

Le travail c'est la santé ?

1. Le chômage tue

Une étude récente de l'INSEE¹ démontre que la mortalité d'un chômeur est trois fois supérieure à celle d'un actif du même âge, et celle des chômeuses, deux fois.

Pourquoi donc meurt-on plus quand on est au chômage ?

Tout d'abord parce que le chômage touche plus les groupes socio-professionnels inférieurs, dont la mortalité est en soi plus élevée. Mais si l'on neutralise les effets de diplôme et de groupe socio-professionnel, la mortalité des chômeurs reste deux fois supérieure (au lieu de trois) à celle des actifs.

Il y a également une sélection par la santé sur le marché de l'emploi. La montée du chômage touche d'abord les plus fragiles : des individus en mauvaise santé perdent l'emploi pour le chômage, ou l'inactivité.

Enfin, il y a aussi un effet direct du chômage sur la santé. La diminution des revenus provoque des modifications du mode de vie : mauvaises conditions de logement, moins bonne alimentation, report des soins de santé... Isolement social, perte d'estime de soi, troubles psychologiques.

Un mauvais état de santé pourrait donc être à la fois une cause et une conséquence du chômage.

Dans l'étude de l'INSEE, il est démontré que les inactif(ve)s présentent eux aussi une surmortalité. La mortalité des inactifs est même en augmentation : elle est passée de 3,5 fois celle des actifs du même âge (1980-1985) à 5,1 fois (1990-1995). La surmortalité des femmes inactives (2,5 fois) est encore supérieure à celle des chômeuses (1,9 fois).

2. Mortalité et santé

La mortalité est un des indicateurs qui permet d'évaluer l'état de santé d'un groupe donné. Une plus grande mortalité est le reflet d'un état de santé plus mauvais, quand on prend la santé dans son sens global. Rappelons la définition de la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé : la santé n'est pas que l'absence de

maladie, elle est un état de parfait bien-être physique, mental et social.

Un ensemble d'éléments influencent donc notre santé : ressources financières, logement, travail, environnement, moyens de communication, loisirs. Les soins de santé, s'ils sont indispensables pour soigner les maladies, n'interviennent que de façon mineure dans l'état de santé global d'une population.

Pour s'en convaincre, l'exemple le plus fréquemment cité est celui de la diminution de la mortalité par tuberculose pulmonaire². Ce taux de mortalité a diminué de façon régulière, bien avant l'apparition des traitements médicamenteux (à la fin des années 40), et celle de la vaccination par le BCG (au milieu des années 50) : de 4000 par million par an en 1840, il est passé à 1300 par million en 1900, à 540 par million en 1940, pour passer en 1970 à quelques cas par million. De plus, on ne voit aucune accélération de cette diminution de la mortalité avec l'apparition des traitements médicamenteux...

C'est l'amélioration générale des conditions de vie (logement, alimentation) qui a permis la diminution de la mortalité par tuberculose. Les traitements ont bien sûr changé le devenir individuel et la qualité de vie des malades atteints de tuberculose³.



3. L'effet du chômage sur la santé

Des chercheurs (sociologues, psychologues...) ont consacré des travaux à ce thème⁴. La perte d'emploi a des conséquences psychologiques directes qui vont influencer l'état de santé. On

Ghislaine De Smet ; à partir de l'article de Anne-Marie Gaudin, La surmortalité des chômeurs se confirme, dans *Le Quotidien du Médecin*, n° 6788 du 26 octobre 2000, et de l'article de Michel Roland, Faim de travail, fin de la santé ?, dans *Santé Conjuguée* (trimestriel de la Fédération des Maisons Médicales) n° 14 d'octobre 2000, dont de larges extraits sont repris. Ces articles sont disponibles sur demande à notre secrétariat.

(1) revue mensuelle « *Economie et Statistique* », 2000-4, n°33418, Bd Adolphe-Pinard, 75675 Paris Cedex 14, France ; tél. +31.1.41.17.50.50

(2) étude de Mc Keown, voir « *Santé conjugulée* », op cit.

suite page suivante

(3) Les traitements ont une action positive sur la « morbidité », c'est à dire la souffrance provoquée par la maladie. Il y a bien d'autres exemples de traitements actifs qui ne diminuent pas la mortalité globale de la population, mais améliorent la qualité de vie des patients.

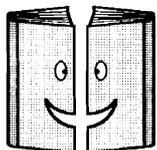
(4) voir « Santé conjuguée », op cit.

(5) C'est à dire par une prise en charge pluridisciplinaire et concertée, dans un même lieu (comme dans les maisons médicales), ou par un travail en réseau.

(6) voir « Santé conjuguée », op cit.

(7) Whitehall Study, 1986, voir « Santé conjuguée », op cit.

(8) Marmot et Theorell, 1988, voir « Santé conjuguée », op cit.



peut observer sept phases successives, après l'annonce de la mise au chômage.

- L'immobilisation, la dénégation : la personne est dépassée par l'événement (« ce n'est pas possible »).
- la révolte, « je vais me retirer du syndicat » ;
- la minimisation du changement : « je vais enfin avoir le temps de faire mon jardin » ;
- la dépression ou la maladie : « ma vie est finie » ;
- l'acceptation passive : « je suis chômeur, maintenant, il n'y a rien à faire » ;
- la mise en œuvre de nouveaux comportements : « je vais m'inscrire à un atelier de recherche active d'emploi » ;
- la recherche d'un sens, l'adaptation au nouveau statut : « je vais essayer de retrouver du travail, vu mon âge il y a peu de chance, mais je continuerai de toute façon à m'occuper de mes petits enfants ».

Le blocage au quatrième stade, celui de la dépression ou de la maladie, n'est donc pas inéluctable. Mais globalement, comme on l'a vu plus haut, l'augmentation de la mortalité chez les personnes sans emploi (chômeurs et allocataires) est nette. Elle est bien sûr également une conséquence indirecte des modifications du mode de vie provoquées par la précarité.

Les influences de ces facteurs peuvent être modifiées par toute une série d'intervenants : médecins, psychologues, assistants sociaux... Par une approche intégrée⁵, des actions préventives, on peut apporter de l'aide à l'échelle individuelle. Par contre seules des mesures politiques seraient à même de modifier globalement la situation, nous y reviendrons plus loin.

4. La mortalité des travailleurs

Penchons-nous à présent sur des études de mortalité des travailleurs. Une étude réalisée en 1993 par Desplanques⁶ mérite notre attention. Ce chercheur a établi des graphiques reprenant l'espérance de vie à 35 ans et à 60 ans, par catégorie socio-professionnelle. L'espérance de vie va en décroissant selon qu'on soit cadre supérieur, agriculteur, commerçant, employé, ouvrier ou manœuvre. Les écarts entre ces différentes catégories socio-professionnelles augmentent actuellement (si l'on compare la période 1960-1969 à la période 1980-1989).

Cette étude montre qu'à l'échelle de la société, le risque pour la santé venant du travail est également lié au statut socio-économique. Celui-ci constitue, dès la naissance, le meilleur indicateur du niveau d'études qui pourra être atteint par la suite, lui-même déterminant de la profession qui sera exercée et des risques qui y seront liés.

Une autre étude⁷, menée en Grande-Bretagne, a suivi la mortalité de plus de 10.000 fonctionnaires, sur une période de 20 ans. Cette deuxième étude confirme également que la mortalité est la plus faible pour le personnel de direction ; elle se situe à plus du double pour les employés, et à plus du triple pour les autres fonctions subalternes.

5. Autre facteur de mortalité

Cette étude « Whitehall » soulève également l'hypothèse de l'influence d'un autre facteur : le statut hiérarchique. En effet, aucun des fonctionnaires entrant dans l'étude n'était en état de détresse sociale, tous avaient un logement, des conditions matérielles suffisantes, et les différences de salaires entre eux sont beaucoup moins importantes que dans l'ensemble de la société. C'est donc leur statut hiérarchique qui les différencie le plus.



De nouvelles études ont dès lors été réalisées pour objectiver cette hypothèse. Des chercheurs ont mesuré la tension artérielle des fonctionnaires, pendant le travail, et après leur retour à domicile⁸. Les augmentations de tension artérielle au travail (sans doute liées au stress) sont équivalentes pour les

fonctionnaires de rangs supérieurs et inférieurs. Par contre, après le retour au domicile, la tension artérielle des premiers (rangs supérieurs) redescend beaucoup plus vite que celle des seconds (rangs inférieurs). Or, une tension artérielle qui reste élevée longtemps est nocive pour la santé (maladies cardiovasculaires). La raison pour laquelle la tension artérielle reste plus longtemps élevée chez les personnes des rangs hiérarchiques inférieurs pourrait s'expliquer par le fait qu'ils ne peuvent réagir au stress qu'ils subissent. On pourrait parler de stress « négatif »⁹.

Ne pourrait-on pas dès lors estimer que le stress engendré par les situations de précarité aie des effets négatifs sur la santé ? Le stress « négatif » fait sans doute aussi partie des facteurs qui peuvent expliquer la surmortalité des chômeurs et des allocataires.

5. Pour conclure

Il y a un lien important entre l'activité professionnelle, qu'elle soit présente, absente ou perdue, et l'état de santé. Plusieurs facettes sont à prendre en compte.

Tout d'abord le fait que la santé, dans sa définition, correspond à un état de complet bien-être physique, mental et social, et non simplement en l'absence de maladie. Les inégalités sociales ont des conséquences directes et indirectes sur l'état de santé.

Ensuite, le lien évident entre le risque pour la santé et le statut socio-économique. Le niveau socio-professionnel et le niveau hiérarchique sont des facteurs déterminants pour la santé des actifs. Le stress quotidien « négatif », le manque ou la perte d'autonomie des personnes pourrait aussi avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé, tant des travailleurs que des sans emploi.

On peut donc aisément conclure que ce ne sont pas les soins de santé qui pourraient améliorer radicalement cet état de choses, malgré les 500 milliards de BEF qui y sont consacrés (soit un tiers de l'ensemble de la sécurité sociale !). Ils ne peuvent qu'apporter une aide individuelle, nécessaire, mais insuffisante, en agissant sur certaines conséquences des détériorations de l'état de santé mais très peu sur leurs causes.

Les inégalités en matière de santé ne sont

qu'une des facettes des inégalités socio-économiques.

Il faut réorienter les priorités, prendre des mesures sociales, politiques, économiques, pour assurer une meilleure répartition de richesses, et assurer des conditions de vie décentes à tous. Ce n'est malheureusement pas dans ce sens que les évolutions actuelles nous conduisent.

Par l'action collective concertée des travailleurs et des sans emploi, il faut obtenir de nouvelles organisations du travail, garantir à tous et toutes une vie digne et autonome. Le droit à l'autonomie est une question de justice sociale, qui ne saurait se satisfaire de mesurées ponctuelles destinées à soulager les conséquences les plus criantes de l'exclusion.

(9) Par opposition à un stress « positif » qui peut être un facteur de dépassement de soi. Le harcèlement moral entre très certainement dans les facteurs de stress négatif.

A lire... à débattre

