à avoir le sentiment de perdre le sommeil, et 38%* à avoir eu un grave problème de santé au cours de leur vie. Outre ces corrélations, on observe que les salariés en emploi stable sont plus nombreux à estimer être en mauvaise santé (14%), à avoir le sentiment de ne pas pouvoir « récupérer » (38%), et à avoir été malades au cours des deux dernières années (48%). Quelques variables cependant ne font pas apparaître de différence forte entre les deux statuts d'emploi : les difficultés psychologiques, le sentiment que la santé est en danger ainsi que la souffrance se retrouvent en proportions relativement proches dans les deux groupes, tout en restant plus présentes chez les salariés en CDI.

Au vu de ces résultats, on peut affirmer que la santé déclarée des salariés en CDI est nettement moins bonne que celle des salariés en emploi précaire. Plusieurs pistes interprétatives peuvent être suivies pour expliquer ce constat.

¹⁷ Cf. note 10.

¹⁸ Lecture : 18% des salariés en CDI s'estiment en très bonne santé.

La première fait intervenir un effet d'âge. Les salariés en CDI sont en effet nettement plus âgés : 41%* d'entre eux ont 45 ans ou davantage, tandis que les salariés en emploi précaire ne sont que 10% à appartenir à cette tranche d'âge. On peut donc se poser la question suivante : la santé dégradée des salariés en CDI est-elle observée seulement dans les modalités pour lesquelles les salariés les plus âgés sont les plus concernés ? Et dans ce cas, l'association entre l'âge et la santé dégradée se vérifie-t-elle également au sein des salariés en emploi précaire ? Malgré la faiblesse des effectifs à ces niveaux de subdivision de l'échantillon, on peut conclure que l'hypothèse d'un effet d'âge se vérifie pour 4 des variables indiquant une santé dégradée chez les salariés en CDI : la *mauvaise santé* actuelle, les *difficultés physiques*, le sentiment que la santé est en *danger*, et la présence d'un *grave problème de santé au cours de la vie*. Encore resterait-il à comprendre ce que l'âge recouvre exactement ici : le vieillissement, on le sait, n'est pas une dynamique strictement biologique, mais comporte une large part de « social », et de ce point de vue la vie professionnelle n'est évidemment pas indifférente. Ainsi, l'âge « apparaît à la fois comme un facteur par lui-même (car la liaison entre l'âge civil et l'âge fonctionnel – l' "âge des artères" – est certaine, même si sa formulation précise est difficile à établir) et comme une "variable relais", puisque sur l'avancée en âge viennent s'inscrire les parcours professionnels et les événements de la vie hors travail¹⁹ ». En l'occurrence, les salariés en CDI sont-ils seulement plus âgés, ou sont-ils également plus « usés » par leur vie de travail ? Les renseignements recueillis dans ce questionnaire ne permettant pas de répondre, la question reste ouverte.

Pour les autres variables, on observe soit une sur-représentation simultanée parmi les salariés les plus jeunes et les plus âgés (*perte de sommeil*) ; soit une association exclusive avec les salariés les plus jeunes : ainsi, le sentiment de *ne pas pouvoir « récupérer »* et les *maladies dans les deux dernières années* sont spécifiquement le fait des salariés de moins de 25 ans, qu'ils exercent en CDI ou en contrat précaire. Un effet d'âge – au sens en tout cas d'un effet du vieillissement – n'est donc pas ici une explication pertinente.

On peut suggérer une autre hypothèse explicative, qui se réfère à un tout autre niveau d'analyse : pour une part d'entre eux, les salariés en contrat précaire ne seraient pas en meilleure santé, mais déclareraient moins les troubles qu'ils ressentent. Cette hypothèse se fonde sur la connaissance des enjeux sociaux du rapport entre santé et précarisation de l'emploi. On ne peut pas exclure en effet que certains salariés en contrat précaire aient été réticents à « avouer » des problèmes de santé, en particulier face au médecin du travail qui, on le sait, prononce l'aptitude ou l'inaptitude au poste de travail (et cela même si les médecins du travail sont souvent très soucieux de « gagner la confiance » des salariés, et ne prononcent une inaptitude que lorsqu'ils estiment qu'aucune autre solution n'est possible). Dans ce contexte, une forme d'autocensure pourrait donc biaiser les déclarations des salariés concernant leur santé : face à l'éventualité d'une perte d'emploi, « les salariés tentent jusqu'à la limite du supportable de *tenir* dans les situations de travail qui sont les leurs. (...) Le coût pour eux de ce maintien est élevé, d'autant que *tenir* consiste bien souvent à ne pas se faire repérer par des plaintes ni a fortiori par des revendications. Ce silence pérennise alors des conditions de travail pénibles qui ne sont plus dénoncées que par l'émergence de pathologies avérées²⁰ ».

On peut imaginer les conséquences néfastes de telles attitudes : au moment où toute la médecine insiste sur l'importance des diagnostics et des traitements précoces pour de meilleurs pronostics à

¹⁹ VOLKOFF S., THÉBAUD-MONY A., « Santé au travail : l'inégalité des parcours », in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/INSERM, 2000, pp. 349-362.

²⁰ DESSORS D., « Précarité, précarisation, santé : lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail », Communication aux XXIIIes Journées nationales de médecine du travail, Besançon, 1994, *Archives des maladies professionnelles*, vol. 56, n° 3, 1995, pp. 176-180. Notre questionnaire permet de prendre la mesure de cette subordination de la santé au maintien dans l'emploi dans un contexte de précarité : les salariés en contrat précaire et ceux qui perçoivent leur emploi comme menacé (quelque soit le type de contrat) sont significativement plus nombreux à déclarer qu'en cas de problème de santé, ils doivent renoncer à des absences ponctuelles et à des arrêts maladie.

court et moyen terme, prendre l'habitude de ne pas se plaindre et de ne pas se faire soigner hypothèque incontestablement l'avenir de santé des « salariés de la précarité » – c'est-à-dire d'une part croissante du salariat.

Enfin, la troisième explication possible de la meilleure santé des salariés en contrat précaire renvoie aux processus classiquement connus de sélection professionnelle par la santé. Il est plausible d'imaginer que les salariés qui sont en mauvaise santé et qui ne sont pas déjà relativement protégés par un CDI n'ont que très peu accès à l'emploi, même précaire : se trouvant en situation d'« inemployabilité par la santé²¹ », ils se situent donc hors du champ de cette enquête.

Les deux dernières interprétations permettent d'apercevoir les effets de la précarité sur la santé sous un jour nouveau : pour une part, ces effets ne sont pas directs, comme on le pense souvent, ils sont le produit de mécanismes plus subtils et largement inaperçus.

Le « sentiment de précarité » : un indicateur de santé ?

L'insécurité de l'emploi n'est pas réservée aux seuls salariés en contrats non durables. Le sentiment de pouvoir perdre son emploi est éprouvé également par un grand nombre de salariés en emploi stable, et cette perception d'une menace est devenue l'une des composantes majeures du rapport au travail pour une part non négligeable du salariat²². De quelle façon ce « sentiment de précarité » s'associe-t-il avec les déclarations en matière de la santé ?

²¹ THÉBAUD-MONY A., « Atteintes à la santé liées au travail et construction sociale de "l'inemployabilité" », in ABÉCASSIS F., ROCHE P., *Précarisation du travail et lien social. Des hommes en trop ?*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 157-168.

²² Dans notre échantillon, 31% des répondants estiment qu'ils peuvent perdre leur emploi à court ou moyen terme (1 sur 2 parmi les salariés en CDD ou en intérim, et 1 sur 5 parmi les salariés en CDI).

Sentiment de pouvoir perdre son emploi et santé perçue (%) ²³		
	Emploi non menacé (n=118)	Emploi menacé (n=62)
Santé actuelle : - Très bonne	20	19
- Bonne	73	63
- Mauvaise	7	18*
Difficultés physiques fortes au cours des derniers mois	26	36
Difficultés psychologiques fortes au cours des derniers mois	45	55*
Sentiment de ne pas pouvoir « récupérer »	32	35
Sentiment de perdre le sommeil	25	30
Sentiment que la santé est en danger à court ou long terme	23	38*
Maladie dans les 2 dernières années	42	52
Grave problème de santé au cours de la vie	28	32
Souffrir de quelque chose	58	60

Mauvaise santé actuelle, difficultés psychologiques, sentiment que la santé est en danger sont significativement associés à la perception de l'emploi actuel comme menacé. Toutes les autres modalités, avec des écarts variables (de 10% pour les difficultés physiques et les maladies au cours des deux dernières années à 2% pour la souffrance), confirment la moins bonne santé des salariés qui pensent pouvoir perdre leur emploi.

Nous sommes donc en présence d'une double dichotomie des expériences de la santé : dégradation du côté des salariés en CDI et de ceux qui éprouvent un sentiment de précarité ; santé plus positive chez les salariés en emploi précaire et chez ceux qui ne perçoivent pas leur emploi comme menacé. Des analyses complémentaires permettent de montrer que dans chaque groupe de statut d'emploi (CDI/précaire), les salariés qui pensent pouvoir perdre leur emploi sont beaucoup plus nombreux à déclarer des modalités de mauvaise santé, actuelle et passée.

Pour les salariés en CDI perçu comme menacé, la différence est nette et systématique ; parmi les salariés en contrat précaire, l'association entre crainte pour l'emploi et mauvaise santé se vérifie également – à l'exception des maladies au cours des deux dernières années, plus présentes chez ceux qui n'ont pas le sentiment de pouvoir perdre leur emploi, et de la souffrance, qui ne fait pas de différence au sein des salariés en contrat précaire, qui de ce point de vue ne se distinguent pas des salariés en CDI menacé.

Finalement, du point de vue de la santé, les salariés dont l'expérience est la plus positive sont ceux qui exercent en contrat précaire tout en n'ayant pas le sentiment de pouvoir perdre leur emploi.

Deux lignes explicatives peuvent être suggérées :

- on peut supposer que le sentiment de précarité est partie prenante d'une dégradation de la santé, par le biais de l'inquiétude et du sentiment d'insécurité qui peuvent en eux-mêmes être

²³ Lecture : 29% des salariés qui ont le sentiment de pouvoir perdre leur emploi appartiennent à la classe de la mauvaise santé, 24% à celle de la santé en difficultés, et 29% à celle de la souffrance. 19% sont en très bonne santé.

pathogènes. Ceci pourrait expliquer en particulier les altérations de la santé susceptibles de mobiliser un processus psychosomatique (difficultés psychologiques, perte de sommeil). Cependant, on ne voit pas très bien comment le sentiment de pouvoir perdre son emploi actuel pourraient expliquer les altérations de la santé passée (maladies dans les deux dernières années, grave problème au cours de la vie...) ;

- c'est pourquoi une causalité inverse semble plus probable : la mauvaise santé perçue est considérée par les salariés comme un facteur potentiel de précarisation professionnelle, ce qui est d'autant plus plausible que le sentiment de pouvoir perdre son emploi est particulièrement éprouvé par les salariés qui occupent les emplois les plus pénibles (24% d'entre eux exercent comme ouvriers non qualifiés et 27% comme personnel de service, et plus des deux-tiers connaissent des conditions au moins partiellement dégradées). Se savoir ou se sentir en mauvaise santé augmente ainsi la probabilité perçue de perdre son emploi – probabilité perçue qui, en l'occurrence, correspond à une probabilité statistique réelle²⁴. Sur ce point, les résultats de cette enquête midi-pyrénéenne auprès d'un petit échantillon convergent avec des constats bien établis auprès de populations beaucoup plus nombreuses²⁵. Une santé dégradée, observée plus souvent – mais pas uniquement – chez les travailleurs vieillissants, crée en effet un « handicap de situation », c'est-à-dire un « désajustement entre les aptitudes d'un travailleur et le poste qu'il occupe. En pareil cas, si des transformations du poste ne sont pas envisagées à temps, et si les stratégies possibles de mobilité sont restreintes, ces handicaps installent ceux qui les vivent dans un statut de "population à risque" en matière d'emploi²⁶ ».

Si l'on adopte une perspective rétrospective en s'intéressant au *parcours professionnel antérieur* des salariés, on constate que la santé la plus dégradée est observée chez les salariés qui exercent actuellement en CDI tout en ayant déjà travaillé en CDI auparavant. L'association CDI-mauvaise santé est donc éclairée par ce résultat complémentaire : au sein des salariés en emploi stable, la dégradation de la santé concerne en particulier ceux qui ont déjà travaillé en CDI (et qui ont donc perdu ou quitté au moins une fois un emploi de ce type). Par ailleurs, le fait d'avoir connu au moins une période de chômage difficile tend à s'associer avec une santé problématique, de même que l'expérience de l'intérim quand elle n'a pas été jugée satisfaisante. A l'opposé, la multiplicité des contrats de travail au cours des deux dernières années est liée à la très bonne santé, en cohérence avec la jeunesse des salariés concernés par cette forte mobilité professionnelle. Les caractéristiques du parcours professionnel antérieur (que le questionnaire ne fait qu'entrevoir) semblent donc pertinentes pour comprendre comment le rapport à l'emploi s'articule avec l'histoire de santé.

Enfin, sur le plan des conditions d'emploi, la précarité peut également s'opérationnaliser dans le critère du *temps de travail*, et en particulier lorsque celui-ci ne convient pas aux répondants²⁷. En l'occurrence, un tiers des salariés de l'échantillon exercent à temps partiel, et parmi eux, la moitié souhaiteraient travailler davantage. Or, on observe chez ces salariés en sous-emploi de très nettes corrélations avec toutes les modalités indiquant une santé dégradée.

²⁴ Ceci explique par ailleurs les attitudes d'autocensure dans la déclaration de maladies et des troubles de santé que nous avons mentionnées précédemment.

²⁵ JUSOT F., KHLAT M., ROCHEREAU T., SERMET C., « Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi », *Données sociales 2006*, Paris, INSEE, 2006, pp. 533-542.

²⁶ DESSORS D., SCHRAM J., VOLKOFF S., « Du "handicap de situation" à la sélection-exclusion : une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques », *Travail et emploi*, n° 48, 1991, pp. 31-47.

²⁷ LESNARD L., « Flexibilité des horaires de travail et inégalités sociales », *Données sociales 2006*, Paris, INSEE, 2006.

La santé au prisme des conditions de travail

Les conditions de travail, on le sait, sont un creuset fondamental des inégalités sociales de santé. Nous les avons explorées en privilégiant des informations relatives à l'environnement matériel, aux questions de temporalité, aux contraintes organisationnelles et aux relations professionnelles. Au total, 12 questions interrogent les salariés sur leurs conditions de travail actuelles²⁸.

Afin de pouvoir saisir de façon synthétique la situation de chaque répondant, une variable composite a été créée à partir des 12 principales variables de conditions de travail. L'échantillon se divise alors en trois catégories de la façon suivante : 42% des salariés font l'expérience de *bonnes* conditions de travail (0 à 2 réponses indiquant des conditions de travail dégradées) ; 28% se situent dans la catégorie des conditions de travail *moyennes* (3 ou 4 caractéristiques négatives des conditions de travail) ; et 30% font l'expérience du cumul des contraintes caractérisant les *mauvaises* conditions de travail.

Conditions de travail et santé perçue (%)²⁹

	Bonnes (n=84)	Moyennes (n=56)	Mauvaises (n=60)
Santé actuelle : - Très bonne	30*	19	6
- Bonne	64	76	6
- Mauvaise	6	6	23*
Difficultés physiques fortes au cours des derniers mois	22	31	38*
Difficultés psychologiques fortes au cours des derniers mois	36	42	54*
Sentiment de ne pas pouvoir « récupérer »	21	36	48*
Sentiment de perdre le sommeil	19	24	37*
Sentiment que la santé est en danger à court ou long terme	21	37	36
Maladie dans les 2 dernières années	40	44	55
Grave problème de santé au cours de la vie	29	27	35
Souffrir de quelque chose	52	54	70*

On constate que les modalités de santé dégradée sont toutes associées aux mauvaises conditions de travail, avec des sur-représentations importantes et souvent significatives. A l'inverse, les

²⁸ Les contraintes et les prescriptions dans le travail se traduisent par une *surveillance* importante (49% de l'échantillon), par une forte proportion de personnes qui déclarent devoir travailler selon un *rythme imposé* (44%), par l'obligation à suivre des *consignes* jugées superflues (25%), et par une marge d'*initiative* jugée insuffisante (23%). Si les répondants ne sont que 14% à travailler avec des *horaires* qui ne leur conviennent pas, ils sont près de la moitié à ne pas pouvoir les discuter. L'intensité du travail est ressentie par 27% des personnes interrogées, qui ont le sentiment que le *temps de travail* prévu pour effectuer leurs tâches n'est pas suffisant. Un tiers des répondants font état de sources de *gênes importantes* dans leur environnement de travail. La proportion de 41% des salariés qui estiment que leur travail est *répétitif et monotone* laisse entrevoir une forte présence de formes d'insatisfaction dans le travail. Quant aux *relations de travail*, pour lesquelles il a été demandé aux salariés de les qualifier d'« agréables », « correctes » ou « difficiles », elles sont nettement plus souvent agréables avec les collègues qu'avec les supérieurs (57% contre 37%). Les relations difficiles, que ce soit avec les uns ou les autres, restent largement minoritaires et, sur ce terrain-là, l'écart entre collègues et supérieurs est faible. Enfin, quand on demande aux salariés de *mettre en perspective les conditions de travail* qui sont les leurs au moment de l'enquête avec leur expérience passée, un quart d'entre eux considèrent que ces conditions sont plus dures qu'auparavant.

²⁹ Lecture : 30%* des salariés travaillant dans de bonnes conditions déclarent être en très bonne santé.

salariés qui ont de bonnes conditions de travail ont très massivement déclaré une absence de problèmes de santé.

L'analyse approfondie effectuée à partir des conditions de travail dans leur détail (et non plus sous la forme synthétique du score global) montre que quatre d'entre elles sont particulièrement associées à la mauvaise santé : le fait de percevoir ses conditions de travail actuelles comme « plus dures » qu'auparavant, la présence de gênes importantes dans l'environnement de travail, les relations considérées comme « difficiles » avec les collègues, et la perception du travail

Comment interpréter ce résultat ? Sans doute s'agit-il là aussi pour partie d'un effet d'âge, car les salariés qui travaillent dans de mauvaises conditions sont pour près d'un tiers âgés de 45 ans et plus, et cette tranche d'âge déclare par ailleurs une santé nettement moins bonne. A première vue ces résultats suggèrent que l'effet bien connu de sélection par la santé (« healthy worker effect »), selon lequel ce sont les salariés en meilleure santé qui occupent les postes les plus pénibles, n'est pas observé dans la population enquêtée. Ici au contraire, santé dégradée et conditions de travail difficiles et pénibles vont de pair. Mais sans doute faut-il nuancer cette remarque en rappelant que l'enquête se situe uniquement au niveau des *perceptions* des conditions de travail par les salariés. La pénibilité « objective » (pour autant qu'elle puisse être définie, par exemple avec des indicateurs précis concernant les efforts physiques, le port de charges, les gestes répétitifs, etc.) est peut-être davantage le fait des salariés en meilleure santé, mais ceux dont la santé est altérée, par le vieillissement ou par d'autres facteurs, perçoivent néanmoins leurs conditions de travail comme plus difficiles. L'enquête ne dispose pas de questions assez précises et « objectivantes » concernant les conditions de travail (du type de celles utilisées dans les enquêtes de la DARES) pour explorer davantage cette thématique. D'autre part, l'hypothèse d'une cessation d'activité professionnelle pour des raisons de santé reste pertinente, et l'on peut supposer que les salariés dont la santé était la plus dégradée ne sont plus en emploi, et donc invisibles dans cette enquête.

Satisfaction *dans* et *par* le travail et santé perçue

Notre questionnaire interrogeait également l'expérience du travail des salariés sous l'angle de la satisfaction *dans* le travail, saisie notamment à travers le sentiment que le travail est reconnu par l'entourage professionnel (un quart des salariés n'éprouvent pas cette reconnaissance, dont on sait l'importance dans la construction intersubjective du rapport au travail³⁰) ; et sous l'angle de la satisfaction *par* le travail, qui questionne la conciliation vie professionnelle-vie hors travail en demandant aux salariés s'ils estiment que leur travail leur permet d'avoir une vie personnelle satisfaisante (ce qui est le cas de quatre salariés sur cinq).

Le tableau ci-dessous permet de voir que l'absence de satisfaction, qu'elle se situe dans le registre de la reconnaissance professionnelle ou de l'articulation entre travail et vie personnelle, est très largement corrélée à toutes les modalités de santé dégradée :

³⁰ DEJOURS C., *Travail, usure mentale*, rééd. : Paris, Bayard, 2000.

Satisfaction *dans et par* le travail et santé perçue (%)³¹

	Reconnaissance professionnelle		Vie personnelle satisfaisante	
	Oui	Non	Oui	Non
Santé actuelle : - Très bonne	23*	11	23*	9
- Bonne	70	70	69	63
- Mauvaise	7	19*	8	28*
Difficultés physiques fortes au cours des derniers mois	24	40*	24	58*
Difficultés psychologiques fortes au cours des derniers mois	38	58*	40	63*
Sentiment de ne pas pouvoir « récupérer »	29	44*	28	61*
Sentiment de perdre le sommeil	20	42*	20	55*
Sentiment que la santé est en danger à court ou long terme	28	34	27	42*
Maladie dans les 2 dernières années	43	52	44	55
Grave problème de santé au cours de la vie	26	44*	27	45*
Souffrir de quelque chose	57	63	56	73*

* * *

L'ensemble de la recherche, dont on n'a livré ici que quelques résultats³², suggère que les expériences du travail et les expériences de la santé ne se combinent pas selon un schéma univoque dans lequel les différentes manifestations de la précarisation s'associeraient de façon systématique avec une dégradation de la santé déclarée. Du point de vue des expositions et des atteintes professionnelles, la précarisation produit probablement à la fois une accentuation des disparités entre les PCS et un éclatement interne à chacune d'entre elles. Il est certain en tout cas que pour imaginer ce que deviennent les inégalités sociales de santé dans le contexte du monde du travail néocapitaliste³³, il est nécessaire de multiplier les indicateurs de la position socioprofessionnelle : plus que le statut contractuel de l'emploi, c'est la place occupée dans le système productif qu'il est pertinent de prendre en considération – cette place étant définie simultanément par les conditions d'emploi, par les conditions de travail, et par le contexte organisationnel où se situe l'activité professionnelle³⁴. Pour les générations les plus jeunes ayant acquis une qualification, les décalages entre emploi actuel et niveau de formation laissent présager une mobilité professionnelle plus importante qu'auparavant : il importe d'en apprécier les formes à travers l'histoire des parcours, car on peut supposer que certaines d'entre elles constituent les conditions d'une dégradation de l'expérience de santé.

Ainsi, nos résultats invitent plutôt à explorer la complexité des relations entre intégration professionnelle et santé, complexité renforcée par les transformations contemporaines du travail et de l'emploi. En effet, l'un des paradoxes de l'évolution actuelle des liens santé-travail tient à ce

³¹ Lecture : 23%* des salariés dont le travail est reconnu dans l'entourage professionnel déclarent être en très bonne santé.

³² HÉLARDOT V. (2005), *Santé ou travail ? Les expériences sociales de la santé et de la précarisation du travail*, Thèse pour le doctorat de sociologie, CIRUS-CERS, Université de Toulouse-le-Mirail, 2 tomes, 971 p.

³³ PLIHON D., *Le nouveau capitalisme*, Paris, La Découverte, 2003.

³⁴ DAUBAS-LETOURNEUX V., THÉBAUD-MONY A., « Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne », *Travail et emploi*, n° 96, 2003, pp. 9-35.

que les retentissements de la précarisation du travail dans la sphère de la santé se doublent d'une occultation de ces effets eux-mêmes. Avec la discontinuité croissante des parcours et le développement de formes de nomadisme professionnel, le suivi médical des multiples expositions simultanées et/ou successives à l'échelle de la vie professionnelle est en effet de plus en plus difficile. D'un point de vue de santé publique, la précarisation contribue ainsi à brouiller la connaissance des effets délétères du travail, et a fortiori de leur rôle dans l'élaboration des inégalités sociales de santé.

Valentine HÉLARDOT
Maître de Conférences

et
Marcel DRULHE
Professeur

Institut de Sciences Sociales Raymond-Ledrut
CIRUS-CERS (UMR CNRS 5193)
Université de Toulouse-Le Mirail