

# Connaissance de l'emploi

Le 4 pages du CEE, juillet-août 2008, numéro

56 *cee*  
CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI

## SANTÉ PRÉCAIRE AU TRAVAIL : QUELQUES PERSPECTIVES SOCIOLOGIQUES

Sylvie CÉLÉRIER  
Centre d'études de l'emploi

Les recherches de ces trente dernières années ont profondément modifié notre compréhension des liens entre travail et santé. Globalement, on décrit mieux les éléments que Cottureau rassemblait en 1983 sous le terme d'*usure au travail*. Les analyses sont plus dynamiques, doublement arrimées aux transformations des organisations productives et aux trajectoires professionnelles des individus. Enfin, une bonne part des interrogations se déplace aujourd'hui vers les stratégies de préservation de la santé *via* les notions d'*emploi de qualité* ou d'*emplois soutenables*. Dans leur diversité, ces recherches ont largement privilégié l'examen des effets du travail et de son organisation sur la santé des travailleurs ; effets délétères tout autant que positifs. Elles ont été moins sensibles

Depuis trente ans, les analyses de la relation santé-travail ont permis de mieux comprendre les effets de l'activité professionnelle sur la santé.

Elles ont été moins sensibles à l'impact de l'état de santé sur le travail lorsque les individus, aux prises avec une maladie, désirent poursuivre ou reprendre leur activité.

La notion de *santé précaire* rend compte des situations dans lesquelles les capacités physiques et intellectuelles sont, en raison de la maladie, marquées par l'instabilité et l'incertitude. Interrogée dans ses rapports au travail, cette notion invite à dépasser les limites des catégories juridiques et à emprunter les pistes ouvertes par la sociologie.

Parce qu'elle dispense, entre autres, du travail, la maladie chronique est toujours objet de jugements moraux (Dodier). Par ailleurs, elle contraint les malades à une gestion « sans fin » de leur vie (Strauss) qui influence leur façon de travailler. Autant de pistes qui invitent au réexamen de certaines dimensions du travail et de son organisation.

à d'autres aspects tels que l'impact d'une *santé précaire* sur le travail et les travailleurs.

Les analyses plus générales du travail, notamment celles menées en sociologie du travail, n'apportent guère d'éclairage sur la question. Qu'il s'agisse de modes d'organisation, de mobilisation de la main-d'œuvre ou de professions, l'état de santé des travailleurs est peu considéré sauf en termes de dégradation d'une bonne santé postulée. Or, la situation de santé des individus ne dépend pas uniquement de l'exposition aux risques professionnels. La maladie ou l'accident peuvent surgir d'autres causes, sans interdire la poursuite ou la reprise des activités professionnelles. Il en va de même pour ceux qui, ayant été

exposés, doivent reprendre le travail. Il est donc possible d'être malade ou de connaître des limitations physiques ou psychiques à l'âge où l'on travaille. Cette probabilité, on le sait, s'élève avec l'âge : les travaux sur le vieillissement au travail l'ont depuis longtemps enregistré.

Nous précisons, dans un premier temps, les phénomènes que nous proposons de rassembler sous le terme de *santé précaire*. Puis, après avoir souligné les limites que rencontrerait l'analyse sociologique si elle s'en tenait aux définitions juridiques, nous chercherons dans les travaux menés en sociologie de la santé ou à sa frontière avec le travail, des cadres d'analyse et des notions qui permettent un retour fructueux sur la relation santé-travail et, plus largement, sur la compréhension du travail et de son organisation.

## ■ La maladie au travail dans les limites étroites du droit

La maladie est une compagne régulière de nos vies comme épreuve réelle ou redoutée. Avec la notion de *santé précaire*, on veut retenir de cette expérience commune les situations dans lesquelles les possibilités physiques et intellectuelles des individus sont, au moins pour un temps, marquées par l'instabilité et l'incertitude. Georges Canguilhem (1948) parle d'un changement d'« allure de vie », en conservant au mot *allure* les trois sens que lui donne notre langue : vitesse, rythme et apparence. La maladie recouvre alors les efforts réalisés pour produire un nouvel équilibre vital, définitivement différent de l'état de santé antérieur où les organes « restaient silencieux ». Il s'agit à proprement parler d'une nouvelle vie dont rien ne dit, il faut y insister, qu'elle soit toujours une perte ou une dégradation de la situation antérieure. Qu'advient-il alors du travailleur quand la maladie ou l'accident l'oblige à modifier *l'allure de sa vie* ?

Pour le droit, ce travailleur est exempté de travail et peut, à ce titre, bénéficier de la solidarité nationale. L'exemption peut être totale, on parle alors d'*incapacité* qui sera, elle-même, temporaire ou durable. Quand elle est temporaire, il s'agit de la *maladie*, un statut reconnu depuis 1934 qui *suspend* le contrat de travail. Quand l'incapacité est durable, on parle d'*invalidité*<sup>1</sup>. Une exemption partielle est également possible : elle renvoie à une difficulté ou une impossibilité à réaliser certaines tâches professionnelles, ce que saisit la notion d'*inaptitude*<sup>2</sup>. Bref, le traitement juridique de la maladie au travail organise une suspension du lien au travail, qui semble retirer tout intérêt à notre question ou la cantonne à quelques situations marginales. Les choses ne sont pas si simples pourtant et il y aurait de réels dangers à limiter l'approche sociologique aux seules définitions que propose le droit.

D'abord, la dispense de travail peut ne pas être utilisée. On pense immédiatement aux indépendants, mais il peut aussi s'agir de salariés qui craignent pour leur emploi. Non que la maladie les menace directement d'un

licenciement – la chose est aujourd'hui plus difficile et plus coûteuse pour l'*employeur*<sup>3</sup> –, mais parce que le reclassement, en cas d'inaptitude constatée au moment du retour en emploi, peut se traduire par une série de pertes : statut, activité ou salaire. Il peut même aboutir à un licenciement en cas de refus du salarié ou d'absence de poste adapté. Certains continuent donc de travailler sans faire état de leurs difficultés.

Ensuite, le retrait du travail qu'organise le droit est fondé sur l'expertise médicale. Les catégories juridiques de *maladie*, *inaptitude* et *invalidité* engagent le médecin ou plutôt une « ronde de médecins » (Bourgeot, Blatman, 2005) : médecin traitant qui seul peut accorder l'arrêt de travail, médecin conseil qui le contrôle, médecin contrôleur qui le vérifie pour le compte de l'employeur, médecin du travail qui autorise la reprise et/ou « constate » l'inaptitude partielle ou totale. Ce que ces médecins ne reconnaissent pas (encore) comme pathologique ou ce que le travailleur ne soumet pas à leur expertise échappe au droit et à l'analyse. La définition juridique de la maladie au travail s'articule donc à des pratiques – des experts et des travailleurs eux-mêmes – socialement et historiquement situées. Nicolas Dodier (1993) a décrit la dimension interprétative de ces pratiques pour les médecins du travail. On en retrouve l'écho dans l'analyse récente des arbitrages de ces mêmes médecins à propos de la déclaration d'(in)aptitude des salariés les plus âgés (Bardot, Touranchet, 2006). Leurs décisions (« dilemmes », disent les auteurs) intègrent, outre l'état de santé et les exigences du poste de travail, les conditions d'indemnisation financières et les incidences psychologiques des différents dispositifs. Ainsi, selon la perception des risques socio-économiques, les conditions d'accès aux dispositifs en cours, la situation du marché du travail, les médecins jugent différemment et contribuent à redéfinir les contenus pratiques des catégories juridiques. Les historiens l'ont montré pour la notion d'inaptitude, dont le rôle et les populations concernées n'ont cessé de se transformer (Omnès, Bruno, 2004), ce que confirment les comparaisons internationales qui soulignent la diversité, voire les divergences, de mises en œuvre nationales à partir de définitions pourtant très semblables (De Boer et alii, 2007).

Enfin, le retrait du travail n'est jamais définitif, sauf dans les cas d'invalidité totale. Quand la phase aiguë s'achève ou qu'une période de *rémission* s'annonce, il faut revenir au travail, ne serait-ce que pour des raisons économiques. Ce retour s'effectuera dans des conditions assez différentes selon que le travailleur appartient au secteur public, au secteur privé ou travaille pour son propre compte. Si aucune inaptitude n'a été constatée ni aucun aménagement demandé (mi-temps thérapeutique par exemple), le travailleur n'est plus ni *malade* ni *inapte* au regard du droit. Il n'en reste pas moins *malade*, dans la mesure où il lui faut faire avec d'éventuelles limitations, des obligations administratives ou thérapeutiques, voire des contraintes familiales et personnelles. L'ampleur du changement d'*allure*

1. La gravité de l'invalidité est appréciée sur une échelle à trois niveaux donnant lieu à des prestations différenciées.

2. Les malades peuvent également faire valoir un « trouble de santé invalidant » et bénéficier ainsi de droits élargis par la loi de 2005 sur *Les droits des personnes handicapées*. Mais la revendication du statut de « personne handicapée »,

même si la définition qu'en donne la loi de 2005 l'a considérablement élargie, suscite des réticences chez les associations de malades ou, du moins, fait débat.

3. Cf. notamment l'article L-122-45 du Code du travail qui stipule que le licenciement pour maladie ou handicap n'est possible qu'en cas de trouble du fonctionnement de l'entreprise et sous réserve d'en apporter une preuve argumentée.

de vie, pour reprendre Canguilhem, ne dépend pas seulement des aspects biologiques. Selon les souplesses que laisse l'organisation du travail, le collectif de travailleurs ou les soutiens dont on dispose à l'extérieur du travail, les effets de la maladie seront plus ou moins sensibles, plus ou moins pénalisants. Canguilhem définit la maladie comme « une réduction de la marge de tolérance aux infidélités du milieu ». Les caractéristiques du « milieu », ici professionnel, et la nature de ses « infidélités » jouent donc autant que la physiologie dans la définition sociale de la maladie.

## REPÉRER LA SANTÉ PRÉCAIRE AU TRAVAIL

Combien sont-ils ces travailleurs « assumant des problèmes de santé » ? Aucun chiffre ne permet de le dire précisément. Ce qui est compté, ce sont les situations où la solidarité nationale est sollicitée par le versement d'indemnités, allocations ou pensions, autrement dit le coût social de la maladie et de l'accident. On sait que 246 millions de jours d'arrêt ont été réglés en 2005, qui concernaient 20 % de la population en emploi (Kusnick et alii, 2006). La grippe toutefois y côtoie les limitations corporelles et l'exploitation des données devient délicate. Si on fixe (arbitrairement) un seuil de gravité à plus de trente jours d'arrêt consécutifs, il ne reste que 4 % au plus des actifs en emploi. Autre comptage, la dernière enquête décennale *Santé* évaluait à 14 % la part des personnes ayant déclaré s'être arrêtées au moins quatre semaines consécutives au cours de leur carrière (Gourdol, 2005). Même sur les bases restreintes du droit, il n'est donc pas rare d'être malade ou de connaître des limitations physiques aux âges où on travaille. Une enquête de la Drees<sup>a</sup> auprès de personnes atteintes de cancer le confirme : en 2006, 43 % étaient actives au moment du diagnostic et, dans leur grande majorité (81 %), le restaient ou le redevenaient deux ans après (Malavolti et alii, 2006). Et, si on ouvre la réflexion aux « troubles de santé » déclarés par les salariés, comme le propose Anne-Françoise Molinié (2006) pour les travailleurs de plus de 50 ans, c'est environ la moitié qui se plaint de fatigue, douleurs, troubles du sommeil, nervosité ou limitations gestuelles, avec des différences significatives entre hommes et femmes quant aux types de troubles et à leur intensité. L'ampleur du phénomène dans la population générale est confirmée par Tessier et Wolff (2005) qui estimaient à 16 % la part des actifs en emploi jugeant leur santé moyenne ou mauvaise dans l'enquête *Emploi du temps* de 1998-1999.

a. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité.

## ■ Santé précaire au travail entre pratique déviante et jugement moral

Les effets sur le travail de ce qu'on cherche à saisir par la notion de *santé précaire* débordent donc les catégories juridiques. Et si on ne peut précisément en définir le périmètre, les quelques données disponibles suggèrent que le nombre de travailleurs concernés n'est pas marginal ; il justifierait en tout cas que les analyses du travail leur fassent place. Mais, plus intéressant, ces catégories juridiques montrent comment maladie et travail sont intimement liés dans nos sociétés.

Ce que le droit règle en effet n'est pas tant la souffrance des personnes que les conditions auxquelles elles peuvent s'extraire, provisoirement ou non, de l'obligation faite à chacun-e de prendre une part *active* à la valorisation productive. Cette exemption repose sur des pratiques médicales qui, toutes, attestent et contrôlent son caractère accidentel, involontaire. Elle revêt d'emblée une dimension morale, présente dans bien d'autres questions liées au travail. Les spécialistes du chômage la retrouvent dans les débats sur les montants de l'indemnisation ou « l'activation » du retour à l'emploi. La définition que Talcott Parsons (1955) proposait de la maladie comme « forme de conduite déviante » prend alors tout son sens. La société, disait-il, doit rigoureusement canaliser cette déviance par le sceau de l'expertise médicale et un jeu d'attentes institutionnalisées (des rôles) « médecin » / « malade » symétriquement complémentaires. Dans ce cadre, le malade est impuissant, sans compétence et, troublé par son sort, il s'en remet à l'expert dont il suit rigoureusement et passivement les prescriptions.

Au début des années 1980, Dodier confrontait l'analyse de Parsons à l'étude d'interactions sociales sur le lieu de travail. Il montrait que la situation des malades n'était que partiellement réglée par « la validation » médicale de l'arrêt-maladie. Le caractère abusif de l'arrêt peut persister dans le collectif, comme le caractère injustifié de certaines dispenses de travail. Les malades sont donc objets (et producteurs) de jugements moraux qui rendront leur situation plus ou moins confortable selon les caractéristiques du milieu de travail – « libéral » ou intolérant – ou les conflits que les absences pour maladie cristallisent. La maladie révèle ici le poids des dimensions normatives du travail que l'on perçoit moins hors de ces situations.

Ce premier examen des études sociologiques montre que la difficulté de comptage du phénomène n'interdit pas son traitement. Elle oblige seulement à ne pas considérer la santé précaire au travail comme allant de soi et appelle la garde-fou d'une construction théorique précise.

## ■ Les ressources de la notion de trajectoire de la maladie

Parmi les constructions théoriques possibles, on peut citer les travaux sur les maladies chroniques, très nombreux en sociologie de la santé jusqu'au milieu des années 1990 (Baszanger, 1986 ; Herzlich, 1998). La notion de *maladie chronique* présente l'avantage de trouver écho dans une catégorie administrative, l'ALD (affection de longue durée), très précisément suivie car les dépenses des trente pathologies qu'elle recouvre représentent 60 % des remboursements (Cnam-TS, 2006)<sup>4</sup>. Au-delà, les travaux sur le thème retiennent trois traits majeurs de ces pathologies, qui rejoignent notre définition générale de la santé précaire : la recherche d'un nouvel équilibre de vie, une temporalité longue et l'incertitude quant à l'issue.

Parmi les notions développées, celle de *trajectoire de la maladie*, forgée par Anselm Strauss et son équipe (1992), est une des plus prometteuses. Elle propose de dépasser le simple cours biologique de la maladie et intègre les

4. On ne dispose pas de données sur la situation professionnelle des bénéficiaires. C'est l'intérêt et l'originalité de l'enquête de la Drees sur le cancer citée plus haut qui a sélectionné les interviewé-e-s à partir des listings ALD-cancer.

activités médicales (ou non) engagées autour et par la maladie ainsi que l'organisation de ces activités. Loin de la docilité décrite par Parsons, le malade, avec ses proches, prend une part active à la trajectoire par un travail de « gestion sans fin » (*unending work and care*)<sup>5</sup> des événements prévus et imprévus qui influent constamment sur la trajectoire. L'incertitude marque cette dernière et désordonne les différentes phases que connaît le malade, sans visée claire de l'avenir.

On pourrait imaginer reprendre cette notion de *trajectoire* – essentiellement utilisée à l'articulation entre famille et santé – en l'ouvrant à l'espace du travail. Quels changements dans la *trajectoire* suppose la reprise des activités professionnelles ? Forme-t-elle une phase spécifique ou est-elle plus diffuse ? Les travaux épidémiologiques sur les liens entre cancers et travail la présentent comme une phase spécifique assimilée à un retour à la normale qu'il faut hâter ; l'arrêt-maladie étant considéré comme « *unnecessary work cessation* » (Célérier, 2008). Or, les (trop) rares enquêtes qualitatives sont plus nuancées. Le rapport au travail s'entrelace à l'ensemble de la trajectoire bien plus qu'il ne caractérise une phase à part entière. Surtout, il est profondément ambivalent pour le malade comme pour le collectif de travail. Autre question, comment le travail de « gestion sans fin » du malade est-il mobilisé dans l'exercice de la profession, augmente-t-il la tolérance « aux infidélités du milieu professionnel », comme l'expérience professionnelle compense souvent les éventuelles limitations de l'âge ? Est-ce lui qui agit derrière la part non négligeable de « personnes vivant avec une maladie chronique » qui se maintiennent en emploi ? En reprenant plus systématiquement la notion de trajectoire de maladie, nous pourrions préciser ces aspects qui valent, là encore, au-delà de la maladie.



L'analyse des effets d'une santé précaire sur le travail reste très certainement à faire mais elle dispose, à portée, d'outils puissants. Il n'est que de les reprendre et les adapter pour mieux comprendre les conditions auxquelles les limitations imposées par la maladie se traduisent (ou non) en limitation(s) de l'exercice professionnel. De ce point de vue, l'enquête *Santé-itinéraire professionnel (SIP)*<sup>6</sup> qui produit aujourd'hui ses premiers résultats constitue une occasion très concrète de les mettre à l'épreuve.

5. Un travail à plusieurs niveaux : comme véritable *auxiliaire médical profane*, pour répondre aux injonctions des professionnels et aux exigences des institutions, dans le contrôle des affects et, enfin, dans la (re)construction de l'identité.

6. *SIP* est une enquête nationale réalisée à l'hiver 2006-2007 auprès d'un échantillon représentatif de la population générale par l'Insee, la Dares, le CEE et la Drees. Elle poursuit un double objectif : mieux cerner les effets des conditions de travail et des parcours professionnels sur la santé et, ce qui intéresse particulièrement le sujet traité ici, repérer les incidences de l'état de santé sur les parcours professionnels.

## RÉFÉRENCES

- Bardot F., Touranchet A.**, 2006, « Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail », *Retraite et société*, vol. 3, n° 49, p. 61-75.
- Baszanger I.**, 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27-1, p. 3-27.
- Bourgeot S., Blatman M.**, 2005, *L'état de santé du salarié*, Paris, Éditions Liaisons.
- De Boer WEL, Besseling JJM, Willems JHBM**, 2007, « Organisation of Disability Evaluation in 15 Countries », *Pratiques et organisation des soins*, 38(3), p. 205-217.
- Canguilhem G.**, 1948, *Le normal et le pathologique*, Paris, Puf, Quadrige (édition 1991).
- Célérier S.**, 2008, « Cancer et activités professionnelles des malades : les enseignements de trente ans de littérature internationale sur le thème », *Sociologie et santé*, n° 28, juin, p. 185-199.
- Cottureau A.** (dir.), 1983, dossier « L'usure au travail », *Le Mouvement social*, n° 124, juillet-septembre.
- Dodier N.**, 1983, « La maladie et le lieu de travail », *Revue française de sociologie*, vol. 24-2, p. 255-270.
- Dodier N.**, 1993, « L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement », Paris, Métailié.
- Gourdol A.**, 2005, « Les interruptions d'activité pour raison de santé au cours de la vie professionnelle », *Drees, Études et résultats*, n° 148, juillet.
- Groupe épidémiologique ASMT-Cisme et Créapt**, 2003, *Enquête SVP 50, premiers résultats*.
- Herzlich C.**, 1998, « Gérer une longue maladie : le point de vue du sociologue », *Bulletin du cancer*, vol. 85-3, p. 251-253.
- Jusot F., Khat M., Sermet C.**, 2006, « Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi », *Données sociales-La société française*, p. 533-542.
- Kusnick-Joinville O., Lamy C., Merlière Y., Polton D.**, 2006, « Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie », *points de repère*, n° 5, novembre.
- Malavolti L. et alii**, 2006, « Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic », *Drees, Études et résultats*, n° 487.
- Molinié A.-F.**, 2006, « La santé au travail des salariés de plus de 50 ans », *Données sociales, La société française*, Paris, Insee, p. 543-553.
- Omnès C., Bruno S.**, 2004, *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin.
- Parsons T.**, 1955, *Éléments pour une sociologie de l'action*, (trad. F. Bourricaud), notamment chap. 3, « Structure sociale et processus dynamique. Le cas de la pratique médicale moderne », Paris, Plon.
- Sermet C., Khat M.**, 2004, « La santé des chômeurs en France. Revue de littérature », *Revue d'épidémiologie et santé publique*, vol. 52-5, p. 465-474.
- Strauss A.**, 1992, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan.
- Tessier P., Wolff F.-C.**, 2005, « Offre de travail et santé en France », *Économie et prévision*, n° 2, p. 17-41.

Les actualités du Centre d'études de l'emploi sont en ligne sur le site :

**www.cee-recherche.fr**

La lettre électronique **flash.cee** vous informe régulièrement des principales activités du Centre d'études de l'emploi et vous signale ses dernières publications.

Pour la recevoir par courriel vous pouvez vous inscrire sur la page d'accueil du site.

## CENTRE D'ETUDES DE L'EMPLOI

29, promenade Michel Simon - 93166 Noisy-le-Grand Cedex - Téléphone : 01 45 92 68 00 - Télécopie : 01 49 31 02 44 - Mèl : [cee@mail.enpc.fr](mailto:cee@mail.enpc.fr)  
[www.cee-recherche.fr](http://www.cee-recherche.fr)

Directeur de publication : Pierre Ralle - Conseiller scientifique : Thomas Amossé - Rédactrice en chef : Marie-Madeleine Vennat - Conception technique et visuelle : Fabien Anelli  
 Abonnements, diffusion : Josette Reux-Kiamenga - Contact presse : Anne Evans - Imprimerie : Louis-Jean C.P.A.P. : 0911 B 07994 - Dépôt légal : 408 - juillet-août 2008 - ISSN : 1767-3356