

Document d'études

direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DARES

Numéro 197

Janvier 2016

Santé et itinéraire professionnel : État de la connaissance et perspectives

Actes du colloque organisé
par la Dares et la Drees
le 22 septembre 2015
sur les travaux conduits
à partir de l'enquête
Santé et itinéraire professionnel
(SIP)
2006-2010

Ce document de synthèse présente les principaux enseignements du colloque *Santé et itinéraire professionnel : état de la connaissance et perspectives* organisé le 22 septembre 2015 par la Drees et la Dares. Les interventions et les principaux échanges de la table ronde sont synthétisés à partir de la retranscription effectuée lors du colloque. Les textes de ce document n'ont pas été validés par les intervenants. Cette présentation ne les engage donc pas.

Document coordonné par Corinne Mette (Dares), avec la collaboration de Thomas Barnay et Thibaut de Saint Pol (Drees).

L'ensemble des éléments relatifs au colloque – programme, dossier du participant et supports des présentations – sont disponibles sur les sites respectifs de la Dares et de la Drees.

SOMMAIRE

Présentation de l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2006-2010 (SIP).....	5
Session 1 : Conditions de travail et d'emploi : un élément-clé de l'état de santé.....	7
Les changements dans le travail au cours de la vie professionnelle : quels enjeux pour la santé ?.....	7
L'influence des conditions de travail sur les maladies cardiovasculaires.....	10
Relations entre conditions de travail, emploi et consommation d'alcool en 2010	12
Session 2 : Interactions entre santé mentale et vie professionnelle.....	15
Quels liens entre facteurs psychosociaux au travail et santé ?.....	15
Quels effets de la retraite sur la santé mentale ?	18
Quels effets du chômage sur la santé mentale ?.....	21
Session 3 : Inégalités, discriminations et enjeux de santé.....	23
Comment les différences de parcours socioprofessionnels contribuent-elles aux écarts de santé entre femmes et hommes ?.....	23
L'effet du handicap sur les trajectoires d'emploi : une comparaison public-privé.	25
Obésité et discrimination sur le marché du travail	27
Santé et itinéraire professionnel : quelles perspectives ?	31
Discours conclusif de monsieur Franck von Lennep	33
Bibliographie des travaux réalisés à partir de SIP	35

RÉSUMÉ

Afin de dresser un état des lieux des connaissances sur la santé et l'itinéraire professionnel, un colloque « Santé et itinéraire professionnel : état des connaissances et perspectives » a été organisé le 22 septembre 2015, conjointement par la Dares et la Drees. Il s'appuie sur les travaux les plus récents issus de l'enquête Santé et itinéraire professionnel de 2006 et 2010 (Sip 2006-2010).

L'enquête Sip interroge les relations entre emploi, conditions de travail et santé dans leur dimension diachronique. Les travaux présentés lors de cette journée fournissent des éléments de réponse à des questions qui traversent le débat public actuel.

La journée était structurée autour de trois sessions suivies d'une table ronde :

Une première session dédiée aux déterminants professionnels (changements et conditions d'emploi et de travail) de l'état de santé et des comportements à risque. Elle visait à répondre aux questions suivantes. Comment les changements d'emploi, tout au long du parcours professionnel, sont-ils associés à des modifications des conditions de travail et d'état de santé ? L'exposition aux contraintes physiques aggrave-t-elle la déclaration d'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires dans la population féminine ? Comment s'articulent chômage, mauvaises conditions d'emploi et consommation d'alcool ?

Une seconde session centrée tout particulièrement à la santé mentale en lien avec le travail et l'emploi. De quelle façon les facteurs psychosociaux au travail interagissent-ils avec la santé mentale ? Quelles trajectoires personnelles et professionnelles contribuent-elles à fragiliser ou au contraire à conforter la santé mentale ? Finalement, comment l'expérience du chômage ou de la prise de retraite modifie-t-elle l'anxiété (ou la dépression) déclarée ?

Une troisième session sur les questions d'inégalités (entre femmes et hommes, selon le secteur,...) et potentiellement de discrimination. Comment les différences de parcours socioprofessionnels contribuent-elles aux écarts de santé entre femmes et hommes ? Comment les trajectoires professionnelles sont-elles affectées par la survenue d'un handicap, transitoire ou permanent, selon le secteur (public ou privé) ? Enfin, la corpulence joue-elle un rôle sur l'emploi et le salaire ?

En fin de journée, une table ronde a permis un échange entre experts et chercheurs et nourrit des pistes d'actions pour préserver la santé au travail à la lumière des enseignements des travaux présentés.

Ce document de synthèse restitue la trame des interventions et échanges (1) qui ont rythmé cette journée. Il repose sur une retranscription orale des interventions et échanges.

(1) L'ensemble des supports d'intervention est disponible sur les sites respectifs de la Dares et de la Drees.

Présentation de l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2006-2010 (SIP)

(Rachid Bouhia, Drees)

La naissance de l'enquête Sip est une réponse de la Dares et de la Drees à des lacunes de couverture statistique sur l'interaction entre santé et travail. En 2002, à la suite de demandes exprimées par le Conseil national de l'information statistique, la Dares et la Drees ont commandé un bilan de l'ensemble des sources statistiques liant santé et itinéraire professionnel. Ce bilan qui prenait en compte près de 60 sources statistiques existantes, relevait deux faiblesses majeures. D'une part, ces sources abordaient rarement simultanément l'emploi et l'état de santé, et quand elles le faisaient, elles privilégiaient un volet par rapport à l'autre.

D'autre part, les sources présentaient deux limites importantes : tout d'abord elles ne prenaient pas en considération les personnes qui ne sont pas (ou plus) en situation d'emploi, ensuite elles portaient sur des populations très spécifiques, par exemple en termes de couverture géographique, de secteur d'activité, ou de classe d'âge, comme par exemple l'enquête Estev qui ne couvrait que les individus âgés de 35 à 50 ans.

Outre le développement de l'exploitation statistique de ces sources, le rapport préconisait une enquête longitudinale pour faire progresser la connaissance des interactions dynamiques entre le travail, l'emploi et la construction ou l'altération de la santé. C'est l'objet de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (Sip).

L'enquête Sip a comporté deux vagues, une première réalisée en 2006, une seconde en 2010. En 2006, près de 14 000 entretiens ont été effectués auprès d'individus, âgés de 20 à 74 ans, vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. La vague 2010 visait à réinterroger les répondants de 2006, et près de 11 000 entretiens ont été réalisés. La vague 2010 comportait un échantillon complémentaire d'actifs occupés pour maintenir la représentativité globale de l'échantillon et mieux analyser les risques psychosociaux. Cet échantillon complémentaire est constitué de personnes actives vivant en France métropolitaine, en ménage ordinaire, et en emploi en 2010. On appelle « panel » la partie de Sip qui comprend les répondants des deux vagues, et « RPS » la partie de Sip qui correspond à l'échantillon complémentaire d'actifs occupés couplés à l'ensemble des actifs de la partie panel 2010.

L'enquête a deux objectifs principaux qui correspondent à la recherche des deux types de causalité liant santé et travail : d'une part mieux connaître les déterminants de la santé liés aux conditions d'emploi et aux parcours professionnels, d'autre part mieux repérer l'influence de l'état de santé sur le parcours professionnel, les aléas de carrière ou les éventuelles discriminations. Un objectif complémentaire a été fixé pour la vague 2010 : disposer d'un aperçu large des expositions des travailleurs aux risques psychosociaux.

Une des grandes caractéristiques de l'enquête Sip est de se concentrer sur les itinéraires professionnels et de santé. L'enquête contient deux niveaux d'approche temporelle, d'une part la biographie rétrospective établie en 2006, et d'autre part l'approche longitudinale (2006-2010).

La première correspond au repérage par l'enquêté des événements de la vie professionnelle et de l'itinéraire professionnel sur une grille biographique. Cette grille biographique est complétée par un inventaire des autres événements de santé graves ou ayant eu des conséquences sur la vie professionnelle.

L'approche longitudinale correspond à l'appariement des deux vagues de l'enquête (2006 et 2010). Cette approche met à disposition des données détaillées sur la situation d'emploi et les conditions de

travail en 2006 et 2010, notamment sur le statut de l'emploi, le temps de travail, la profession exercée, les contraintes organisationnelles... Elle fournit à chaque date des éléments sur l'état de santé courant : santé perçue, limitations d'activité et maladies chroniques. Elle indique également si l'individu souffre de troubles mentaux dits courants comme l'anxiété ou la dépression et renseigne sur les douleurs et troubles infra pathologiques éventuels.

Les événements marquants pendant l'enfance (vague 2006), les revenus du ménage, les activités sociales pratiquées par l'enquêté et le sentiment d'isolement sont également mis en relief.

Les informations ont été collectées par un entretien en face à face avec un enquêteur, avec en outre un auto-questionnaire confidentiel sur les pratiques en matière de consommation d'alcool et de tabac, le poids et la taille des individus.

L'enquête Sip permet de mettre en relief deux types de liens de causalité entre santé et travail. Des liens directement perçus par les enquêtés, par exemple lors de la description de leur itinéraire professionnel. Ainsi, un enquêté sur dix a indiqué qu'au moins une transition dans son itinéraire a été occasionnée, au moins en partie, par un événement de santé. Et 16 % des enquêtés déclarent qu'un événement de santé a eu une conséquence sur l'itinéraire professionnel.

Ces liens peuvent être mis en avant par des analyses statistiques utilisant la dimension longitudinale. Par exemple, dans une étude de 2014 (2), il a été montré qu'être cadre en 2006 réduisait les risques de connaître une détérioration de la santé perçue au cours des quatre années suivantes, par rapport à un artisan par exemple.

Les sites internet de la Drees et de la Dares contiennent des informations détaillées des aspects techniques de l'enquête, ainsi qu'une bibliographie des publications réalisées à partir de Sip. Ils mettent à disposition également différents supports de présentation, réalisés lors de séminaires ou d'ateliers scientifiques.

(2) « Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue », T. Barnay, N. de Riccardis, *Études et résultats*, n°898, décembre 2014.

Session 1 : Conditions de travail et d'emploi : un élément-clé de l'état de santé

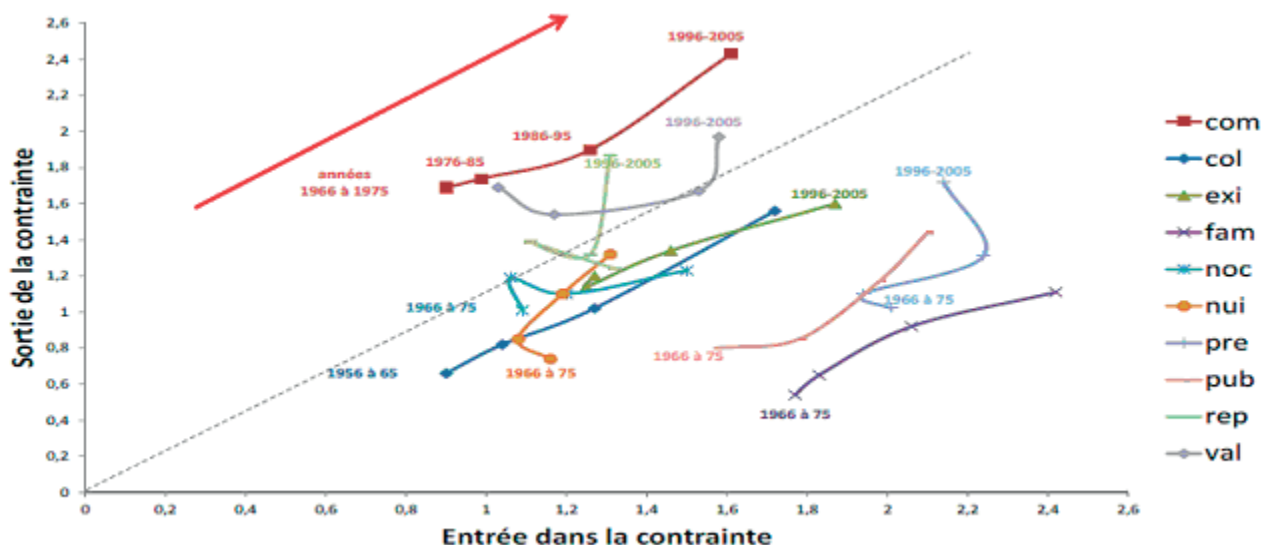
Les changements dans le travail au cours de la vie professionnelle : quels enjeux pour la santé ?

Loup Wolff, administrateur de l'Insee, en détachement au Centre d'étude et de l'emploi, membre du CREAPT et codirecteur du Dim Gestes, a présenté des travaux co-produits avec Corinne Gaudart, Céline Mardon, Anne-Françoise Molinié, Serge Volkoff sur « **Les changements dans le travail au cours de la vie professionnelle : quels enjeux pour la santé ?** »

Les liens entre changements et santé paraissent particulièrement importants à étudier à un moment d'évolution de long terme des systèmes de production (avec une montée de l'instabilité) et de la structure par âge de la population active. Les changements dont il est question dans l'étude relèvent de deux natures : d'une part ceux qui interviennent dans un emploi, donc signalés par les enquêtés qui disent avoir vécu un changement important relatif à leurs conditions de travail ; d'autre part ceux qui interviennent entre deux emplois, en considérant de fait, que dans quasiment toutes les situations, ces changements d'emplois s'accompagnent de changements de conditions de travail. L'analyse porte en particulier sur les entrées et les sorties dans des contraintes professionnelles : travail de nuit/répétitif/physiquement exigeant, exposition à des produits toxiques, compétences mal employées, travail sous pression, tensions avec le public travail non reconnu, tensions avec les collègues et difficultés de conciliation entre vie professionnelle et personnelle.

Les premiers résultats montrent une accélération du rythme des changements vécus et déclarés au fil des périodes, quelle que soit la contrainte. La proportion de salariés qui disent connaître une entrée dans chacune des contraintes ou une sortie de ces mêmes contraintes augmente progressivement au fil du temps (depuis la décennie 1956-1965 jusqu'à la décennie 1996-2005). Pour chacune des contraintes professionnelles étudiées, l'accélération des entrées est supérieure à celles des sorties (graphique 1).

Graphique 1 : Évolution des bilans entrées/sorties de contraintes à 20-35 ans selon l'époque du changement



Note de lecture : lors de la décennie 1956-1965, 0,9 % des personnes en emploi sont entrées dans la contrainte « Tension avec des collègues », 0,7 % en est sortie. Lors de la décennie 1996-2005, ces proportions sont passées à 1,8% et 1,5%.

Champ : personnes en emploi et âgées de 20 à 35 ans.

Source : enquête SIP 2006.

Une typologie en six classes a été construite.

Les changements « intégration » (9 %) se caractérisent par une sortie fréquente des « compétences mal employées » ou du « travail non reconnu », et sont associés aux sorties des « mauvaises relations de travail avec les collègues ». Ils traduisent une amélioration des conditions de travail au moins sur ces trois aspects. Ces changements marquent pour les salariés un moment d'accession à un statut dans leur emploi, qui leur donne le sentiment d'avoir pu exprimer enfin leurs compétences, leur savoir-faire, dans un collectif de travail. Ils sont plus fréquents chez les jeunes en début de carrière et s'inscrivent plus souvent dans des parcours qui se stabilisent via l'obtention d'un emploi « long » (ie plus de 5 ans). Il s'agit bien d'un moment de réalisation professionnelle.

Les changements « relégation », le miroir négatif des premiers (7%), marquent l'entrée dans les « compétences mal employées », le « travail non reconnu », et les « mauvaises relations avec les collègues », et signalent souvent un manque d'amélioration sur les autres aspects des conditions de travail. Ils marquent une forme de déclassement professionnel, associée à une perte de sens du travail. Ils sont par ailleurs observés plus souvent au cours d'emplois « longs » et s'opèrent souvent sans perte d'emploi.

On les observe plus souvent chez les professions intermédiaires ou les employés, de même que parmi les femmes. Enfin, ils s'observent plus souvent en fin de parcours de vie active.

Les changements « intensification » (24 %) correspondent à des entrées fréquentes dans le « travail sous pression », les « tensions avec le public », les « difficultés de conciliation entre travail et obligations familiales », et de rares sorties de ces contraintes. Ces changements manifestent des sensations de tension croissante au travail, de débordement, jusque dans la vie hors travail. Les cadres sont particulièrement représentés dans cette classe.

Les changements « retrait » (19 %), en miroir avec des sorties du « travail sous pression », des « tensions avec le public », des difficultés dans les « relations avec les collègues », et parfois des entrées dans les « compétences mal employées ». On y retrouve également une évolution vers une situation de travail moins exigeante nerveusement, mais qui mobilise moins les savoirs ou les savoir-faire. Il peut donc y avoir un ressenti négatif. Ils sont plus fréquents aux âges moyens ou élevés, et sont associés à une dégradation du statut d'emploi.

La « pénibilité accrue » (21 %). Ces changements témoignent d'une entrée dans le travail de nuit, répétitif, physiquement exigeant, ou exposé à des produits toxiques. Ils signalent parfois la sortie des tensions avec le public.

Il s'agit de changements qui touchent plus spécifiquement l'industrie. Les ouvriers et les hommes sont surreprésentés, ainsi que les trajectoires de transition professionnelle vers un emploi ouvrier. Ce qui explique probablement la surreprésentation des « sorties des tensions avec le public ».

La « mise à l'abri » de la pénibilité (21%). Ces changements consistent en des sorties fréquentes de la pénibilité physique, avec parfois un surcroît de tensions avec le public. Il s'agit d'une évolution vers des conditions de travail qui préservent l'intégrité physique, et souvent, des problèmes de santé sont mentionnés comme à l'origine de ce changement. Ils sont plus souvent associés à une perte d'emploi, et un retour à l'emploi avec très souvent une période de chômage.

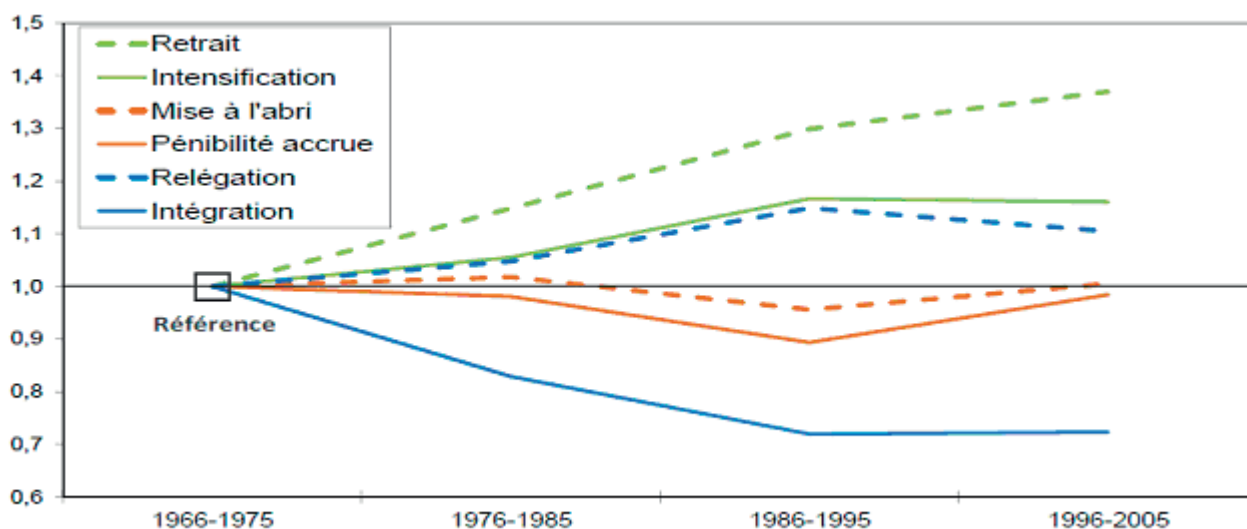
Les liens entre ces six changements et les déficiences de santé sont ensuite mis en évidence. Il ressort que quel que soit le type de changement, la présence de ce changement dans l'itinéraire est positivement corrélée à un état de santé (3) dégradé en 2006, ce qui, au premier abord est un peu contre intuitif en particulier pour les « retrait » et « mise à l'abri ». Les salariés l'ont en fait signalé d'eux-mêmes,

(3) Cinq indicateurs de l'état de santé dans l'enquête Sip sont testés : la santé auto-déclarée, le fait de déclarer une maladie chronique, les limitations d'activité ou les indicateurs d'anxiété et ceux de dépression.

s'ils se sont mis à l'abri, c'est qu'au moment du changement, leur état de santé s'était dégradé. Et souvent, les changements interviennent trop tard dans les parcours et ont déjà dégradé la santé. Les changements ont un impact négatif sur la santé, sauf le changement « intégration », qui marque une réalisation, une acceptation dans le milieu professionnel, surtout pour les jeunes salariés en début de parcours professionnel.

Le graphique 2 montre comment l'occurrence ou la fréquence des changements ont évolué (en contrôlant des transformations du tissu productif, en termes de tertiarisation ou d'augmentation de la proportion de cadres dans la population). Les changements « intensification » et « retrait », qui caractérisent l'entrée ou la sortie des tensions dans le travail, sont significativement en augmentation sur les quatre décennies que permet d'observer l'enquête. Les retraits progressent plus vite que l'intensification, mais malgré tout, la tendance est clairement à la hausse. Les changements « mise à l'abri » et « pénibilité accrue » sont stables. Les changements « relégation » deviennent plus nombreux et les changements « intégration » plus rares au fil des années. Ces constats renvoient à des éléments de la littérature bien connus, notamment la déstabilisation des parcours des jeunes en début de carrière, avec le développement des emplois atypiques, ainsi que l'intensification du travail et des changements organisationnels.

Graphique 2 : Accélération des changements



Note de lecture : les personnes en emploi lors de la décennie 1986-1995 ont vécu relativement moins de changements de type « Intégration » celles en emploi lors de la décennie 1966-1975 (rapport de 0,7).

Champ : personnes en emploi et âgées de 20 à 35 ans.

Source : enquête SIP 2006.

L'influence des conditions de travail sur les maladies cardiovasculaires

Eric Defebvre, doctorant en économie de la santé à l'Université Paris Est (Érudite), a présenté un travail mené avec Thomas Barnay (Conseiller scientifique à la Drees et professeur de sciences économiques à l'Université de Rouen, chercheur associé à l'Erudite de l'Upec) sur « **L'effet des contraintes physiques sur les maladies cardiovasculaires dans la population féminine** ». La question est importante quand on sait que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès chez les femmes. La prévention primaire de ces maladies cardiovasculaires est plus particulièrement axée sur les facteurs individuels et les comportements à risques en matière de santé (tabac, consommation d'alcool, surpoids...), mais moins sur le rôle du milieu professionnel et le rôle des contraintes physiques du travail.

L'objectif est d'estimer l'impact des conditions de travail physiques (le travail de nuit, le travail répétitif, les exigences physiques du point de vue général, et l'exposition à des produits nocifs) observées en 2006 et sur l'ensemble de la carrière (indicateur rétrospectif composite prenant en compte les expositions aux quatre conditions de travail physiques mentionnées et portant sur toute la carrière) sur la probabilité de survenue de maladies cardiovasculaires après 2006 : il s'agit des maladies déclarées par les individus en 2010 parmi lesquelles l'hypertension artérielle, les AVC, les varices, les angines de poitrine et infarctus du myocarde, les artérites...

Les femmes sont moins confrontées aux contraintes physiques du travail, mais lorsqu'elles le sont, le risque de maladies cardiovasculaires et d'hypertension artérielle est accru, toutes choses étant égales par ailleurs (tableaux 1 et 2). Ce résultat ne se retrouve pas chez les hommes (tableaux 3 et 4).

Dans le cas d'une exposition à des produits nocifs, le risque de déclaration de maladie chronique est accru largement, que ce soit pour les maladies cardiovasculaires en général ou l'hypertension artérielle (respectivement de 133 % et de 84 %). Le cumul d'au moins deux expositions est aussi un facteur important, puisqu'il augmente de 79 % le risque de déclarer une maladie cardiovasculaire. Enfin, on constate un accroissement de 50 % des déclarations de maladies cardiovasculaires en cas d'exposition tout au long de la carrière professionnelle.

Les différences hommes/femmes constatées peuvent provenir de comportements de déclaration de la santé et vraisemblablement des conditions de travail différenciés selon le sexe. Elles peuvent aussi résulter de phénomènes de construction de la santé au travail différents selon le sexe.

Tableau 1 : Contraintes physiques et maladies cardiovasculaires des femmes

Contraintes physiques	Odds ratio	Intervalles de confiance
En 2006		
Travail de nuit	1,32	[0,61 – 2,89]
Travail répétitif	1,29	[0,83 – 2,02]
Exigence physique	1,36	[0,97 – 1,91]
Exposition aux produits nocifs	2,33**	[1,51 – 3,60]
Une seule exposition	1,38	[0,96 – 1,99]
Au moins deux expositions simultanées	1,79*	[1,14 – 2,79]
Durant la carrière		
Contraintes physiques combinées	1,51**	[1,11 – 2,07]

Champ : femmes en emploi en 2006 et présentes en 2010 (N=2 783).

Tableau 2 : Contraintes physiques et hypertension artérielle des femmes

Contraintes physiques	Odds ratio	Intervalles de confiance
En 2006		
Travail de nuit	0,93	[0,28 – 3,06]
Travail répétitif	1,08	[0,59 – 1,99]
Exigence physique	1,53	[0,99 – 2,34]
Exposition aux produits nocifs	1,84*	[1,03 – 3,26]
Une seule exposition	1,43	[0,91 – 2,25]
Au moins deux expositions simultanées	1,77	[0,99 – 3,16]
Durant la carrière		
Contraintes physiques combinées	1,53*	[1,03 – 2,27]

Champ : femmes en emploi en 2006 et présentes en 2010 (N=2 783).

Tableau 3 : Contraintes physiques et maladies cardiovasculaires des hommes

Contraintes physiques	Odds ratio	Intervalles de confiance
En 2006		
Travail de nuit	0,71	[0,34 – 1,50]
Travail répétitif	1,10	[0,68 – 1,77]
Exigence physique	1,27	[0,91 – 1,78]
Exposition aux produits nocifs	0,91	[0,58 – 1,42]
Une seule exposition	1,17	[0,82 – 1,68]
Au moins deux expositions simultanées	1,14	[0,74 – 1,77]
Durant la carrière		
Contraintes physiques combinées	1,17	[0,85 – 1,60]

Champ : hommes en emploi en 2006 et présents en 2010 (N=2 635).

Tableau 4 : Contraintes physiques et hypertension artérielle des hommes

Contraintes physiques	Odds ratio	Intervalles de confiance
En 2006		
Travail de nuit	0,45	[0,14 – 1,47]
Travail répétitif	1,18	[0,65 – 2,16]
Exigence physique	1,09	[0,69 – 1,70]
Exposition aux produits nocifs	0,84	[0,46 – 1,54]
Une seule exposition	1,33	[0,84 – 2,09]
Au moins deux expositions simultanées	0,85	[0,45 – 1,59]
Durant la carrière		
Contraintes physiques combinées	1,14	[0,76 – 1,72]

Champ : hommes en emploi en 2006 et présents en 2010 (N=2 635).

Note de lecture : modèles logistiques explicatifs, soit des maladies cardiovasculaires, soit de l'hypertension artérielle, par les contraintes physiques. Être exposé à des produits nocifs augmente de 133 % le risque de maladies cardiovasculaires des femmes.

Source : enquête SIP 2006-2010.

Relations entre conditions de travail, emploi et consommation d'alcool en 2010

Corinne Mette, chargée d'études à la Dares sur les trajectoires de carrière a présenté un travail sur **les liens entre situation d'emplois, conditions de travail et consommation d'alcool en 2010**. L'abus d'alcool est coûteux pour la société : il dégrade la santé des personnes, occasionne des coûts pour le système de santé, et induit une baisse de la productivité en raison de l'absentéisme, des accidents du travail ou encore des pertes de revenus.

La relation entre consommation d'alcool et situation d'emploi n'est pas à sens unilatéral, car la consommation peut être à l'origine du passage par le chômage, mais le chômage peut aussi être à l'origine d'une consommation d'alcool excessive ou de la non consommation. Il y a donc endogénéité de la relation entre chômage et alcool.

L'objet du travail est d'estimer au sein d'une même démarche empirique, sur la base des données de Sip, les liens entre consommation d'alcool et chômage, à l'aide d'un modèle permettant de tenir compte de la double causalité, mais aussi d'estimer les liens entre consommation d'alcool et conditions de travail.

Les résultats sont présentés sur le graphique 3, où sont indiqués les effets marginaux, sur la probabilité d'être en emploi, associés à la consommation d'alcool. Deux indicateurs de consommation d'alcool sont retenus. Le premier, « les consommateurs quasi-quotidiens » (11 %), distingue les personnes qui déclarent avoir consommé de l'alcool au minimum quatre jours par semaine sur les douze mois écoulés. Le second, « les buveurs à risque », tient compte à la fois de la fréquence et des quantités auto-déclarées. Il caractérise les consommateurs à risque chronique (5,2 %).

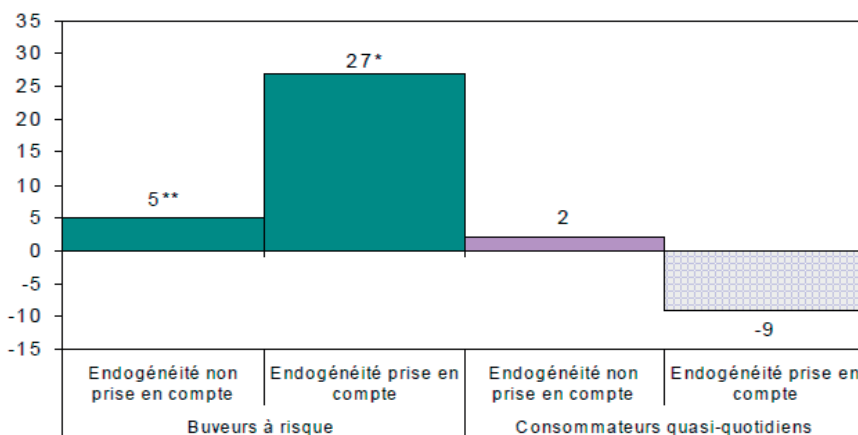
L'effet marginal de la consommation chronique d'alcool, c'est l'écart de probabilité d'être au chômage selon qu'on est ou non consommateur chronique d'alcool, mesuré quand les autres variables explicatives du chômage prennent leur valeur moyenne. Quel que soit le modèle envisagé, c'est-à-dire que la consommation d'alcool et la situation d'emploi soient considérées endogènes ou exogènes, le fait d'être buveur à risque en 2010 augmente de façon importante le risque d'être au chômage, de 5 % quand l'endogénéité n'est pas prise en compte et de 27 % lorsqu'elle est prise en compte.

Le signe associé à la corrélation des résidus est significatif (ce qui confirme l'existence d'une double causalité) et négatif : ce dernier point signifie qu'il existerait des caractéristiques inobservées qui joueraient en sens inverse sur la consommation et la probabilité d'être au chômage. Il pourrait s'agir de traits de personnalité comme l'aversion pour le risque : une faible aversion pour le risque favoriserait la consommation d'alcool, mais aussi la prise d'initiative dans l'environnement professionnel et donc la réussite professionnelle. Mais il ne s'agit là que d'hypothèses qui nécessitent d'être approfondies.

Lorsqu'on retient comme indicateur une fréquence de consommation quasi-quotidienne, les liens entre consommation d'alcool et chômage ne sont pas avérés. Les coefficients estimés ne sont pas significatifs et la statistique permettant de valider l'effectivité de la double causalité ne l'est pas non plus. Ce qui veut dire que la consommation quasi quotidienne, sans favoriser l'emploi, n'augmente pas pour autant le risque de chômage. En d'autres termes, elle n'a donc pas de conséquence apparente sur l'employabilité des personnes.

Graphique 3 : Effets marginaux issus des modèles expliquant la situation d'emploi par la consommation d'alcool

Effet marginal
(en %)



**Significatif au seuil de 1%

*Significatif au seuil de 5%

En hachuré, lien entre consommation quasi-quotidienne et chômage non validé au plan statistique

Note de lecture : le fait d'être buveur à risque en 2010 augmente de 5% le risque d'être au chômage quand l'endogénéité n'est pas prise en compte et de 27% lorsqu'elle est prise en compte.

Champ : actifs du secteur privé occupés et inoccupés de 2010, ayant travaillé au moins une année durant leur carrière.

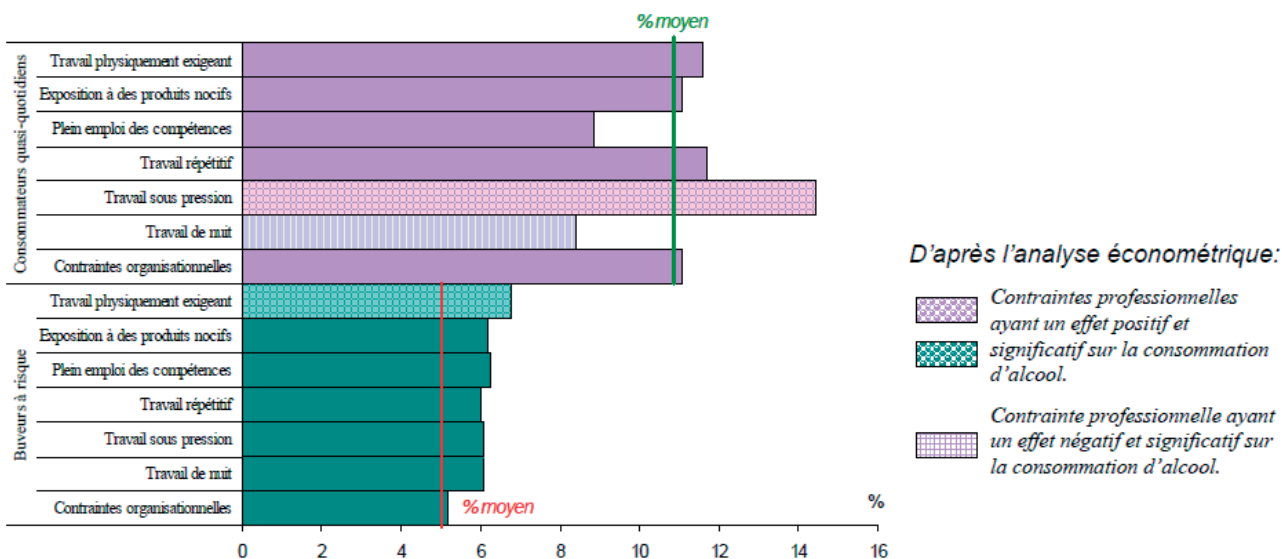
Source : enquête SIP 2006-2010.

L'incidence des conditions de travail sur la consommation d'alcool est illustrée par la proportion de buveurs à risques et celle de consommateurs quasi-quotidiens parmi les exposés aux 7 risques professionnels retenus (exposition mesurée lors du dernier emploi). Les buveurs à risque chronique répondent plus fréquemment avoir connu chacun des types d'exposition (graphique 4).

En revanche, les consommateurs quasi-quotidiens mais plus modérés déclarent moins avoir été exposés au travail de nuit ou encore avoir un emploi en inadéquation avec leurs compétences.

Seules les conditions de travail relatives au travail physiquement exigeant favorisent significativement la consommation d'alcool à risque chronique. Le travail de nuit contribue à consommer moins souvent de manière quasi quotidienne, quand le travail sous pression, lui, favorise la consommation quasi-quotidienne. On peut peut-être voir dans ce type de consommation un moyen de tenir face au stress.

Graphique 4 : L'incidence des conditions de travail



Note de lecture : parmi les personnes exposées au travail sous pression, plus de 14 % consomment quasi quotidiennement.

Champ : actifs du secteur privé occupés et inoccupés de 2010, ayant travaillé au moins une année durant leur carrière.

Source : enquête SIP 2006-2010.

Les résultats obtenus confortent ceux de la littérature étrangère avec une prise en compte de la double causalité nécessaire et justifiée si on s'en tient aux consommations à risque chronique.

Un résultat nouveau est qu'une consommation quasi quotidienne, mais plus modérée, n'augmente pas le risque de chômage et n'a donc pas de conséquence sur l'employabilité des personnes.

Il reste toutefois à mieux comprendre pourquoi certaines caractéristiques inobservées jouent en sens inverse, c'est-à-dire pourquoi elles favoriseraient la consommation d'alcool en même temps qu'elles réduiraient le risque de chômage.

Session 2 : Interactions entre santé mentale et vie professionnelle

Quels liens entre facteurs psychosociaux au travail et santé ?

Les travaux présentés par **Isabelle Niedhammer** (directrice de recherche à l'Inserm, épidémiologiste spécialisée dans le domaine des risques professionnels et des RPS) lors de cette deuxième session ont trait aux **liens entre facteurs psychosociaux au travail et santé mentale**. Ils ont été réalisés conjointement par Isabelle Niedhammer, Jean-François Chastang et Lucile Malard.

L'environnement de travail est un déterminant important de l'état de santé des populations. Dans cet environnement de travail, les facteurs psychosociaux au travail constituent un axe d'investigation de plus en plus important. Ils sont dérivés des conditions d'emploi et de facteurs organisationnels et ils constituent pour certains des facteurs de risque pour la santé connus, et suspectés pour d'autres. Mais l'état des connaissances sur leurs effets reste limité à ce jour.

L'objectif du travail présenté à partir de Sip est d'examiner les associations entre facteurs psychosociaux au travail et dépression,

- en utilisant deux protocoles d'étude permettant de préciser la temporalité entre ces facteurs et la maladie ;
- en étudiant un ensemble varié de facteurs ;
- en utilisant autant que possible des méthodes diagnostiques pour la mesure de la maladie.

La dépression est évaluée par le premier épisode dépressif au cours de la vie sur la base de la déclaration d'épisodes dépressifs passés pour les données rétrospectives de l'enquête et à partir du Mini (entretien diagnostique) pour les données prospectives. Pour l'évaluation des facteurs psychosociaux au travail sont retenues des mesures permettant d'évaluer des facteurs classiques, de Karasek (demande psychologique, latitude décisionnelle, en particulier utilisation des compétences et autonomie, et enfin, soutien social, des collègues et de la hiérarchie). Parmi les facteurs émergents dont les impacts sur la santé restent à évaluer précisément : le manque de reconnaissance, la demande émotionnelle, les stresseurs de rôle (4), l'insécurité, la mauvaise conciliation travail-famille, le temps de travail prolongé et l'imprévisibilité des horaires. Les analyses statistiques ont également pris en compte des facteurs hors travail, connus pour être associés à la dépression : âge, situation familiale, soutien social hors travail, événements de vie au cours de l'enfance et événements récents et profession.

Dans l'échantillon de personnes en emploi en 2006, la prévalence de la dépression est de 4 % chez les hommes et de 8 % chez les femmes. Parmi les personnes en activité en 2010 et qui étaient indemnes de la dépression en 2006, la survenue de la dépression en 2010 était de l'ordre de 2,5 % pour les hommes et de 5% pour les femmes. La prévalence était toujours plus importante pour les femmes.

L'analyse rétrospective consiste à expliquer la survenue du premier épisode dépressif par les facteurs psychosociaux au travail auxquels la personne était exposée un an avant. Elle révèle que, lorsque tous les facteurs sont étudiés séparément, tous les facteurs psychosociaux au travail sont associés chez les femmes à la survenue du premier épisode dépressif, alors que pour les hommes, la faible utilisation des compétences et les tensions avec le public ne le sont pas. Lorsque tous les facteurs sont pris en compte simultanément seuls la forte demande psychologique et le faible soutien social au travail sont identifiés comme facteurs de risque significatifs.

(4) Les « stresseurs de rôles » renvoient aux situations de conflits de rôles et d'ambiguïté de rôles.

Tableau 5 : Résultats rétrospectifs

	Hommes	N=152 600 personnes-années	Femmes	N=138 746 personnes-années
	OR	95% CI	OR	95% CI
Chaque facteur étudié SEPARÉMENT				
Forte demande psychologique	2.54***	1.70-3.79	3.06***	2.37-3.95
Faible utilisation des compétences	1.35	0.94-1.93	1.33*	1.06-1.69
Faible soutien social	2.42***	1.65-3.56	2.15***	1.68-2.76
Tensions avec le public	1.34	0.92-1.97	1.64***	1.28-2.10
Faible reconnaissance	1.83***	1.28-2.63	1.72***	1.36-2.17
Problèmes de conciliation travail/famille	1.48*	1.02-2.14	1.36*	1.06-1.75
Tous les facteurs étudiés SIMULTANÉMENT				
Forte demande psychologique	2.08**	1.33-3.23	2.49***	1.89-3.27
Faible utilisation des compétences	0.96	0.65-1.40	1.00	0.78-1.29
Faible soutien social	1.92**	1.27-2.90	1.59***	1.22-2.06
Tensions avec le public	0.98	0.66-1.44	1.19	0.92-1.54
Faible reconnaissance	1.42	0.96-2.10	1.25	0.97-1.61
Problèmes de conciliation travail/famille	1.14	0.78-1.67	1.03	0.79-1.32

Ajustement : âge, situation familiale, événements de vie et profession *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05.

Note de lecture : la forte demande psychologique augmente de 154 % le risque de développer un premier épisode de dépression au cours de la carrière.

Champ : toutes les années où les personnes âgées de 18 à 64 ans sont actives (la base de l'échantillon correspond donc à des personnes-années, chaque individu pouvant contribuer pour plusieurs années).

Source : enquête SIP 2006-2010/ Niedhammer I; et al., 2015 a) et b).

L'analyse prospective consiste à expliquer la dépression en 2010, pour les personnes en emploi en 2006 et 2010 non dépressives en 2006, par leurs conditions psychosociales de travail en 2006. Elle montre que seules la faible reconnaissance et l'insécurité de l'emploi en 2006 sont prédictives de la survenue d'un épisode dépressif majeur en 2010.

Tableau 6 : Résultats prospectifs

Hommes et femmes (N=4711)	Modèles 1		Modèle2	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Forte demande psychologique	1.27	[0.85-1.91]	1.13	[0.68-1.86]
Faible latitude décisionnelle	1.38	[0.95-2.00]	1.24	[0.86-1.81]
Faible soutien social	1.04	[0.68-1.59]	0.94	[0.58-1.55]
Faible reconnaissance	1.67**	[1.16-2.40]	1.60*	[1.08-2.39]
Forte demande émotionnelle	1.16	[0.79-1.71]	1.10	[0.73-1.67]
Qualité empêchée	0.98	[0.67-1.44]	0.81	[0.53-1.24]
Conflit éthique	1.01	[0.68-1.50]	0.91	[0.59-1.40]
Tensions avec le public	0.77	[0.53-1.12]	0.70	[0.47-1.05]
Insécurité d'emploi	1.76**	[1.17-2.64]	1.63*	[1.08-2.48]
Problèmes conciliation travail/famille	1.09	[0.72-1.63]	1.01	[0.63-1.60]

Ajustement : genre, âge, situation familiale, soutien social hors travail, événements de vie, profession et autres expositions professionnelles.

Modèles 1 : chaque facteur étudié séparément – Modèle 2 : tous les facteurs étudiés simultanément *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05.

Note de lecture : la faible reconnaissance de son travail augmente de 67 % le risque de dépression en 2010.

Champ : les actifs occupés de 2006 et 2010 indemnes de dépression en 2006.

Source : enquête SIP 2006-2010/ Niedhammer I; et all, 2015 a) et b).

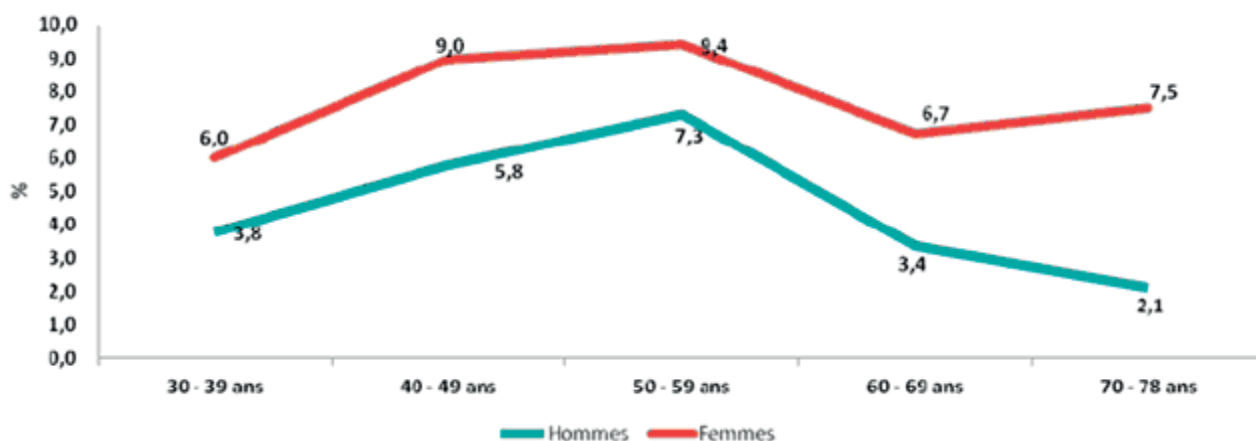
Les résultats des analyses indiquent une augmentation du risque de dépression avec la fréquence de l'exposition autant dans une démarche rétrospective que prospective. Le risque de dépression augmente avec la durée de l'exposition dans l'analyse rétrospective, mais c'est l'exposition actuelle qui reste déterminante. En revanche, les expositions passées de plus de 2 ans restent sans effet.

Quels effets de la retraite sur la santé mentale ?

Rachid Bouhia, chargé d'étude à la Drees, présente ensuite ses travaux, réalisés en collaboration avec Thomas Barnay, sur les effets de la retraite sur la santé mentale.

On observe une hausse continue de la prévalence des troubles anxieux généralisés (5) (TAG) entre 30 et 60 ans, puis une rupture autour de 60 ans, et ce, autant pour les hommes que pour les femmes (graphique 5), d'où une interrogation sur **les effets de la retraite sur la santé mentale**.

Graphique 5 : Prévalence des troubles anxieux généralisés par sexe en 2010



Note de lecture : 7,3 % des hommes âgés de 50 à 59 ans ont déclaré souffrir d'un trouble anxieux généralisé en 2010.

Champ : ensemble des personnes enquêtées.

Source : enquête SIP, vague 2010.

Des biais statistiques liés à l'enquête, tels la réticence à exprimer ses symptômes d'anxiété avec l'avancée en âge, ou le passage en institutions (non couvertes par l'enquête SIP) des personnes les plus fragiles, peuvent expliquer au moins en partie cet effet, mais ne suffisent pas à expliquer l'ampleur de la baisse constatée.

Du point de vue théorique, deux effets contradictoires de la retraite sur la santé mentale sont évoqués. D'un côté, la retraite pourrait mettre les individus à l'abri des situations de job strain, de stress au travail, et améliorer à court terme la santé mentale. De l'autre côté, elle peut générer une perte de rôle social, une diminution du capital social et, par conséquent, une dégradation de la santé mentale.

Comparer l'évolution de la santé mentale de deux sous-échantillons ayant des caractéristiques semblables, mais dont les uns liquident leur retraite entre 2006 et 2010, quand les autres ne partent pas à la retraite (groupe témoin), constitue un moyen d'essayer de démêler les deux effets.

L'étude suggère que le départ à la retraite contribue à la baisse de prévalence des troubles anxieux généralisés. On observe une baisse des TAG des personnes parties à la retraite de 1,4 point aussi bien chez les femmes que chez les hommes, alors que dans le groupe témoin, les TAG augmentent de +2,1 points chez les femmes, et 1,1 point chez les hommes (tableau 7).

(5) Les troubles anxieux généralisés sont mesurés grâce au MINI.

Tableau 7 : Évolution des TAG entre 2006 et 2010

	Femmes retraitées en 2010	Femmes non-retraitées en 2010	Hommes retraités en 2010	Hommes non-retraités en 2010
TAG en 2006 (%)	6,8	6,9	3,5	3,5
TAG en 2010 (%)	5,4	9,0	2,1	4,6
ECART 2010-2006	-1,4	+2,1	-1,4	+1,1
ECART GROUPES	-3,5**		-2,5**	

Note de lecture : la prévalence des TAG baisse de 1,4 point parmi les femmes qui partent en retraite sur la période.

Champ : personnes âgées de 49 à 65 ans en activité en 2006 et qui, soit partent en retraite sur la période, soit se maintiennent en activité.

Source : enquête SIP 2006-2010.

Ces résultats suggèrent donc une amélioration de la santé mentale avec le départ à la retraite et sont confirmés par la mise en œuvre d'un modèle économétrique en « doubles différences » (qui revient à s'intéresser aux écarts susmentionnés) en prenant en compte les différences de structures socioéconomiques entre les deux sous-échantillons (l'âge, l'exposition aux risques psychosociaux, le niveau de diplôme, l'état de santé en 2006, le soutien social et le statut conjugal en 2006).

On observe ainsi une baisse des TAG plus importante chez les individus fortement exposés aux RPS en 2006 : l'écart est de 12 points dans l'évolution de la prévalence des TAG entre les femmes fortement exposées qui sont retraitées et celles qui sont non retraitées. Il est de 7 points pour les hommes (tableau 8).

Tableau 8 : Écart de prévalence des TAG entre 2006 et 2010 selon le statut face à la retraite et l'exposition aux RPS

	Femmes fortement exposées aux RPS en 2006		Hommes fortement exposés aux RPS en 2006	
	Retraitées en 2010	Non-retraitées en 2010	Retraités en 2010	Non-retraités en 2010
ECART GROUPES	-12,0**		-7,0**	

Note de lecture : l'écart de prévalence des TAG entre les femmes qui partent en retraite et celles qui se maintiennent en emploi est de 12 points parmi les plus fortement exposées aux RPS.

Champ : personnes âgées de 49 à 65 ans en activité en 2006 et qui, soit partent en retraite sur la période, soit se maintiennent en activité.

Source : enquête SIP 2006-2010.

On observe également une baisse des TAG plus importante chez les moins qualifiés : plus le niveau de diplôme est faible, plus l'effet de la retraite sur l'évolution des TAG est fort (écart de 18 points pour les femmes sans diplôme ou ayant le BEPC et de 15,4 chez celles ayant un CAP ou un BEP) (tableau 9).

Tableau 9 : Écart de prévalence des TAG entre 2006 et 2010 selon le statut face à la retraite et le niveau de diplôme

	Femmes sans diplôme ou ayant le BEPC		Hommes sans diplôme ou ayant le BEPC	
	Retraitées en 2010	Non-retraitées en 2010	Retraités en 2010	Non-retraités en 2010
ECART GROUPES	-18,0**		-9,7**	
	Femmes ayant un CAP ou un BEP		Hommes ayant un CAP ou un BEP	
	Retraitées en 2010	Non-retraitées en 2010	Retraités en 2010	Non-retraités en 2010
ECART GROUPES	-15,4**		-8,6**	

Note de lecture : l'écart de prévalence des TAG entre les femmes qui partent en retraite et celles qui se maintiennent en emploi est de 18 points parmi celles disposant au maximum d'un BEPC.

Champ : personnes âgées de 49 à 65 ans en activité en 2006 et qui, soit partent en retraite sur la période, soit se maintiennent en activité.

Source : enquête SIP 2006-2010.

On observe enfin une absence d'effet du départ à la retraite pour les personnes qui ont déclaré un mauvais état de santé physique ou certaines maladies chroniques, sauf une baisse des TAG de 12,9 points parmi les femmes ayant déclaré des limitations d'activité.

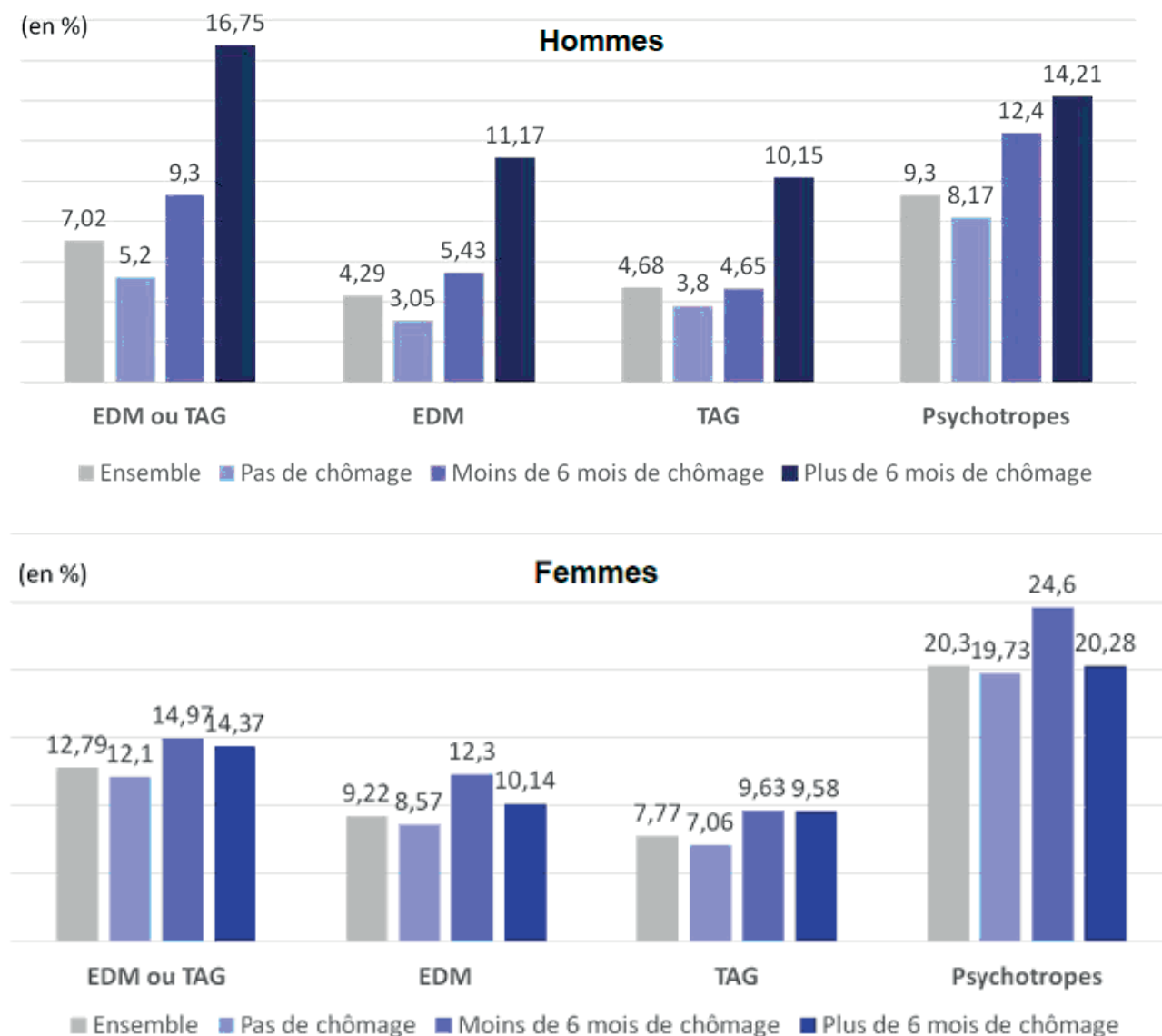
D'autres informations quant à l'opinion sur la retraite au moment du départ ou durant la retraite montrent que les personnes les plus vulnérables en termes de caractéristiques d'emploi en 2006 et qui vivent positivement leur départ à la retraite connaissent une baisse des TAG, alors qu'on observe au contraire une hausse des TAG parmi les personnes qui disent s'ennuyer durant la retraite, qui appréciaient leur activité professionnelle et qui auraient souhaité la poursuivre. Ces résultats sont particulièrement vérifiés chez les femmes.

Quels effets du chômage sur la santé mentale ?

L'étude présentée par **Sylvie Blasco** (maître de conférences à l'université du Maine et chercheur affiliée au Crest) et **Thibault Brodaty** (maître de conférences à l'Erudite, Université Paris Est Créteil) a trait aux **effets du chômage sur la santé mentale**.

Le point de départ de ce travail est l'observation d'un état de santé plus dégradé pour les chômeurs relativement aux actifs occupés ou à la moyenne de la population, à âge et sexe donné (graphique 6).

Graphique 6: État de santé mentale reporté selon le passage ou non par le chômage entre 2006 et 2010 des actifs en 2006 et 2010



Note de lecture : parmi l'ensemble des hommes, ils sont 7% à déclarer souffrir en 2010 soit d'un Episode Dépressif Majeur (EDM), soit d'un Trouble Anxieux Généralisé (TAG).

Champ : actifs en 2006 et 2010.

Source : enquête SIP 2006-2010.

Plusieurs mécanismes sont à l'œuvre. Le chômage peut être associé à une perte de revenu qui va amener les individus à renoncer à des soins. Il peut faire peser un coût psychologique sur l'individu qui déstabilise le rythme de vie, amène à une destruction du capital social et, éventuellement, à des situations d'isolement. La recherche d'emploi peut placer l'individu dans un processus stressant, induisant une mise en doute de lui-même. Ces effets peuvent être variables selon le contexte économique, la générosité du système et la durée du chômage. Enfin, le chômage peut aussi jouer un rôle de protection face aux expositions aux risques professionnels.

D'autres facteurs peuvent expliquer cette corrélation négative entre chômage et santé mentale, comme un effet de sélection, jouant à l'entrée et à la sortie de chômage, provenant du fait que la santé est aussi un déterminant de la situation professionnelle. Ou encore des facteurs jouant à la fois sur l'état de santé mentale et la situation professionnelle (l'estime de soi par exemple).

Le travail présenté cherche à évaluer l'effet de l'expérience du chômage entre 2006 et 2010 sur le risque de dépression, en distinguant dans la démarche les biais susmentionnés, puisque leurs implications en termes de politique publique sont totalement différentes.

Le risque de dépression est mesuré à partir de l'occurrence de troubles anxieux généralisés et d'épisodes dépressifs majeurs, complétée par les informations sur la consommation de psychotropes au cours des douze derniers mois.

Pour les hommes, il existe bien un effet du chômage sur la santé mentale. Le risque d'avoir une santé mentale dégradée pour les chômeurs relativement aux non chômeurs est multiplié par trois dans les statistiques descriptives, alors qu'il n'est multiplié que par deux en neutralisant l'ensemble des autres effets. La prise en compte des différents biais est utile et permet donc d'isoler l'effet chômage.

L'effet n'existe pas pour les femmes. Une des raisons évoquées serait la reconnaissance par le travail, plus importante pour l'homme, alors que pour la femme, la reconnaissance passerait davantage par ses responsabilités au foyer.

L'effet chômage est réel pour les hommes uniquement lorsqu'il a duré plus de six mois. Le chômage court ne semble pas altérer la santé mentale.

L'effet se concentre sur la deuxième partie de carrière, à partir de 40 ans, en raison vraisemblablement de probabilités de retour à l'emploi plus faibles à mesure qu'on avance dans la carrière. En revanche, le niveau d'étude et le taux de chômage local ne semblent pas jouer de rôle sur la santé mentale.

La méthode mise en œuvre permet de s'affranchir des biais de sélection, mais elle ne permet pas de déterminer les mécanismes à l'œuvre derrière l'effet causal, entre effet psychologique direct, effet revenu, ou capital social. Par ailleurs, ces résultats ne valent que dans un contexte de crise, puisque la méthode ne permet pas non plus de s'affranchir de l'effet de la crise survenue en 2008.

En termes de politiques publiques, ces résultats fournissent une justification supplémentaire à l'existence des politiques actives de l'emploi : ces politiques permettent non seulement aux chômeurs de retrouver plus vite un emploi, mais aussi de diminuer les coûts associés à une dépression causée par le chômage.

Session 3 : Inégalités, discriminations et enjeux de santé

Comment les différences de parcours socioprofessionnels contribuent-elles aux écarts de santé entre femmes et hommes ?

Clémentine Garrouste, enseignante à l'université de Paris Dauphine et chercheuse au LEDa-LEGOS (Laboratoire d'Economie de dauphine-Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé), a réalisé avec Emmanuelle Cambois et Ariane Pailhé, de l'INED des travaux sur **les différences de parcours socioprofessionnels contribuant aux écarts de santé entre femmes et hommes**.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes en moyenne, mais elles passent une plus grande partie de leur vie en mauvaise santé (6). Cette étude s'intéresse à la part des différences de santé liée aux parcours professionnels. Des travaux réalisés précédemment montrent que les carrières des femmes sont davantage interrompues que celles des hommes. Les femmes ont moins de perspectives de promotion, de qualification et d'expérience dans leur trajectoire professionnelle, ce qui s'accompagne notamment d'une rémunération moins élevée. L'objet de cette étude est de savoir si les interruptions, les promotions moindres, les déclassements, plus fréquents chez les femmes, sont autant liés à un mauvais état de santé pour les hommes et les femmes. Si oui, les différences de parcours professionnels contribuent-elles aux différences d'état de santé entre femmes et hommes ?

Les indicateurs de santé retenus sont la mauvaise santé perçue (MSP) (7), les limitations fonctionnelles physiques (LFP) (8) et les symptômes d'épisodes dépressifs majeurs (EDM) (9). Concernant la carrière, cinq trajectoires sont reconstruites en comparant la catégorie socio-professionnelle (PCS) au premier emploi de plus d'un an et la PCS au dernier emploi. Les durées d'inactivité et de chômage, le niveau de qualification du premier emploi mais aussi le statut d'emploi au moment de l'enquête sont également observés pour caractériser les parcours.

Les données Sip confirment un moins bon état de santé perçu pour les femmes (+1 % en moyenne), davantage de limitations fonctionnelles physiques (+6 % en moyenne) et de symptômes d'épisodes dépressifs majeurs (+7 % en moyenne) que les hommes de 45 à 74 ans ayant travaillé au moins un an.

Les travaux (tableau 10) montrent une association significative entre la santé et les profils de carrière toutes choses égales par ailleurs. Les trajectoires descendantes et stationnaires augmentent la probabilité de se déclarer en mauvaise santé perçue (MSP) par rapport aux personnes qui ont eu une trajectoire ascendante, pour les hommes comme pour les femmes. Par ailleurs, les femmes ayant eu une trajectoire descendante ont plus de chance de déclarer des limitations fonctionnelles physiques (LFP) alors que les hommes ayant eu une trajectoire stationnaire ont plus de chance de déclarer des LFP. Une moins bonne santé (sur tous les indicateurs) est constatée en cas d'inactivité au moment de l'enquête relativement au statut « en emploi ». Une moindre santé perçue (MSP) et mentale (EDM)

(6) Bien que les espérances de vie sans limitation d'activité et sans morbidité chronique soient plus grandes pour les femmes que pour les hommes.

(7) L'indicateur MSP est égal à 1 si la santé déclarée est mauvaise ou très mauvaise, 0 sinon (l'individu répond à la question : comment est votre état de santé général ? 1. Très bon, 2. Bon, 3. Moyen, 4. Mauvais, 5. Très mauvais).

(8) LFP est égal à 1 si l'individu déclare avoir au moins une limitation dans les limitations sensorielles physiques au moment de l'enquête (difficultés à se baisser/s'agenouiller, à monter/descendre un étage d'escalier à pieds, à manipuler un petit objet ou à se couper les ongles des pieds), 0 sinon.

(9) L'indicateur EDM est égal à 1 si l'individu a connu un épisode dépressif majeur au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, 0 sinon.

est constatée en cas de chômage au moment de l'enquête pour les deux sexes (la part de temps passé au chômage et en période d'inactivité au cours de l'itinéraire professionnel est également associée à un état de santé dégradé pour les femmes). Les hommes et les femmes ayant débuté leur carrière dans un emploi non-qualifié déclarent davantage de limitations fonctionnelles que ceux ayant eu un premier emploi qualifié (de même les individus ayant commencé leur carrière comme indépendant(e) s ont plus de chances de déclarer des limitations fonctionnelles en 2006).

Une méthode de décomposition montre que les risques de santé associés aux trajectoires sont globalement similaires pour les hommes et pour les femmes, mais la nature des parcours professionnels des hommes et des femmes contribuerait à expliquer l'état de santé plus dégradée chez les femmes.

Tableau 10 : Différences de santé et parcours professionnels des hommes et des femmes

	MSP			EDM			LFP		
	Tous	H	F	Tous	H	F	Tous	H	F
Femmes versus Hommes	0.82			2.06***			1.16*		
Premier emploi (réf : qualifié)									
Indépendant	1.05	0.60	1.69	1.14	0.46	1.71	1.76***	1.57*	1.87**
Très qualifié	0.57	0.28**	0.83	1.14	1.57	0.99	1.05	1.12	0.97
Peu qualifié	0.91	0.93	0.92	0.95	0.54*	1.25	1.23*	1.36	1.11
Non-qualifié	1.27	1.21	1.38	0.95	0.57	1.33	1.66***	1.63**	1.66***
Inconnu	2.18	0.97	5.49	0.27*	0.67	0.15**	1.56	0.97	2.27
Statut d'emploi (réf : en emploi)									
Retraité(e)	1.41*	1.33	1.26	0.73*	0.95	0.69*	1.01	0.80	1.22
Chômeur(se)	2.88***	4.31***	2.23***	1.86***	2.28**	1.67**	1.36	1.20	1.47
Inactif(ve)	4.70***	10.88***	2.46***	1.88***	3.17***	1.51**	1.84***	3.29***	1.45**
+1% de la carrière en inactivité	1.00	1.00	1.00	1.01***	1.02	1.01**	1.01***	0.99	1.01***
+1% de la carrière au chômage	1.01	1.01	1.01	1.02***	1.01	1.02**	1.01**	1.01	1.01
+1% de la carrière à tps partiel	1.00	1.01	1.00	1.00	0.99	1.00	1.00	1.00	1.00
Trajectoire (réf : ascendante)									
Descendante	1.89***	1.56	2.51***	0.99	0.56	1.45	1.43***	1.32	1.48**
Stationnaire	1.78***	2.02***	1.80***	0.87	0.65*	1.07	1.21**	1.30**	1.10
Indépendant(e) vers salarié(e)	2.43**	4.96***	1.06	0.81	0.87	0.92	1.13	1.49	0.73
Salarié(e) vers indépendant(e)	2.11***	1.30	3.76***	0.93	0.84	0.97	1.04	1.03	1.03
Inconnue	1.40	2.16*	0.73	1.58	0.74	2.73**	1.26	1.33	1.07
Observations	7,537	3,524	4,013	7,537	3,524	4,013	7,537	3,524	4,013

N.B. : mauvaise santé perçue (MSP), épisodes dépressifs majeurs (EDM) et limitations fonctionnelles physiques (LFP).

Note de lecture : les odds-ratio sont présentés dans le tableau ci-dessus. * significativité à 10%, ** significativité à 5%, *** significativité à 1%. Toutes égales par ailleurs, les femmes ayant eu un premier emploi non-qualifié ont un risque significativement plus élevé d'avoir au moins une limitation fonctionnelle par rapport à celles qui ont eu un emploi qualifié en début de carrière (OR=1.66). Les trois régressions logistiques présentées (dont les variables dépendantes sont respectivement MSP, EDM et LFP) sont ajustées par l'âge, la cohorte, l'éducation, le statut marital, le nombre d'enfants, le nombre d'événements de santé, le nombre d'arrêts maladie, la durée de la carrière, la durée depuis la sortie d'activité.

Champ : individus âgés de 45 à 74 ans ayant travaillé au moins un an.

Source : enquête SIP 2006.

Les différences de parcours professionnels entre hommes et femmes peuvent entraîner des expositions différentes aux risques de santé, durant leur carrière. La plus grande fréquence des carrières bloquées et interrompues, et l'importance du chômage dans l'itinéraire des femmes, semblent participer aux différences de santé hommes/femmes. En termes de politique publique, réduire les interruptions de carrière ou favoriser les promotions des femmes pourrait réduire les différences de santé entre les sexes.

L'effet du handicap sur les trajectoires d'emploi : une comparaison public-privé

Thomas Barnay, conseiller scientifique à la Drees, Professeur des universités en sciences économiques à l'université de Rouen, chercheur associé à l'Erudite (Upec) a étudié **l'effet du handicap sur les trajectoires d'emploi**, et les comparaisons public/privé, en collaboration avec Emmanuel Duguet (Upec), Christine Le Clainche (Université de Lille II), Mathieu Narcy (Cee) et Yann Videau (Upec).

La question du handicap est une priorité politique depuis la fin des années 1980. La loi du 10 juillet 1987 a instauré une obligation d'emploi des travailleurs handicapés. En 2005, l'obligation a été étendue au secteur public. Il existe de fortes inégalités entre privé et public. La part des personnes handicapées dans l'emploi public est de 4,1 %, contre 3,1 % dans le privé.

Les auteurs cherchent à mesurer l'effet causal de la survenue d'un handicap sur la trajectoire professionnelle, sur une période allant de un à cinq ans après la survenue du handicap, selon le secteur d'activité et à dégager un effet pur du handicap sur la trajectoire professionnelle. Cela requiert une méthodologie comparant et suivant dans le temps des populations aux mêmes caractéristiques observées mais aussi inobservées (et supposées invariantes dans le temps).

Après exclusion des handicaps de naissance et intervenus avant 18 ans, les personnes retenues au titre du handicap sont celles qui ont souffert d'un handicap (définition large : limitations d'activité, incapacités, séquelles,...) au moins un an au cours de leur vie adulte.

La survenue d'un handicap a un effet fortement pénalisant sur l'emploi du secteur privé au cours des cinq années étudiées (tableau 11). Le taux d'emploi des individus employés dans le privé en t-1 et ayant connu un handicap en t diminue de 13 points en t+1 par rapport à la population de contrôle. La diminution du taux d'emploi est encore plus importante cinq ans après (de 13 points à 17 points cinq années après).

Dans le secteur public, les effets sont atténués et dépendent de la durée du handicap. Le handicap transitoire d'un an au maximum n'a pas d'effet sur l'emploi, dans le secteur public. En revanche, il a un effet, faible mais significatif, dans le secteur privé. L'effet est encore plus important lorsque le handicap dure plus d'un an, jusqu'à 27 points en moins pour le taux d'emploi à t+5.

Tableau 11 : Baisse du taux d'emploi (en pp - points de pourcentage) consécutive à la survenue d'un handicap selon la durée, l'origine et l'âge du handicap

		Secteur privé [t+1; t+5]	Secteur public [t+1; t+5]
Durée du handicap	Un an (ou moins)	[-6 ; -7]	Pas d'effet
	Plus d'un an	[-21 ; -27]	[-14 ; -14]
Origine du handicap	Accident	[-9 ; -10]	Pas d'effet
	Maladie	[-23 ; -29]	[-12 ; -11] les 3 premières années
Âge de survenue du handicap	Handicap (<36 ans)	[-8 ; -9]	Pas d'effet
	Handicap (>= 36 ans)	[-19 ; -26]	[-7 ; -13]

Note de lecture : l'effet causal du handicap sur le taux d'emploi, en points de pourcentage. Sur la première ligne, le premier entre crochet (-6) signifie que le taux d'emploi diminue de 6 points de pourcentage un an après le handicap par rapport à une population non handicapée. Le second chiffre représente l'effet cinq ans après la survenue du handicap.

Champ : personnes qui, étant majeures, ont souffert au moins une période d'un handicap.

Source : enquête SIP 2006-2010.

Lorsque le handicap a pour origine un accident, l'effet est de 10 points dans le secteur privé. Si le handicap est lié à une maladie, l'effet est très important dans le secteur privé (jusqu'à moins 30 points jusqu'à cinq ans après), mais apparaît aussi dans le secteur public au cours des trois premières années suivant le handicap.

Lorsque le handicap intervient avant l'âge de 36 ans (âge médian d'apparition du handicap), il n'a pas d'effet dans le public, et l'effet reste contenu en deçà de 10 points dans le privé. Un handicap survenant après 36 ans est beaucoup plus pénalisant sur la trajectoire professionnelle.

L'effet est aussi plus important chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit la durée du handicap (tableau 12). Enfin, la qualification a un effet protecteur. La baisse du taux d'emploi est plus limitée pour les personnes ayant les niveaux d'éducation les plus élevés.

Tableau 12 : Baisse du taux d'emploi (en pp) consécutive à la survenue d'un handicap selon le sexe et le niveau d'éducation

		Secteur privé [t+1; t+5]	Secteur public [t+1; t+5]
Sexe	Femmes	[-19; -26]	Pas d'effet
	Hommes	[-9; -12]	Pas d'effet
Niveau d'éducation	Niveau primaire	[-22; -26]	Pas d'effet
	Niveau secondaire	[-12; -10]	Pas d'effet
	Bac et plus	[-7; -19]	Pas d'effet

Note de lecture : le niveau d'éducation démontre un effet protecteur des hauts niveaux d'éducation. A un niveau bac et plus, l'effet du handicap sur la trajectoire professionnelle est plus contenu (baisse de seulement 7 points de pourcentage au terme d'une année par rapport à une population non handicapée) que lorsque le niveau d'éducation est primaire (baisse de seulement 22 points de pourcentage au terme d'une année).

Champ : personnes qui, étant majeures, ont souffert au moins une période d'un handicap.

Source : enquête SIP 2006-2010.

Dans l'ensemble, les différences public/privé sont en partie liées à des différences de législation, concernant les congés maladies, les sorties prématurées d'activité, les reclassements et la protection de l'emploi.

Obésité et discrimination sur le marché du travail

La présentation d'Elise Coudin, réalisée en collaboration avec Arthur Souletie, s'intitule « Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire »

En 2010, dans la population des 24 à 59 ans, 12 % des femmes et 11 % des hommes sont obèses (leur indice de masse corporelle dépasse 30), selon l'enquête SIP. Le taux d'emploi des femmes obèses est de dix points inférieur au taux d'emploi des femmes non obèses : 71 % contre 81 %. L'écart est plus faible pour les hommes : 84 % contre 86 %.

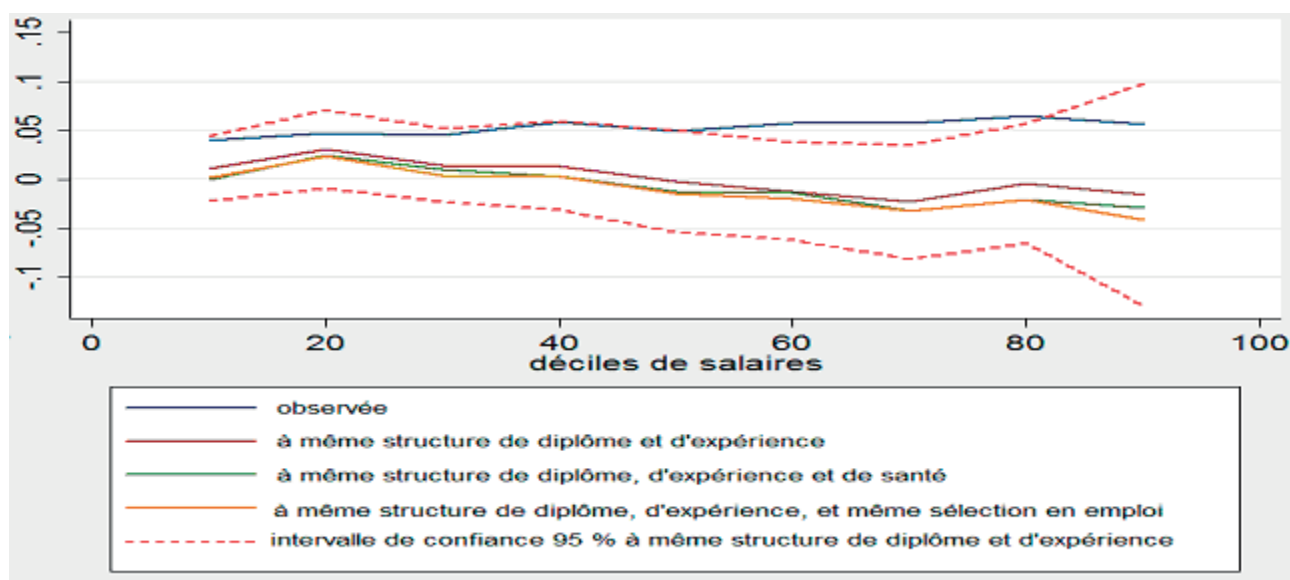
Le taux d'emploi plus faible des personnes obèses s'explique en partie par les compétences observables. Les personnes obèses sont notamment en moyenne moins diplômées : 25 % des hommes obèses ont au plus le brevet contre 18 % des non obèses (36 % contre 18 % pour les femmes). La proportion d'obèses est plus élevée parmi les agriculteurs que celle des non obèses. Les cadres sont sous-représentés. On compte aussi plus de temps partiel et les personnes obèses déclarent en moyenne un moins bon état de santé que celles qui ne le sont pas.

Si l'on tient compte du niveau d'éducation, de l'âge (et donc de l'expérience), de la situation familiale, de l'état de santé déclaré et de l'origine, les femmes obèses ont 7 points de probabilité de moins d'avoir un emploi que les femmes non obèses. L'écart s'annule complètement chez les hommes.

Selon l'enquête SIP 2010, les hommes et les femmes obèses ont en moyenne un salaire 7 % inférieur à celui de leurs homologues non obèses. Comme pour l'emploi, cet écart provient en partie du fait que la population des personnes obèses diffère en termes de diplôme, d'expérience, d'état de santé.

Cependant, toutes choses égales par ailleurs (éducation, expérience, état de santé perçue et origine), les salaires moyens ne sont pas significativement différents, que ce soit chez les femmes comme chez les hommes. Ce constat se retrouve tout au long de l'échelle salariale.

Graphique 7 : Écarts entre les déciles de salaires des femmes obèses et des non obèses (Log salaire horaire)

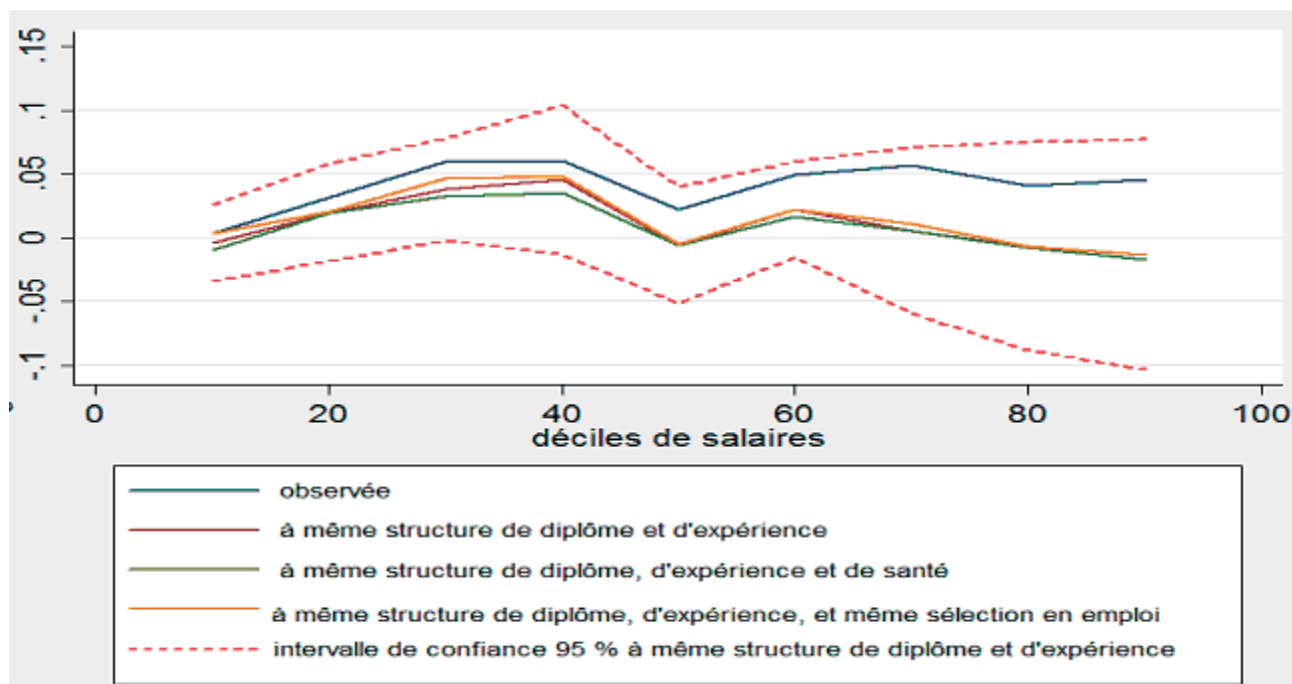


Note de lecture : le premier décile de salaire chez les femmes obèses est 5 % plus bas que le premier décile de salaire chez les femmes non obèses. Cet écart se reporte tout au long de l'échelle salariale. Notamment, ici, par exemple, le salaire médian des femmes obèses est 5 % plus bas que le salaire médian des femmes non obèses.

Champ : femmes salariées de 21 à 59 ans en 2006 et de 24 à 59 ans en 2010 dont le salaire horaire est supérieur à 80 % du smic, hors apprenties et stagiaires.

Source : enquête SIP 2006-2010.

Graphique 8 : Écarts entre les déciles de salaires des hommes obèses et des non obèses (Log salaire horaire)



Note de lecture : le premier décile de salaire chez les hommes obèses est identique à celui des hommes non obèses. En revanche à partir du deuxième décile, l'écart est 3 % plus bas relativement aux hommes non obèses.

Champ : hommes salariés de 21 à 59 ans en 2006 et de 24 à 59 ans en 2010 dont le salaire horaire est supérieur à 80 % du smic, hors apprentis et stagiaires.

Source : enquête SIP 2006-2010.

Outre les différences en termes de compétences observables, l'obésité affecte l'employabilité et le salaire lorsqu'elle détériore l'état de santé (mobilité réduite, maladies cardio-vasculaires, diabète) et diminue la productivité, en engendrant des coûts pour l'employeur (arrêts maladie, aménagement du poste de travail).

Les baisses de productivité peuvent aussi provenir de ce que les personnes sont découragées ou se sentent discriminées. Mais l'obésité peut aussi être associée à d'autres facteurs qui induiraient une productivité plus basse. Par exemple, la préférence pour le présent peut induire des comportements de consommation qui pourraient avoir tendance à jouer à la fois sur la corpulence et sur des comportements de sous-investissement en termes de capital humain, qui joueraient négativement sur le salaire et l'emploi.

Le salaire et l'emploi en retour peuvent aussi jouer vers la corpulence (« causalité inverse »). Un budget plus serré peut favoriser un comportement de consommation privilégiant les aliments caloriques.

L'objectif de l'étude est de mesurer les impacts causaux de la corpulence sur le statut d'emploi et le salaire, entre baisse de productivité et comportements discriminatoires, une fois contrôlés les effets des caractéristiques observables, des biais induits par la causalité inverse, des variables omises et des biais de mauvaises déclarations.

L'indicateur retenu est l'indice de masse corporelle. Une variable instrumentale est utilisée : le fait d'avoir exercé une activité physique par le passé ; Elle est corrélée négativement à la corpulence, sans pour autant avoir d'effet direct sur l'emploi et les salaires.

On estime un effet causal de la corpulence sur l'emploi négatif chez les femmes, mais nul chez les hommes. Chez les femmes, l'obésité causerait une baisse du taux d'emploi plus importante que ce

que suggère l'analyse « toutes choses égales par ailleurs ». De même, un point d'IMC supplémentaire impliquerait une baisse de la probabilité d'emploi de 4 points (entre 1 à 6 points), contre 2 pour l'effet toutes choses égales par ailleurs. Mais cet effet causal est estimé par rapport à un groupe spécifique (5% de la population): les femmes obèses qui n'ont jamais pratiqué de sport et qui n'auraient pas été obèses si elles avaient exercé une activité sportive. Les femmes moins éduquées et plus âgées y sont sur-représentées. Si l'effet causal de la corpulence est hétérogène selon les groupes de femmes, il n'est pas comparable à l'effet toutes choses égales par ailleurs (qui est moyen). Chez les hommes, être obèse n'est pas associé à une moindre employabilité. Au contraire le surpoids peut être valorisé chez les hommes. Les résultats sur les hommes s'interprètent aussi de manière causale (les variables ne sont pas endogènes).

Pour les salaires, les effets causaux de la corpulence sont aussi négatifs. Chez les femmes, un point de masse corporelle en plus provoquerait une baisse de salaire de 3 à 11 %. Chez les hommes, l'approche instrumentale ne permet pas de quantifier l'ampleur de l'effet, car l'instrument manque de puissance.

Pour conclure, l'obésité causerait des pertes de probabilité d'emploi chez les femmes (graphique 7), pas chez les hommes (graphique 8). La corpulence causerait des pertes en termes de salaire plus importantes que ce que l'on voit toutes choses égales par ailleurs mais pas toujours quantifiables.

Les différences selon les hommes et les femmes suggèrent que les normes sociales qui encadrent la corpulence sont beaucoup plus fortes chez les femmes que chez les hommes.

Une analyse complémentaire utilisant plutôt l'écart relatif entre l'IMC d'un individu et l'IMC moyen dans son groupe de référence aboutit aux mêmes résultats. La mesure relative, liée à la norme sociale, explique négativement l'emploi des femmes alors que la mesure médicale ressort plutôt sur les salaires, notamment ceux des hommes. Mais il ne s'agit que de corrélations, dont l'interprétation doit rester prudente.

Santé et itinéraire professionnel : quelles perspectives ?

Une table ronde a réuni Marion François (Directrice des ressources humaines de La Poste des Yvelines), Benoît Vallet (directeur général de la santé), Serge Volkoff (ergonome et statisticien, administrateur de l'Insee) et Jean-François Naton (conseiller confédéral de la CGT, vice président de l'INRS). Le débat avait pour objet de faire émerger les grandes perspectives que posent les études présentées lors du colloque et de discuter des leviers d'action possibles.

L'importance d'une réflexion en termes de trajectoires de carrière, donc en dynamique plutôt qu'en statique, a été soulignée du fait de l'imbrication sur le long terme des questions de pénibilité de l'emploi et de vieillissement des personnes, aboutissant potentiellement à des situations de handicap. Au vu des travaux présentés, les différences selon le sexe doivent être largement intégrées dans toutes les démarches de prévention. Il est aussi apparu essentiel de corriger certains déterminants, en particulier des contraintes psycho-organisationnelles, en investissant dans la prévention.

L'évolution de la santé dans le travail a été aussi discutée, afin d'identifier ce qui permettrait aux individus de préserver leur santé au cours de leur itinéraire professionnel. L'accent doit être mis sur la prévention, définie par la manière de travailler de façon pluridisciplinaire, avec des médecins, des infirmières, des préventeurs, des ergonomes, des DRH, etc. Il a été rappelé que la prise en compte de la pénibilité au moment du départ en retraite ne relève en rien d'une démarche de prévention, mais plutôt de compensation de la pénibilité. C'est donc en amont qu'il convient d'intervenir.

Pour certaines caractéristiques défavorables du travail, rien n'établit dans les connaissances scientifiques qu'elles ne puissent pas avoir des effets à long terme, durables et identifiables et que leur incidence n'existerait plus une fois quitté la vie professionnelle. C'est le cas par exemple de la saleté sur le lieu de travail ou du trajet domicile-travail, qui sont des éléments qui ne font pas l'objet d'une politique de prévention ou de compensation de la pénibilité.

La prévention passe par l'adaptabilité des postes et des personnes, en permettant des évolutions de parcours professionnels. Cela est rendu possible en faisant appel à des experts externes, en travaillant avec les partenaires sociaux. Il convient de commencer par détecter des signaux dans le but ensuite d'accompagner des méthodes de conduite de changement.

C'est bien de l'anticipation des problèmes de santé dont il est question. Deux exemples illustrent bien le raisonnement. Le facteur à vélo apprend avec l'expérience de sa tournée à éviter la secousse du trottoir, à savoir où faire un demi-tour, etc. En phase de découverte, une nouvelle tournée apparaît beaucoup plus pénible, plus longue, plus compliquée. La phase d'adaptation à la tournée n'est pas la même pour tous, selon l'âge et l'état de santé. Pour certains, elle doit être la plus courte possible. Pour y parvenir la mise en place de collectifs de travail dans une perspective de veille prospective peut aider l'individu.

Un autre exemple est celui d'une infirmière pour laquelle les difficultés du travail de nuit (l'angoisse d'être toute seule, de ne pas avoir beaucoup de médecins présents, un peu moins de collègues sur place) peuvent être compensées par la situation d'autonomie et de responsabilité vécue comme gratifiante.

Les plans de prévention, outre l'objectif de faire reculer les contraintes les plus pénibles, ont finalement trait à la valorisation de l'expérience individuelle.

Les carrières tendent de plus en plus à évoluer vers des alternances entre périodes de salariat et de statut d'indépendant, par l'intermédiaire notamment du statut d'auto-entrepreneur. Le défi est de

repenser le système, de conduire des parcours de vie professionnelle qui accompagnent différents statuts et différentes actions de la vie. L'idée est d'accompagner chacun dans son parcours de vie pour éviter l'exclusion. Repenser le rôle et la place de la sécurité sociale et repenser ses déterminants, c'est finalement revenir aux valeurs initiales dans lesquelles les textes fondateurs inscrivent les parcours de vie, la prévention de la désinsertion professionnelle.

La question de la prévention de l'exclusion est au cœur du débat. Il y a urgence du fait de la proportion accrue de personnes qui sont fragilisées à cause d'une combinaison qui ne colle plus bien entre leur travail et leur santé. Quand leur nombre s'accroît, notamment pour des raisons démographiques et avec l'allongement de la vie professionnelle, les marges de manœuvre se font de plus en plus étroites. La difficulté réside dans ce que les services de santé au travail, les assistantes sociales, les cadres doivent aménager au mieux la situation de personnes de plus en plus nombreuses alors que les situations qui pourraient leur convenir sont de plus en plus rares. Une solution est peut être la mise en place de dispositifs de veille souples, légers, locaux, qui permettent de voir venir en nombre les situations délicates, les endroits où les conditions de travail commencent à être mal supportées, etc.

La pénibilité psychique, notamment le manque de reconnaissance, a un impact sur le chômage, la retraite et la dégradation de la santé. On a vu aussi que c'était un facteur prédictif de dépression. Il faut donc afficher dans les objectifs des managers la lutte contre la pénibilité psychique. Les managers doivent pouvoir s'engager dans différents actes de reconnaissance du personnel. Il faut prendre le temps de faire quelques aménagements sur les dernières semaines d'activité professionnelle pour que la personne puisse se projeter. La reconnaissance peut ne pas coûter cher. Il ne s'agit pas nécessairement de mettre en place des primes comme dans certaines entreprises, il s'agit de travailler sur le capital humain.

Une autre action est de reprendre la main sur le travail, c'est-à-dire permettre de faire un travail de qualité, tout en sortant de la vision de souffrance au travail. Il est nécessaire de recentrer le débat sur la dynamique du travail. Comment remettre en débat cet enjeu qualité du travail dans le dialogue social ?

Tous les points abordés lors de la table ronde, prévention des risques professionnels pour la santé, prévention de l'exclusion du travail et au travail, prévention des risques de mauvaise santé au moment du départ à la retraite, sont étroitement imbriqués. Entre le rôle de l'individu qui se construit lui-même en temps qu'acteur, l'autonomie dans le travail dont il a besoin pour cela et le collectif de travail, il y a une cohérence à construire.

Discours conclusif de monsieur Franck von Lennep,

Directeur de la Drees

**(Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)
du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes**

Bonsoir à tous. Je conclurai rapidement, sachant que beaucoup a déjà été dit dans la table ronde précédente. Je voudrais d'abord remercier les organisateurs tant du contenu scientifique, à la Dares et à la Drees, que de l'organisation matérielle, et l'ensemble des agents du ministère qui ont participé. Je voudrais également remercier les intervenants de la journée, les participants de la dernière table ronde, et saluer les statisticiens, les chercheurs qui ont travaillé sur cette enquête depuis près de dix ans et qui continuent de le faire encore aujourd'hui. Je voulais redire à quel point nous avons essayé de mettre en place avec cette enquête un projet emblématique et exemplaire, à différents titres.

D'abord, cette enquête répond à une problématique cruciale, qui n'est pas toujours bien connue et identifiée, mais qui correspond à des enjeux prioritaires des politiques publiques : d'une part sur l'emploi des seniors avec le vieillissement de la population active et le recul de l'âge de la retraite, d'autre part en matière d'égalité hommes/femmes, et enfin sur le plan des inégalités sociales de santé.

Dès lors que notre objectif collectif est d'avoir une économie tournée vers l'innovation, cela passe d'abord par l'investissement dans le capital humain, donc aussi par la santé au travail. Une économie compétitive est une économie où les gens sont en bonne santé et se réalisent au travail. Nos études identifient les points de faiblesse, les facteurs de risques, les causalités entre travail, emploi et santé. Notre objectif est ainsi d'essayer de trouver des leviers de progrès, de les indiquer aux décideurs, aux partenaires sociaux, aux employeurs, pour agir sur le bien-être au travail.

Pour mener ces études et identifier ces leviers, cette enquête, fruit d'un partenariat de longue haleine entre la Dares et la Drees engagé depuis plus de dix ans, est un dispositif à la fois ambitieux et novateur. Ambitieux, comme je viens de l'indiquer, par les questions auxquelles il permet de répondre ; et novateur, par sa méthodologie et en particulier sa réalisation en deux vagues.

Autour de cette enquête, nous avons déployé recherches, colloques, appels à recherche, ouverture des bases de données aux équipes, nous avons valorisé les publications, etc. Ainsi, un numéro spécial de la revue Économie et Statistique à partir de l'enquête Sip est en préparation.

Nous avons donc multiplié les usages de cet outil, avec au cœur de nos préoccupations l'idée que ces travaux puissent servir à éclairer les politiques publiques et servir de socle à l'action.

Je ne reviendrai pas sur les enseignements de la journée. Le dossier du colloque était très riche et vous pourrez vous référer aux publications. On voit se dessiner des enseignements utiles autour des différences hommes/femmes, de la dimension des risques psychosociaux dont la prise de conscience monte progressivement, des effets du chômage de longue durée, etc.

Je voudrais néanmoins souligner que les travaux ne s'arrêtent pas aujourd'hui. D'autres travaux doivent se poursuivre, et d'autres outils continuent d'être élaborés, largement par la Dares, mais dans

certains cas avec l'appui de la Drees sur les champs qui nous concernent plutôt, les professionnels de santé par exemple, et notamment à l'hôpital, car il y a à la fois beaucoup de salariés à l'hôpital et des conditions de travail très spécifiques. Donc les travaux continuent, avec des enquêtes sur les « risques psychosociaux » par exemple.

Il faudra également cibler davantage certaines problématiques d'avenir, en particulier autour des nouvelles formes de travail. On a évoqué le travail indépendant, les évolutions des technologies numériques... Les outils d'observation doivent s'adapter aux évolutions mêmes du monde du travail.

Merci à tous et bonne fin de journée.

Bibliographie des travaux réalisés à partir de SIP

Méthodologie de l'enquête

Bahu M., Coutrot T., Mermilliod C., Rouxel C., 2012, « *Appréhender les interactions entre la santé et la vie professionnelle et leur éventuel décalages temporels, premier bilan d'une enquête innovante : SIP* », Drees, document de travail, Série sources et méthodes, n°35.

De Riccardis N., 2012, « *Traitements de la non-réponse et calages pour l'enquête Santé et itinéraire professionnel de 2010* », Drees, document de travail, Série sources et méthodes, n°36.

Mermilliod C., 2012, « *L'impact de la mise en place d'un suivi d'adresse entre les deux vagues de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP)* », Drees, document de travail, Série sources et méthodes, n°37.

Études et recherches

Algava E., Cavalin C., Célérier S., 2011, « *La santé des indépendants : un avantage relatif à interpréter* », CEE, Document de travail n°150.

Amossé T., Daubas-Letourneux V. (coord.), Barragan K., Meslin K., Le Roy F., 2012, « *Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP. (In)visibilités et inscriptions dans les trajectoires professionnelles* », CEE, rapport de recherche n° 76.

Amrous N., 2011, « *Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap* », Dares, Dares Analyses n°041.

Bahu M., Mermilliod C., Defevre E., De Riccardis N., 2014, « *Le choix d'indicateurs de santé : l'exemple de l'enquête SIP 2006* », Drees, Document de travail, Série Sources et méthodes n°49.

Bahu M., Mermilliod C., Volkoff S., 2011, « *Conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle, et état de santé après 50 ans* », L'état de santé de la population en France - Rapport 2011 [pp. 39-55], Drees, collection Études et statistiques.

Bahu M., Coutrot T., Herbet J.-B., Mermilliod C., Rouxel C., 2010, « *Parcours professionnels et état de santé* », Drees, Dossier solidarité santé, n°14 / Premières synthèses, Dares, 2010, n°001.

Barnay T., Bouhia R., 2015, « *Le départ à la retraite réduit-il les troubles anxieux généralisés ?* », Drees, Études et Résultats (à paraître).

Barnay T., Coutrot T., de Saint-Pol T., 2016, *numéro spécial sur l'enquête Santé et itinéraire professionnel*, Insee, Économie et statistique, (à paraître).

Barnay T., Defevre E., 2014, « *L'impact de la santé mentale sur le maintien dans l'emploi quatre ans plus tard* », Document de travail Erudite, n° 01-2014, 30 p.

Barnay T., Defevre E., 2014, « *Troubles mentaux : quelles conséquences sur le maintien dans l'emploi ?* », Drees, Études et résultats n°885.

- Barnay T., De Riccardis N., 2014, « *Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue* », Drees, Études et résultats n°898.
- Barnay T., Duguet E., Le Clainche C., Narcy M., Videau Y., 2015, « *The Impact of Handicap on Occupations: a Comparison Between Public and Private Sectors* » Annals of Economics and Statistics (à paraître).
- Barnay T., Duguet E., Le Clainche C., Narcy M., Videau Y., 2015, « *L'impact du handicap sur les trajectoires d'emploi : une comparaison public/privé* », CEE, document de travail n°178.
- Barnay T., et Legendre F., 2012, « *Simultaneous causality between health status and employment status within the population aged 30-59 in France* », Document de travail TEPP, n°12-13 / Document de travail Érudite, n° 10.
- Bègue M., 2014 « *Les risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010* », Dares, Dares Analyses n°31.
- Bouffartigue P., 2012, Chapitre « *Maîtriser le travail de nuit ?* », in Paul Bouffartigue (avec la collaboration de Jacques Bouteiller), Temps de travail et temps de vie. Les nouveaux visages de la disponibilité temporelle au travail, PUF, Collection « Le Travail humain ».
- Bouhia R., 2015, « *Dépression, anxiété et corpulence : quelles interactions ?* », Drees, Études et Résultats (à paraître).
- Caroly S., Cholez C., 2009, « *Santé et itinéraires professionnels des moins de 35 ans : insertion, apprentissage et construction identitaire* », Drees, Document de travail, série Études et recherches n°96.
- Collet M., De Riccardis N., Gonzalez L., 2013, « *Trajectoires professionnelles et de santé et sorties définitives de l'emploi avant 60 ans* », Drees, Dossiers solidarité et santé n°45.
- Coutrot T., Rouxel C., 2011, « *Emploi et santé des seniors durablement exposés à des pénibilités physiques au cours de leur carrière : l'apport de l'enquête « Santé et itinéraire professionnel »* », Dares, Dares Analyses, n°020.
- Coutrot T., Mermilliod C., 2010, « *Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles* », Dares, Dares Analyses, n°081.
- De Riccardis N., Moisy M., Mouquet, M.-C., 2014, « *Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires* », Drees, Études et résultats n°886.
- Duguet E., Le Clainche C., 2012, « *L'impact d'événements de santé non liés au travail sur le devenir professionnel* », CEE, Connaissance de l'emploi n°91.
- Duguet E., Le Clainche C., 2012, « *The impact of Health Events on labor Market individual Histories : The message from Difference in Differences with Exact Matching* », (L'impact des événements de santé sur la carrière professionnelle : une analyse fondée sur la méthode des doubles différences avec appariement exact), CEE, Document de travail n°156.
- Duguet E, et Le Clainche C., 2014. « *The Effect of Non-Work Related Health Events on Career Outcomes: An Evaluation in the French Labor Market* » Revue d'économie politique, Dalloz, vol. 124(3), pages 437-465.
- Duguet E., Le Clainche C., 2012, « *Chronic Illnesses and Injuries: An Evaluation of their Impact on Occupation and Revenues* », (Maladies chroniques et accidents : une évaluation de leur impact sur le parcours professionnel et les revenus), CEE, Document de travail n°155.
- Guiho-Bailly M.-P., Bertin C., Dubre J.-Y., Lancien N., Machefer J., Parent D., 2009, « *Rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et construction de la santé. Rapport final* », tome 1 et tome 2, Drees, Document de travail, série Études et recherches, n°95.

- Kolopp M., Grzebyk M., Chouanière D., Hédelin G., Boini S., 2015, « *Facteurs psychosociaux et troubles anxieux et dépressifs dans une étude longitudinale* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, vol 76, n°4.
- Leclerc A., Chastang J.-F., Pascal P., Plouvier S., Mediouni Z., 2015, « *Conséquences des troubles musculo-squelettiques sur l'itinéraire professionnel, résultats d'une enquête nationale* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, vol 76, n°3, pp 245-254.
- Leclerc A., Pascal P., Chastang J.-F., Descatha A., 2012, « *Troubles musculo-squelettiques (TMS) et perturbations de l'itinéraire professionnel* », Présentation au Colloque de l'Association pour le Développement des Etudes et des Recherches Epidémiologiques sur la Santé et le Travail. 2012: La Rochelle, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, vol 73, n°5.
- Lassalle M., Chastang J.-F., Niedhammer I., 2015, « *Working conditions and psychotropic drug use: cross-sectional and prospective results from the French national SIP study* » J Psychiatr Res. 2015 Apr;63:50-7.
- Mette C., 2015, « *Chômage et santé mentale, des liens ambivalents* », Dares, Dares Analyses n°067.
- Mette C., 2015, « *Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé, un maintien en emploi plus difficile* », Dares, Dares Analyses n°068.
- Mette C., De Riccardis N., Gonzalez L., Coutrot T., 2013, « *Emploi, conditions de travail et santé des 30-50 ans : des trajectoires contrastées entre 2006 et 2010* », Insee, Insee Référence, France, portail social – édition 2013.
- Niedhammer I., Chastang J.-F., 2015 (a), *Psychosocial work factors and first depressive episode: retrospective results from the French national SIP survey*. International Archives of Occupational and Environmental Health ; 88:835-847.
- Niedhammer I., Malard L., Chastang J.-F., 2015 (b), *Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study*. BMC Public Health;15:200.
- Niedhammer I., Malard L., Chastang J.-F., 2015, « *Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study* », BMC Public Health n°15-200.
- Niedhammer I., Malard L., Chastang J.-F., 2015 « *Changes in major depressive and generalized anxiety disorders in the national French working population between 2006 and 2010* », BMC Public Health n°15-200.
- Rouxel C., Virely B., 2012, « *Les transformations des parcours d'emploi et de travail au fil des générations* », Insee, Insee Références, Emploi et salaires - édition 2012.
- Samuel O., Martiskinen de Koenigswarter H., Vilter S., 2012, « *Inactivité professionnelle féminine, maternité et santé* », Drees, Document de travail, Série Études et recherches, n°122.
- Testenoire A. , Trancart D., 2011,« *Parcours professionnels, ruptures et transitions. Inégalités face aux événements de santé* », CEE, rapport de recherche, n°65.