

DRULHE (M.) (2002), Conditions de travail, modes d'existence et intelligibilité de la «santé des aînés» depuis 25 ans. Mise en perspective et prospective, in Intercommission INSERM "Évolutions démographiques et santé humaine", *La santé aux grands âges*, Paris, Les Cahiers de l'INED, 147.

## **CONDITIONS DE TRAVAIL, MODES D'EXISTENCE ET INTELLIGIBILITÉ DE "LA SANTÉ DES AÎNÉS" DEPUIS 25 ANS. MISE EN PERSPECTIVE ET EN PROSPECTIVE.**

*Marcel DRULHE\**

Admettons le présupposé que nous avons une représentation correcte de "l'état de santé" des vieilles personnes, en cette fin de siècle, grâce à une série d'indicateurs et d'indices : l'intensité de la mortalité, la morbidité et surtout ses conséquences sur le plan des incapacités, enfin l'auto-appréciation de la santé (et son lien avec la satisfaction de la vie et le sentiment de sécurité). Quelle que soit la réduction de la santé ainsi opérée, l'interprétation des tendances générales de ces indices va dans le sens d'améliorations incontestables, en dépit de leur hétérogénéité persistante (et parfois démultipliée) selon le genre, la tranche d'âge et/ou la génération et selon les catégories sociales (on sait peu de choses en France sur "l'état de santé" des vieux migrants selon leur origine ethno-culturelle). Comment expliquer une telle amélioration ? Quelles conséquences peut-on en tirer pour l'avenir ?

### **1. COMPRENDRE LES TENDANCES QUI SE MANIFESTENT AU COURS DES VINGT-CINQ DERNIÈRES ANNÉES PRÉCÉDANT LE TROISIÈME MILLÉNAIRE.**

L'interprétation de "l'évolution de l'état de santé des aînés" reste trop souvent assujettie à un modèle monofactoriel : on se précipite sur les causes les plus proches et les plus immédiates, en particulier les causes médicales de morbidité, d'incapacité et de mortalité. Pour échapper à une telle étroitesse, la convocation de plusieurs disciplines (épidémiologie, démographie, économie, sociologie, histoire...) tend à s'afficher comme une garantie d'ouverture et de gain en scientificité. Ce faisant, on oublie peut-être un

---

\* Professeur à l'Institut de Sciences sociales Raymond-Ledrut de l'Université de Toulouse le Mirail, membre du laboratoire de sociologie "Centre d'Études des Rationalités et des Savoirs (CERS-CNRS 5117). J'adresse mes remerciements à Serge CLÉMENT (CIEU-CNRS 5053) et à l'équipe "Vieillesse" de l'Unité INSERM 518 (en particulier le Professeur Alain GRAND), qui ont alimenté et soutenu ma réflexion au cours de nos rencontres et de nos débats.

peu vite que certaines de ces disciplines ne sont pas “monolithiques” : elles sont constituées non pas d’une théorie homogène et unificatrice, mais d’une pluralité d’approches qui initient à une construction et à une intelligibilité différenciées des objets de recherche. En d’autres termes, au-delà du modèle étiologique le plus classique de l’épidémiologie (repris par certaines approches démographiques), il existe une diversité de modèles d’intelligibilité, des plus holistes aux plus actionnaires.

L’enjeu et la difficulté consistent à dépasser leur juxtaposition et même leur confrontation : les points de vue sont-ils radicalement hétérogènes ou bien est-il possible de les hiérarchiser et de les articuler ? Défendre la seconde alternative suppose une position épistémologique nominaliste et pluraliste, la seule qui permette d’accepter comme scientifique la multiplication des angles de vue pour observer et interpréter les multiples facettes de la réalité sélectionnée dans le cadre de chaque entreprise de recherche. Pour le sociologue, le paradigme wébérien offre la possibilité d’une articulation rationnelle et significative des modes d’intelligibilité du sociétal : une fois établies, il s’agit de comprendre les causalités par la médiation des actions, des interactions et de leurs significations.

Au regard de cette position, comment rendre compte de la santé des vieilles gens, constatée aujourd’hui, en l’inscrivant dans leur trajectoire professionnelle et biographique, ainsi que leur contexte ?

### *Quelques aspects du contexte historique de la trajectoire biographique des “aînés” de cette fin de siècle.*

Du point de vue de spécificités historiques qui ont forcément marqué les vieilles générations parcourant le XX<sup>ème</sup> siècle, outre certains aspects soulignés par ailleurs, indiquons-en quelques autres qui traduisent des changements qui n’ont pas été sans effet sur la santé compte tenu de nos connaissances actuelles. Il y a d’abord le passage d’une société rurale dominée par une population d’actifs très fortement agricole à une société urbaine où ce sont désormais les actifs non-agricoles qui l’emportent ; ensuite, dans la ligne de cette première transformation, c’est la structure sociale qui se métamorphose : augmentation progressive de la population salariée jusqu’à atteindre près de 80% de la population active et diversification de la condition salariale qui se confondait très largement au début avec le prolétariat (Marchand et Thélot, 1991). Par-delà les événements des deux guerres mondiales et leurs conséquences, ce sont ces mutations que les vieilles générations de cette fin de siècle ont vécues. C’est bien au regard de ces mutations que se comprennent d’autant mieux les “migrations de retraite” (et leur part d’illusions) tout comme la diversification des expériences de vie selon les

génération, que F. Cribier a si bien analysée, pour ce qui concerne la région parisienne en particulier (Cribier, 1989 et 1991).

Mais ce premier point mérite également d'être éclairé en rappelant que "les institutions" dont les vieilles générations actuelles ont été les premières bénéficiaires (meilleure hygiène et pasteurisation, généralisation de la scolarisation, protection sociale...) ne sont pas le fruit d'un "État Providence" philanthrope : tout cela s'est construit par des actions collectives et des mouvements sociaux qui ont donné lieu à négociations pour une redistribution plus équitable des richesses et des formations ainsi que pour un accès plus égalitaire aux assurances, aux équipements, à la consommation et aux loisirs... et qui ont mobilisé des groupes sociaux sur des projets et constitué divers acteurs en militants de la promotion de tel ou tel modèle de société<sup>1</sup>. Et ce "travail" collectif (avec ses affrontements et ses négociations) s'est accompli sous l'égide du "progrès".

La rencontre de vieux militants (quels que soient les objectifs de leurs "combats") permet d'observer les effets sur la santé de leur posture militante : même s'ils sont affectés de quelque maladie, ils restent toujours "en veille" de l'avenir, et cette tension vers le futur les amène à relativiser ce dont ils souffrent parce qu'ils sont d'abord "pris" dans la passion d'un "chemin" à construire. En tout cas, les accords de Matignon en 1936 et l'ordonnance de 1945 sur la Sécurité Sociale constituent des moments emblématiques de cette construction collective d'un État social. Le sens des dispositifs réglementaires et légaux qui en découlent est celui d'un nouveau contrat social : à la fin de la formation scolaire, la carrière professionnelle embraye sur un travail à plein temps (souvent emploi à vie), se gère en fonction de l'ancienneté et de la fidélité, et s'achève sur une retraite obligatoire à un âge déterminé (modulé en fonction de certains métiers) (Gauillier, 1992 ; Guillemard, 1993). Un tel contrat assure une extraordinaire sécurité de l'existence par la stabilité et l'engagement dans le long terme qu'il garantit ; la sécurité n'est d'ailleurs pas qu'économique : si toutes sortes de mouvements sociaux se manifestent au cours de la période, l'heure est largement à l'apaisement et à la tranquillité, en dépit de toutes sortes d'incertitudes.

Il y a quelque chose de "porteur" dans tout projet d'amélioration de la société (quel qu'il soit) : autour de lui se nouent des relations et une histoire commune d'activités

---

<sup>1</sup> C'est au nom de telles observations que R.Castel récuse la dénomination d' "État-Providence" pour lui substituer celle d' "État Social" : la solution "providentielle" est celle de la vision philanthropique et libérale qui refuse toute intervention de l'État "dans les mœurs" (comme on disait au XIXème siècle), c'est-à-dire comme acteur essentiel de la régulation sociale. C'est contre une telle vision philanthropique et libérale (la "Charité-Providence") que des mouvements sociaux et politiques (dont "le solidarisme" et toutes les formes de socialisme) opèrent la promotion d'un État Social à construire par des lois et des dispositifs adéquats (Castel, 1995).

partagées. On connaît les effets bénéfiques sur la santé de ce que les épidémiologistes dénomment “support social” et qu’à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle Durkheim avait désigné (dans son étude sur le suicide) comme intégration et régulation, deux composantes de ce que les sociologues contemporains appellent “modes de socialité”. L’inscription dans un projet collectif (politique ou non) constitue l’une des formes possibles de ce soutien mutuel et de cette solidarité concrète qui favorise l’épanouissement de la santé. Ceux dont le parcours de vie active est formé de tels engagements, ne rompent pas en général avec cette ancienne insertion dans des réseaux, même s’ils sont amenés à y prendre d’autres positions, ou bien ils opèrent une translation de leurs savoir-faire relationnels sur d’autres terrains, en une sorte de reconversion de leurs engagements et de leur sociabilité antérieurs. De ce point de vue, il est important d’être attentif à la manière dont les acteurs participent à l’histoire de la société et s’y rapportent à travers leur histoire de vie, en sachant que “la pente” de leur trajectoire est davantage faite de continuités que de ruptures (du moins est-ce ainsi qu’ils la perçoivent).

#### *Conditions de travail et modes d’existence : quelques dimensions.*

Avec cette arrière-fond historique, que nous apporte l’examen des conditions de travail et des modes d’existence ? On ne reprendra pas ici ce que l’on sait déjà, en particulier à travers des recherches récentes (CERC 90, IPSIE-INSERM, ESTEV) : elles se sont attachées à saisir l’apparition de problèmes de santé essentiellement au niveau musculo-squelettique (avec quelques autres données sur les troubles de sommeil et les signes dépressifs), et elles les ont mis en relation avec trois indices de travail (la pénibilité physique liée à la lourdeur des charges, aux postures pénibles et aux vibrations, - le “vécu” des situations de travail et la CSP (ou PCS) la plus longuement occupée. Mais on peut tirer également des enseignements des “mesures officielles” (en tenant compte des effets de leur mode de construction) en matière d’accidents de travail<sup>2</sup> (les traumatismes subis pendant la vie active sont-ils sans conséquence sur la vieillesse ?) et de maladies professionnelles (avec tout ce que laisse entrevoir l’enquête SUMER<sup>3</sup>), ce qui renvoie à l’enjeu de l’exposition aux risques (mécaniques et toxiques).

---

<sup>2</sup> Anne-Françoise Molinié et Serge Volkoff écrivait en 1984 : “les nombres [d’accidents de travail avec arrêt, qui entraînent un décès ou une rente d’incapacité] sont importants : ils correspondent à près d’un décès par heure travaillée, un accident grave à la minute, un accident avec arrêt toutes les six secondes pour l’ensemble des salariés.” *Données Sociales*, Paris, INSEE, 1984, p.160.

<sup>3</sup> On sait que les tableaux des maladies professionnelles sont le fruit de négociations entre représentants des employeurs, représentants des salariés et représentants de l’Etat (dont experts médicaux). Sans doute est-ce l’une des raisons de leur stabilité depuis l’après guerre (environ 4 000 par an).

Mais il importe d'attirer l'attention sur le danger d'un point de vue très techniciste porté sur la relation santé-travail. On rejoint ici la critique qu'adressait G. Friedman à l'ergonomie naissante : le système homme-machine est coupé des rapports sociaux. En d'autres termes, si le travail en tant qu'exécution d'une tâche (productrice d'un bien ou d'un service) peut avoir des effets sur la santé (dont les troubles musculo-squelettiques sont l'un des révélateurs), les conditions même de cette exécution sont tout aussi importantes. Elles déterminent un certain type de rapport au travail [rapport affectif qui se traduit par du plaisir ou de la crainte... que vise l'appréhension du "vécu du travail", en relation avec la perception de la pénibilité des postes (on a pu montrer que les ouvriers hiérarchisaient les postes de travail en fonction de leur perception de l'usure différentielle produite par ces postes), - mais aussi des qualités attribuées aux relations au travail (entraide, agression, domination...)].

Les conditions de travail qui favorisent le plus des arrêts-maladie à répétition sont celles que J. Broda (1988) synthétise sous l'expression "syndrome des 3 P" : la pression horaire qui intensifie le travail par l'accélération des cadences, la suppression des pauses..., - la pression hiérarchique par une surveillance constante, soupçonneuse à l'égard de toute forme de coopération entre salariés, par une absence de reconnaissance du travail bien fait et par une amplification dramatisée des défauts et des inattentions..., - l'absence de perspective professionnelle de sorte qu'aucun projet ne peut prendre forme pour dépasser le poids du présent et que tout espoir (même utopique) de mobilité est impossible.

Encore est-il nécessaire d'opérer une première contextualisation des conditions de travail en les rapportant au marché du travail : le rapport au marché du travail est un préalable. Dans le cadre des trente années de croissance de l'après-guerre, on a vu que la fin de la scolarité ouvrait très souvent sur la possibilité d'un "emploi à vie" : si le chômage peut survenir, on le considère comme un "chômage de conversion" (le passage d'un emploi à un autre est assez rapide, de sorte que le "droit à l'emploi" est sauvegardé). Tout autre est la situation de cette sortie de siècle où le "chômage répétitif" le dispute à un "chômage d'exclusion". Le "chômage répétitif" est l'autre nom du travail temporaire. Or, la tendance actuelle est à la normalisation du travail temporaire. On a indiqué que le sentiment de sécurité participait à une auto-évaluation positive de la santé : on peut ainsi prendre la mesure de ce qu'une relative sécurité de l'emploi a pu apporter aux vieilles générations de cette fin de siècle, dont la dernière partie de la vie active a bénéficié de cette situation.

On peut faire l'hypothèse que la nature du travail accompli a des effets sur la santé physique (morbidité physique et mortalité) alors qu'un rapport à l'emploi caractérisé par l'insécurité et le chômage a des effets sur la santé mentale. La thèse de Nathalie

Frigul (Appay et Thébaud-Mony, 1997) paraît aller dans ce sens : elle établit diverses formes d' "usure mentale" chez des femmes en chômage de longue durée. Une telle situation favorise le développement d'un sentiment de solitude [au détriment des bienfaits apportés par la sociabilité, que l'on peut éventuellement retrouver chez des chômeurs en "groupes de parole" (cf. les tentatives des "Maisons des chômeurs")]. Il reste qu'une telle hypothèse paraît en difficulté au regard de la mortalité : une étude finlandaise établit que les chômeurs entre 1987 et 1992 ont un taux de mortalité plus élevé que ceux qui travaillent de façon continue (Martikainen, 1996) ; en France, G. Desplanques (1984) a établi que la mortalité des chômeurs étaient deux fois plus élevée que celle des actifs ayant un emploi. De pareils constats invitent sans doute à réinterroger la rigidité de la frontière entre santé physique et santé mentale...

La contextualisation du travail par son marché et son accessibilité différentielle gagnent à être élargies aux conditions de vie ou conditions d'existence. Comment "récupérer dans de bonnes conditions" (de la fatigue occasionnée par les activités quotidiennes ou bien de la perte d'énergie qui accompagne des maladies bénignes, plus usantes que dangereuses) si l'on n'a pas de "chez soi" ? Mais comment habiter "normalement" quand le logement est trop étroit ? On sait bien que la promiscuité (dont la définition n'est pas absolue, mais variable selon les cultures) suscite l'agressivité et la violence (violences conjugales et familiales), tout comme elle incite des parents à envoyer dans "la jungle de la rue" des enfants dont ils n'arrivent pas à s'isoler pour "respirer". Ainsi s'enchaînent des comportements impulsifs qui font l'économie de toute auto-discipline, le détournement d'une école trop exigeante au regard de tels apprentissages, l'impossibilité d'accéder à la moindre qualification et la fermeture des accès au marché du travail... Et voilà esquissé un modèle du "cumul des handicaps sociaux".

Plus généralement les conditions de vie désignent l'ensemble des contextes "objectifs" qui concourent à la vie et à sa reproduction : leur "objectivité" ou leur "matérialité" renvoie à des cadres spatio-temporels (cités, quartiers, parcours... rythmes calendaires et emplois du temps) ainsi qu'à des objets et des techniques (domestiques ou urbains). Quantité d'indicateurs qui offrent toutes sortes de mesures depuis la seconde guerre mondiale attestent de "progrès sociaux" en la matière : les vagues de construction de logements ont mis fin aux bidonvilles et aux cités d'urgence (Taffin, 1993), centres sociaux et crèches se sont multipliées dans les quartiers urbains, mise en place de clubs et associations pour favoriser la sociabilité et faire des relations de voisinage un support de vie sociale animée, accès au marché de masse de l'électro-ménager... Les vieilles générations d'aujourd'hui ont peut-être perdu (pour partie d'entre elles) certains genres

de vie “communautaires” traditionnels, mais elles ont bénéficié par ailleurs de nombreuses améliorations apportées aux cadres de vie urbains.

Néanmoins il importe de prolonger l’observation “statique” des conditions de vie par l’observation des “usages”, des “arts de faire”, des façons d’utiliser les territoires, les calendriers, les objets... (les “modes de vie” ou “genres de vie”) (Juan, 1991). Aux genres de vie sont liés des modes de sociabilité particuliers, propres aux différents groupes sociaux : on sait toute leur importance pour la santé et pour le vieillissement (en particulier les formes de sociabilité familiale). En la matière, on s’est beaucoup attaché jusqu’à présent à différencier ces sociabilités au regard des fréquences de rencontre. On peut faire l’hypothèse que la “qualité” des relations qui se nouent dans le cadre d’un mode déterminé de sociabilité est très importante : des relations familiales denses mais tendues n’empêchent pas l’apparition d’un sentiment de solitude, alors que l’isolement de vieux par ailleurs bien insérés dans leur environnement ne s’accompagne pas d’un tel sentiment (ils aiment au contraire se retrouver seuls, après avoir parcouru tout ou partie de leur réseau de relations dans le quartier ou le village).

L’attention aux conditions de travail et aux conditions de vie semble nous éloigner de notre objet : “la santé des aînés”. Seule une longue et importante enquête longitudinale qui suivrait une cohorte d’individus depuis leur naissance jusqu’à leur mort permettrait d’apprécier les effets de la concaténation de la socialisation de l’enfance et de la vie active sur la vieillesse. Faute d’un tel matériau, nous n’avons pas d’autres possibilités que de construire des raisonnements les plus rigoureux possibles en faisant converger les résultats des enquêtes partielles dont nous disposons : les commentaires ci-dessus s’efforcent de s’inscrire dans une telle logique.

## 2 . L’ÉTAT DE SANTÉ DES AÎNÉS DEPUIS VINGT-CINQ ANS : DE LA MISE EN PERSPECTIVE À UNE ESQUISSE DE PROSPECTIVE.

L’intelligibilité de l’amélioration de la santé des vieilles gens à l’aube du troisième millénaire telle que nous la suggérons, suscite des remarques prospectives. Peut-on sans réserve s’inscrire dans la ligne d’un évolutionnisme progressiste béat ou même simplement afficher quelque optimisme quant au maintien et au développement de tels progrès de la santé dans la vie des “aînés” à venir ? Selon la ligne explicative proposée, on laissera de côté l’aspect “offre de soins” (nouvelles connaissances, nouveaux traitements, et nouvelle organisation des soins).

Partons du constat que la meilleure santé des vieilles personnes au cours de la période qui succède à l’activité professionnelle et/ou à l’activité domestique dense liée au

moment de la constitution de la famille de procréation, permet une mobilisation de leur énergie et un engagement inimaginable auparavant. C'est ainsi qu'émerge l'hypothèse d'une transformation de la place des vieux dans la société. Cette hypothèse prospective n'est pas anodine : au moment où, dans les sociétés occidentales, la durée et la place du travail dans la structuration des liens sociaux est en débat, ne peut-on pas supposer que la vieille génération, plus éloignée du souci de survie à l'aube du troisième millénaire, est peut-être en train d'inventer (ou de participer activement à l'invention de) une nouvelle temporalité entre temps de travail et temps libre : les sociologues spécialistes des modes de construction des temps sociaux la désigne comme "temporalité quaternaire", c'est-à-dire une temporalité qui n'est structurée ni par le travail ni par le loisir mais par l'activité associative (plus généralement une activité d'utilité sociale) : à travers elle le présent se densifie et donne de l'épaisseur au sujet. En effet, l'activité associative se caractérise par la double fonction de produire des services ou des biens socialement utiles (participation à des missions de service public par la production de biens collectifs peu transférables au marché et que l'État social s'épuise à offrir, participation au débat de ce qui peut être socialement utile par-delà l'accès à l'abondance de biens économiques...), - et de contribuer à l'agrégation de la demande sociale (médiatrices entre le public et le marché, les associations socialisent et orientent la demande en initiant leurs adhérents et leurs compagnons de route à de nouveaux besoins). Voilà déjà une bonne raison d'être optimiste puisque l'on sait que le sentiment d'inutilité et la difficulté à se projeter dans un futur proche s'accompagnent d'une mort sociale, souvent prélude à la mort physique (Bocquet et alii, 1987).

Pareil optimisme est tout de même contrebalancé par le fait que les vieilles générations d'aujourd'hui sont "filles" des "adoucissements" apportés par la construction progressive de l'État Social et par l'abondance des commodités dont la distribution s'est "démocratisée" au cours des "Trente Glorieuses", - tandis qu'une partie au moins des vieilles générations du début du troisième millénaire seront héritières d'une déréglementation (pour le moment partielle) de l'État Social et que se constituent des poches importantes de gens exclus du travail, du logement, de l'accès à certains types très communs de biens, et même du moindre groupe d'appartenance (couple/famille, regroupement informel stable, association...). Dès lors comment ne pas faire le rapprochement avec les sociétés décomposées d'Europe de l'Est ? Leur effondrement économique et social, avant une recomposition toujours attendue, a pour effet une "détérioration dramatique" sur le plan sanitaire, selon l'expression de l'OMS : l'espérance de vie baisse dans de nombreux États.

Il est certain que les gens soumis aux mécanismes de précarisation dans notre pays n'en sont pas réduits à vivre dans des conditions comparables à celles vécues par leurs

homologues des Pays de l'Est: notre État Social a de beaux restes et ses politiques publiques convergent avec l'activité de nombreuses associations afin d'œuvrer à limiter les conséquences de la précarité. Pourtant tous les acteurs de terrain témoignent de la détérioration sanitaire actuelle de ceux qui sont pris dans les processus de précarisation. Les remaniements de l'organisation du temps de travail (liées aux lois Aubry sur les 35 heures vont de pair avec l'intensification du travail lui-même : la "production à flux tendu" est ce qui permet d'éviter les coûts de stockage, mais elle exige le "zéro défaut" et une chasse sévère à tous les temps morts : dès lors il n'est pas surprenant d'apprendre que les salariés à statut précaire ont trois fois plus d'accidents que les salariés ayant un contrat à durée indéterminée (Christofari, 1997).

Le travail temporaire s'inscrit tout particulièrement dans le cadre du système de la sous-traitance et de la division sociale des risques : on sait que les travaux pénibles et dangereux de maintenance dans l'industrie nucléaire sont largement assurés par des temporaires. Compte tenu des déplacements incessants dans le travail temporaire, la possibilité d'un contrôle réel des risques encourus devient impossible : les travailleurs temporaires eux-mêmes évitent le médecin du travail (son expertise d'inaptitude, dans le contexte actuel, revient à certifier l'inemployabilité de la personne et donc à la faire basculer dans le chômage d'exclusion ; pour continuer à avoir accès au marché du travail, ce type de salariés doit "tenir à n'importe quel prix").

Selon le point de vue, on dira que les risques s'invisibilisent ou bien que la marge des "risques acceptables" s'accroît<sup>4</sup>. Mais la division sociale des risques ne concerne pas seulement une société à un moment donné : elle s'internationalise, en particulier avec "les stratégies de double standard" : on délocalise des productions interdites dans certains pays vers d'autres pays qui n'ont pas les mêmes exigences. Comment cela ne retentirait-il pas sur le vieillissement des "aînés de demain" ? On peut détourner l'importance du problème en centrant le débat sur l'enjeu du volume de la population concernée : si elle est faible, sa mort prématurée aura peu de retentissement à l'échelle

---

<sup>4</sup> La notion de "risque acceptable" est concomitante de l'apparition de la logique assurantielle : l'assurance couvre jusqu'à un point déterminé à l'avance la réparation de dommages liés à des risques qui sont censés être irréductibles (réparation forfaitaire). C'est tout le problème de "l'acceptabilité" : l'amélioration des conditions de travail n'est acceptable qu'à la condition que son coût ne mette pas en jeu la perte de l'entreprise. La santé des salariés est donc fonction de la régulation économique : entre la santé (réelle) du salarié et la santé (métaphorique) de l'entreprise, c'est bien cette dernière qui a le dernier mot. On le voit bien dans les arbitrages rendus par l'État : sans doute sous l'effet de "la pensée unique" en matière économique, l'État se range à peu près systématiquement, ces dernières années, du côté de ce qui est censé relever de la "rationalité économique". C'est ainsi que le travail avec l'amiante est un risque cancérigène acceptable depuis 30 ans (les dangers cancérigènes de l'amiante sont connus depuis les années 60) : la non-exposition à un tel risque était censé être impossible jusqu'à ces dernières années (cf. Appay et Thébaud-Mony, 1997)

globale ; si elle est forte<sup>5</sup>,... Mais à raisonner ainsi on laisse tout de même de côté l'enjeu des inégalités sociales de santé : “les plus riches vivent les plus vieux”. Mais l'optimisme serait-il seulement de mise pour les nantis ?

Toutefois un autre élément peut permettre de conserver cet optimisme général : le changement de posture à l'égard des maladies. À l'attitude guerrière “d'éradication”, de renforcement des “défenses immunitaires”, de guérison à tout prix comme “victoire sur le mal” se substitue une attitude plus pragmatique de composition et de négociation. La montée en puissance des maladies chroniques nous a habitués à recouvrer la santé non pas en guérissant mais en apprenant à faire une “bonne gestion” de la maladie, i.e. en contrôlant le plus longtemps possible son évolution et en maîtrisant ses symptômes les plus gênants. Le retour dangereux des maladies infectieuses montre la capacité inventive de la vie à faire muter leur “cause” (micro-organismes). En reprenant la conceptualisation de l'anthropologie des sciences, on peut dire que le changement de positionnement à l'égard de la maladie consiste à en faire un “actant” avec lequel il s'agit de négocier. Cette perspective plus “pacifique” engage sur la voie de mobilisation de toutes sortes de ressources pour l'apprentissage généralisé d'un meilleur “coping” : l'écart qui se creuse entre les maladies chroniques et les incapacités qui leur étaient associées jusqu'à présent plaide dans le sens de ce changement ; on peut supposer que cette nouvelle attitude à l'égard de la maladie va se renforcer dans les générations à venir : elles sauront faire face aux conséquences des maladies mieux encore qu'aujourd'hui, de sorte qu'elles en éviteront davantage encore les conséquences incapacitantes et que leur perception de la santé (health status) en sera améliorée.

Il reste que cet optimisme demande à être sérieusement atténué par ce qu'il faut bien appeler “un effet de masse” : même si le nouveau rapport aux maladies chroniques améliore le contrôle des développements de leurs conséquences les plus fâcheuses (les incapacités) et, par conséquent, va diminuer la proportion des vieux atteints de déficiences incapacitantes, il reste que le nombre de ceux/celles qui seront atteints/atteintes par des incapacités sera important du fait de l'augmentation du “dénominateur” (accroissement significatif du nombre des personnes de  $\geq 85$  ans). En cette fin de siècle, la vieille personne “handicapée” se met en position de “rescapée”, plus ou moins consciente de la “rareté” de sa situation ; au contraire, on peut se demander si cet “effet de masse” ne provoquera pas des changements dans le rapport au vieillir : se découvrir relativement nombreux en position de “handicapé rescapé” peut produire l'émergence d'une demande forte, exigeante et revendicatrice vis-à-vis de la

---

<sup>5</sup> On mesure l'importance du débat médiatisé qui a eu lieu en France à l'automne 1997 : la “précarisation de la société française” atteint-elle 7 millions de personnes, comme l'a affiché le Commissariat au Plan, ou bien seulement 2,8 millions, comme l'indiquait une étude du Ministère de l'emploi ?

collectivité, pour que celle-ci donne les moyens d'une consommation importante de services diversifiés.

## BIBLIOGRAPHIE

MARCHAND O. et THÉLOT C. (1991), *Deux siècles de travail en France*, Paris, INSEE, collection "Études".

CRIBIER F. (1989), Une génération de parisiens à deux périodes de leur vie. Itinéraires résidentiels et stratégies, *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 41.

CRIBIER F. (1991), Les générations se suivent et ne se ressemblent pas : deux cohortes de nouveaux retraités parisiens de 1972 et 1984, *Les Annales de Vaucresson*, n° 30-31.

CASTEL R. (1995), *La métamorphose de la question sociale*, Paris, Fayard.

GAULLIER X. (1992), La machine à exclure, *Le débat*, n° 69, mars-avril.

GUILLEMARD A.M. (1993), Emploi, protection sociale et cycle de vie : résultats d'une comparaison internationale des dispositifs de sortie anticipée d'activité, *Sociologie du travail*, n° 3.

BRODA J. (1988), Le syndrome des «3P» : pression horaire, pression hiérarchique, pas de perspective professionnelle, *Sociologie du travail*, XXX, n°1.

APPAY (B.) et THEBAUD-MONY (A.) (1997), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO-CNRS.

MARTIKAINEN P.T. (1996), Excess mortality of unemployed men and women during a period of increasing unemployment, *The Lancet*, Vol. 348, n°5, october.

DESPLANQUES G. (1984), La mortalité des adultes. Résultats de deux études longitudinales (période 1955-1980), *Collections de l'INSEE, série D*, n° 102.

TAFFIN C. (1993), Un siècle de politique de logement : l'État doit-il être acteur ou simple arbitre ? *Données sociales*, Paris, INSEE.

JUAN S. (1991), *Sociologie des genres de vie*, Paris, PUF.

BOCQUET H., GROSCLAUDE P., CAYLA F., GRAND A., ALBARÈDE J.L., POUS J. (1987), Incapacités, santé subjective et mortalité à 3 ans dans une population rurale âgée, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 35, mars.

CRISTOFARI M.F. (1997), Les accidents de travail. Indicateurs de la précarisation de la santé au travail, in APPAY B. et THEBAUD-MONY A., *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO-CNRS.