



**HAL**  
open science

## Introduction générale - Santé et itinéraire professionnel : contexte et genèse d'une enquête

Thomas Barnay, Thomas Coutrot, Thibaut De Saint Pol

### ► To cite this version:

Thomas Barnay, Thomas Coutrot, Thibaut De Saint Pol. Introduction générale - Santé et itinéraire professionnel : contexte et genèse d'une enquête. *Economie et Statistique / Economics and Statistics*, 2016, 486-487, pp.5-15. hal-01343227

**HAL Id: hal-01343227**

**<https://hal.science/hal-01343227>**

Submitted on 7 Jul 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Introduction générale

## *Santé et itinéraire professionnel :* contexte et genèse d'une enquête

Thomas Barnay \*, Thomas Coutrot \*\* et Thibaut de Saint-Pol \*\*\*

La revue *Économie et Statistique* a choisi de consacrer ce numéro à des travaux mobilisant l'enquête *Santé et itinéraire professionnel* mise en place par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère des Affaires sociales et de la santé et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Cette enquête originale repose sur deux vagues d'interrogation des individus (2006 et 2010) et un volet biographique rétrospectif. Elle offre des perspectives de recherche appliquée tout à fait inédites, notamment en sciences économiques, dans un champ relativement peu exploré en France par rapport à l'abondance de la littérature internationale sur le sujet (Barnay, 2015 ; Bassanini et Caroli, 2015 ; Lindeboom, 2006).

Les incidences microéconomiques sont pourtant évidentes ; pour le salarié, la dégradation de l'état de santé contribue à modifier ses préférences pour le loisir et à diminuer sa capacité de travail voire sa productivité ; pour l'entreprise, les arrêts-maladie de longue durée notamment induisent des coûts de gestion, de formation et des pertes de productivité et de compétitivité. Les équilibres macroéconomiques sont aussi fragilisés par une dégradation du capital santé, provoquant des départs prématurés du marché du travail et une surconsommation de soins.

### Rappel :

Les jugements et opinions exprimés par les auteurs n'engagent qu'eux mêmes, et non les institutions auxquelles ils appartiennent, ni a fortiori l'Insee.

Les préoccupations relatives aux relations entre santé et travail sont omniprésentes, que l'on interroge les salariés ou que l'on examine les mesures effectives proposées par les entreprises. Ainsi, selon l'enquête *Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer)* 2010 de la Dares et de la Direction générale du travail (DGT) (dont une large partie des données sont recueillies par les médecins du travail lors des entretiens médico-professionnels), plus de 8 millions de salariés (près de 40 % des salariés en France métropolitaine et à la Réunion) sont exposés à au moins un facteur de pénibilité physique en 2010 (Rivalin et Sandret, 2014) et 26 % déclarent que leur travail

\* Université Paris-Est Créteil, Erudite, Tepp et Institut Santé-Travail de l'Université Paris-Est. Au moment de la réalisation de ce numéro, par ailleurs Conseiller scientifique à la Drees au Bureau «État de santé de la population» (barnay@u-pec.fr).

\*\* Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), Département « Conditions de travail et santé », Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

\*\*\* Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire. Au moment de la réalisation de ce numéro, il était chef du bureau « État de santé de la population » à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la prospective.

est « plutôt mauvais pour (leur) santé ». Par ailleurs, en 2013, en France près de 60 % des employeurs publics et privés ont mis en place des mesures de prévention des risques professionnels (Amira, 2016).

Au plan académique en France, dans la dernière décennie, de plus en plus de travaux se sont intéressés à cette question. En témoigne récemment la revue *Annals of Economics and Statistics* qui consacre, en décembre 2015, son numéro 119-120 à cette thématique en présentant notamment des études sur données françaises.

### **Une littérature économique française récente sur le sujet**

Les études françaises ont été initiées tardivement en raison en particulier de l'absence d'un panel permettant de couvrir de manière exhaustive les dimensions santé et travail à l'instar du BHPS<sup>1</sup> britannique ou du G-SOEP<sup>2</sup> allemand et autorisant des études corrigeant rigoureusement des biais d'endogénéité (causalité inverse ou hétérogénéité inobservée).

Par conséquent, les premières études françaises en économie tendent surtout à souligner des associations entre santé dégradée et sortie anticipée du marché du travail à partir de données transversales (Barnay, 2005 ; Barnay, 2008). Sans être en mesure de démêler les causalités, elles mettent en exergue des populations à risque (mères de famille aux revenus modestes, hommes ouvriers âgés de plus de 50 ans). Tessier et Wolff (2005) cherchent à estimer simultanément les effets de la santé sur le travail et du travail sur la santé à l'aide d'une analyse en variable instrumentale. L'effet positif de la santé sur l'offre de travail est avéré et cela dès le début de l'activité professionnelle. En revanche, l'activité professionnelle n'influence pas l'état de santé. Certaines enquêtes telles que l'*Enquête santé et protection sociale* de l'Irdes permettent d'introduire une dimension temporelle. Jusot *et al.* (2006) étudient, à quatre années d'intervalles, l'influence de la santé sur les sorties définitives de l'emploi (chômage et inactivité) pour une population âgée de 30 à 54 ans. Ils montrent que les personnes qui se déclarent en mauvaise santé ont un risque de sortie de l'emploi deux fois plus élevé que celles se déclarant en bonne santé. La relation inverse (à savoir l'effet des conditions de travail et d'emploi sur la santé) est encore peu étudiée. Afssa et Givord (2009) mettent en lumière, à partir de données de l'*Enquête emploi*, l'effet des horaires irréguliers sur l'absentéisme. Ils montrent que ce type d'horaires est lié à une augmentation de la probabilité de s'arrêter pour maladie. 20 % de l'absence pour maladie des ouvriers serait liée à un rythme de travail à horaires irréguliers. Pour les ouvriers âgés de 40 à 49 ans, cette proportion est de 39 %, et de 30 % pour les ouvriers âgés de 50 à 59 ans.

En 2007, la revue *Économie et Statistique* a consacré le numéro n° 403-404 à la première vague (2004-2005) de l'enquête *Share (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*. Dans ce cadre, deux articles s'intéressent à l'effet de la pénibilité du travail sur la santé (Debrand et Lengagne, 2007) et à l'influence conjuguée de la santé et des conditions de travail sur le souhait de départ en retraite précoce (Blanchet et Debrand, 2007). Debrand et Lengagne mettent en évidence des liens significatifs entre la santé et les tensions, suggérés dans les modèles de déséquilibre de Karasek et Theorell (1991)

---

1. *British Household Panel Survey.*

2. *G-SOEP : German Socio-Economic Panel.*

(déséquilibre entre pression ressentie et latitude décisionnelle) et de Siegrist (1996) (déséquilibre entre pression ressentie et récompense reçue). Blanchet et Debrand soulignent que la santé et la satisfaction au travail constituent des déterminants importants du souhait de prendre sa retraite le plus tôt possible.

Par ailleurs, à nouveau dans la revue *Économie et Statistique*, à partir du panel européen des ménages, Chaupain-Guillot et Guillot (2008) montrent que l'état de santé, le degré de satisfaction dans l'emploi et, chez les femmes, les contraintes de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle expliquent les absences au travail.

Récemment, la mobilisation de la base de données administratives Hygie<sup>3</sup> a permis de réaliser des études tenant compte des causalités bidirectionnelles entre santé et travail et de l'hétérogénéité inobservée fixe dans le temps. En particulier, ce panel a été utilisé pour comprendre les déterminants des arrêts maladie, d'une part, et mesurer les conséquences des arrêts-maladie sur les trajectoires professionnelles, d'autre part. La revue *Économie et Statistique* a ainsi accueilli, dans son numéro spécial (n° 475-476) publié en 2015, deux travaux fondés sur Hygie. À partir d'un modèle dynamique de transition sur le marché du travail, Barnay, Favrot et Pollak (2015) observent des trajectoires plus durablement dégradées (vers le chômage et l'inactivité notamment) pour les personnes ayant connu l'année précédente des arrêts de travail, en particulier lorsqu'ils sont dûs à des longs épisodes de maladie. Par ailleurs, Barnay, Ben Halima *et al.* (2015), à partir d'une méthode de double différence avec appariement exact pour comparer les salariés malades aux salariés sans aucune Affection de longue durée (ALD), démontrent que le caractère pénalisant de la survenue du cancer non seulement se poursuit à un horizon de 5 ans mais aussi s'amplifie. À partir de l'enquête Drees-Inserm *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, menée en 2004, Duguet et Le Clainche (2016) montrent cependant que l'aménagement des conditions de travail peut augmenter fortement la probabilité de retour au travail et améliorer l'état de santé auto-évalué des personnes survivantes d'un cancer.

Ces différents travaux soulignent l'hétérogénéité des individus face au risque de santé. Les parcours professionnels semblent davantage marqués lorsque les chocs de santé interviennent en seconde partie de carrière et chez les femmes. Ils rendent compte aussi de la complexité de la prise en compte de l'état de santé et des conditions de travail : les altérations physiques et psychiques de la santé ayant des effets différents sur les trajectoires professionnelles, selon leur nature et leur durée.

### **Les liens entre santé et travail : entre compensation, sécurisation des parcours et prévention**

Les liens entre les dynamiques de santé et les trajectoires professionnelles alimentent de nombreux textes législatifs et des débats de société depuis plusieurs décennies. Outre la réparation des maladies professionnelles et des accidents du travail, les textes s'intéressent, en particulier, aux mécanismes de réparation en fin de vie active pour des personnes ayant vécu des conditions de travail pénibles. Les budgets alloués à l'amélioration

3. La base Hygie est constituée de données administratives issues de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS) et porte sur la période 2005-2011. Elle est réalisée par l'Irdes à l'aide d'un financement de la Drees.

de la qualité de l'emploi et des relations du travail (programme n° 111 du Projet de loi de finances<sup>4</sup>) restent cependant modestes et en diminution depuis 2010.

En dépit de l'objectif initial d'unicité du système de protection sociale affirmé par l'ordonnance du 4 octobre 1945, de nombreux régimes de retraite ont été créés et subsistent. Bien que leur justification relève souvent de logiques catégorielles, la diversité des expositions à des facteurs de risques pour la santé des travailleurs apparaît aussi comme un critère de différenciation. L'effet potentiellement pathogène du travail sur l'état de santé renvoie à de nombreuses interrogations liées à la mesure et à la définition de la pénibilité, à la nature et au niveau de la compensation et à la nature des responsabilités. Ces difficultés ont conduit le législateur à reporter la mise en place de dispositifs généralisés de compensation de la pénibilité. Depuis la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, la pénibilité au travail est l'objet du dialogue social. Cette réforme introduit explicitement la pénibilité, à travers l'article 12, et prévoit des négociations entre les partenaires sociaux sur la définition et la prise en compte de la pénibilité (Struillou, 2003). Face à la difficulté de mesure de la pénibilité et d'imputation des responsabilités, cette première tentative échoue cependant. En 2010, la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites<sup>5</sup>, complétée par les décrets du 30 mars 2011 et du 7 juillet 2011 ainsi que l'arrêté du 30 mars 2011, généralise l'obligation de prévention de la pénibilité et définit les critères de pénibilité (Lasfargues, 2005).

Ce n'est qu'avec la loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 « garantissant l'avenir et la justice du système de retraites » qu'est institué le compte personnel de prévention de la pénibilité<sup>6</sup>. Son but est de permettre aux salariés exposés, au-delà de certains seuils, à dix facteurs de pénibilité (définis dans la loi du 9 novembre 2010) d'accumuler des points donnant droit à de la formation, à une aide au passage à temps partiel ou à des trimestres de retraite. Si les dix indicateurs retenus<sup>7</sup> relèvent de la pénibilité physique, l'émergence des risques psychosociaux au travail (RPS), dont les effets délétères sur la santé des travailleurs sont avérés, apparaît comme un enjeu majeur de santé publique. D'après la littérature internationale, les travailleurs qui subissent une forte demande psychologique tout en disposant d'une faible latitude décisionnelle sont nettement plus exposés que les autres aux risques d'accidents cardio-vasculaires, de troubles musculo-squelettiques et de dépression (Gollac et Bodier, 2011).

Par ailleurs, la dégradation de la santé, de façon directe ou indirecte, est devenue l'un des seuls modes dérogatoires au recul de l'âge de la retraite. Entre 2003 et 2013, les effectifs de l'ensemble des bénéficiaires d'une cessation anticipée d'activité totale ont diminué de plus de 60 % (de 622 000 à 242 900 personnes, fin décembre 2013). Ces dispositifs ont en effet évolué d'une logique économique dans les années 1990 (ARPE<sup>8</sup>, ASFNE<sup>9</sup>, etc.) vers une logique de compensation des expositions aux risques professionnels au

---

4. Comprend les dotations de fonctionnement de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), des subventions accordées aux études menées en matière de santé au travail et le Fonds d'amélioration pour les conditions de travail (FACT).

5. Elle introduit, en outre, les Retraites anticipées pour carrière longue (RACL). Ce dispositif « carrière longue », de façon indirecte, tient compte de la pénibilité du travail puisqu'il cible les personnes peu qualifiées ayant débuté leur carrière professionnelle tôt.

6. Dont les décrets et arrêtés d'application ont été publiés le 31 décembre 2015.

7. Relatifs au travail de nuit, au travail en équipes successives alternantes, à l'activité en milieu hyperbare, au travail répétitif (à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015) et aux postures pénibles, aux manutentions manuelles de charges, aux agents chimiques dangereux, aux vibrations mécaniques, aux températures extrêmes et au bruit (à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016).

8. Allocation de remplacement pour l'emploi.

9. Allocation spéciale du Fonds national de l'emploi.

cours de la carrière (CATS<sup>10</sup> et CAATA<sup>11</sup>). Selon la Dares, en 2013, 161 000 personnes sont entrées dans un dispositif de cessation anticipée d'activité. Plus de neuf entrées sur dix concernent la retraite anticipée pour carrière longue (RACL) qui bénéficie, en particulier, à des salariés qui ont été exposés à des conditions de travail pénibles (Marioni et Merlier, 2015).

Qu'il s'agisse du compte pénibilité ou de dispositifs de préretraite dédiés et, bien sûr, des régimes de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, la logique de compensation *ex post* a longtemps prévalu de manière quasi exclusive dans la prise en compte des relations santé et travail.

Des textes ou plans plus récents soulignent pourtant l'interaction entre état de santé et marché du travail à travers le prisme de la prévention et de la sécurisation des parcours. Rappelons, de façon générale, que le salarié dispose tout d'abord d'un droit d'alerte et de retrait s'il juge que sa situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé (articles L4131-1 à L4131-4 du code du travail). L'employeur est, quant à lui, soumis à une obligation de sécurité (articles L4121-1 et L4121-5 du code du travail).

Dans le sillage des dispositions européennes (directive cadre sur la santé et la sécurité des travailleurs du 12 juin 1989), depuis 2005, trois plans Santé Travail ont été impulsés par le Ministère chargé du travail. Sans proposer de mesures coercitives, le dernier plan Santé au travail (2016-2020) marque un infléchissement majeur en faveur de la prévention et privilégie la prévention à la réparation. Il met en particulier l'accent sur la prévention primaire, la qualité de vie au travail et une approche plus transversale croisant différentes politiques publiques afin de rompre avec la segmentation des différents risques professionnels. Les premiers résultats des précédents plans sont ambigus. La sinistralité semble avoir reculé depuis 2010 en termes d'accidents du travail (- 4 % entre 2010 et 2014) ; en revanche, les effectifs de médecins du travail (en équivalent temps-plein) se sont significativement réduits passant de 7 300 en 2004 à 5 047 en 2013, même si le développement des équipes pluridisciplinaires au sein des services de santé au travail compense pour partie cette évolution. Le dernier plan Santé au travail prévoit une démarche d'évaluation des résultats intermédiaires.

D'autres plans sont mis en place sur des segments plus spécifiques du risque santé au travail. La réduction des inégalités face à la maladie est un des objectifs majeurs du troisième plan cancer (2014-2019), qui préconise « *la meilleure connaissance des situations à risque dans le milieu du travail, le renforcement de la protection et du suivi des travailleurs exposés aux agents cancérigènes, ainsi que la facilitation de la reconnaissance comme maladie professionnelle des cancers liés à leur activité* ».

Le plan Psychiatrie et santé mentale (2011-2015), dont l'évaluation par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) est en cours, stipule explicitement que l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques nécessitent un meilleur accompagnement. En outre, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »<sup>12</sup> vise à l'élimination des entraves à l'insertion sociale et professionnelle des personnes

10. Cessation d'activité des travailleurs salariés.

11. Cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

12. Qui complète ou renforce certaines dispositions de la loi d'orientation du 30 juin 1975 et de la loi du 10 juillet 1987.

handicapées. Elle renforce notamment l'obligation d'emploi, dans la proportion de 6 % de leurs effectifs, déjà présente dans la loi de 1987, pour les établissements de 20 salariés et plus du secteur concurrentiel, en modifiant la contribution financière en cas de non-respect du quota d'effectifs dans un sens plus incitatif à l'emploi des travailleurs handicapés. De plus, elle étend cette obligation au secteur public (pour les établissements de 20 salariés et plus), créant à l'instar du secteur privé un fonds public pour l'insertion des personnes handicapées (FPIPH) auquel sont versées les contributions financières en cas de non-respect du quota.

L'arsenal législatif français, sans être véritablement coercitif, atteste, par conséquent, de la prise en compte de la thématique santé et travail et rend compte de l'importance du sujet.

### ***L'enquête Santé et itinéraire professionnel***

L'absence de données approfondies et temporelles permettant de croiser la santé et le travail a été mise en lumière par un rapport du Centre d'études de l'emploi (CEE) (Cristofari, 2003). Face à ce constat, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) ont diligenté une enquête longitudinale en population générale afin de faire progresser la connaissance sur les interactions entre le travail, l'emploi et la construction ou l'altération de la santé. L'enquête *Santé et itinéraire professionnel (SIP)* a ainsi été mise en place en deux vagues ; une première vague ayant eu lieu fin 2006-début 2007 et la seconde fin 2010 (Mermilliod, 2012 ; de Riccardis, 2012 ; Bahu *et al.*, 2012). Le mode de collecte repose sur du face-à-face et des auto-questionnaires (sur les pratiques en matière de consommation d'alcool et de tabac ainsi que le recueil du poids et de la taille). Les exploitations de la base SIP permettent l'analyse des causalités plurielles entre état de santé, statut d'occupation et conditions de travail. L'enquête *SIP* permet d'une part de mesurer les déterminants de la santé en lien avec les conditions de travail et les parcours professionnels. D'autre part, l'enquête permet d'identifier l'influence de l'état de santé sur le parcours professionnel des personnes et les discontinuités de carrière. En 2010, conformément aux recommandations intermédiaires du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, un volet sur les risques psychosociaux encourus par l'ensemble de la population active occupée au moment de l'enquête a été ajouté. L'enquête *SIP* concerne des individus vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine et âgés de 20 à 74 ans en 2006. Ils sont interrogés quelle que soit leur situation vis-à-vis du marché du travail (actifs occupés, chômeurs ou inactifs, retraités, etc). Environ 14 000 entretiens ont été menés en 2006. Environ 11 000 personnes ont pu être réinterrogées quatre ans plus tard. En outre, en 2006, les enquêtés remplissent une grille biographique rétrospective permettant d'identifier les événements de la vie privée, l'itinéraire professionnel, les événements de santé en lien avec les étapes de l'itinéraire, les autres événements de santé graves ou ayant eu des conséquences sur la vie professionnelle (handicaps, accidents et problèmes de santé).

Des premières valorisations ont été menées par la Drees et la Dares. Ces études ont examiné de nombreuses thématiques : les risques psychosociaux (Coutrot et Mermilliod, 2010 ; Bègue, 2014), les inégalités sociales de santé (Barnay et de Riccardis, 2014) et d'expositions aux conditions de travail (Collet *et al.*, 2013; Coutrot *et al.*, 2011), le

maintien en emploi des personnes en mauvaise santé (Barnay et Defebvre, 2014 ; Mette, 2015a), les liens entre santé mentale et chômage (Mette, 2015b) ou encore les trajectoires professionnelles des personnes suicidaires (de Riccardis *et al.*, 2014).

Une série de travaux fondés sur *SIP* s'intéresse à l'effet d'un événement de santé sur la trajectoire professionnelle. À partir de la vague 2006, Duguet et le Clainche (2014) mesurent l'effet des événements de santé (accidents ou maladies chroniques) sur l'emploi (méthode des doubles différences avec appariement exact). Ils établissent que les femmes les moins qualifiées et les travailleurs avec des contrats de travail de courte durée sont les plus affectés par les événements de santé dans leur trajectoires professionnelles. Une étude, fondée sur la même méthode économétrique, est dédiée à l'effet différencié du handicap sur l'emploi selon le secteur d'activité (public *versus* privé). La survenue d'un handicap, indépendamment de sa durée et de son origine, a un effet fortement pénalisant sur l'emploi privé alors qu'il n'a aucun effet significatif sur l'emploi public au cours des trois années suivant sa survenue (Barnay, Duguet *et al.*, 2015).

## Sommaire du numéro

Ce numéro est organisé autour de trois thématiques « emploi, chômage et santé », « risques psychosociaux et accidents du travail » et « conditions de vie ».

Les trois premiers articles s'inscrivent dans la thématique « emploi, chômage et santé », mobilisant l'enquête *SIP*. Blasco et Brodaty étudient l'effet causal du chômage sur la santé mentale approximée à partir des troubles anxieux généralisés (TAG) et des épisodes dépressifs caractérisés (EDC). Ils tirent parti de la richesse du questionnaire rétrospectif de l'enquête *SIP*, en approchant l'hétérogénéité inobservée à partir des variables relatives à la santé passée et aux problèmes dans l'enfance. Ils mettent en œuvre une méthode à variable instrumentale à partir des informations relatives au statut de l'individu sur le marché du travail depuis la fin de ses études initiales pour tenir compte de l'endogénéité du chômage. Les hommes qui ont connu plus de 6 mois de chômage entre 2006 et 2010 voient le risque de dépression majeure ou d'anxiété généralisée s'accroître par rapport à ceux qui sont restés en emploi sur toute la période. Ce résultat n'apparaît pas chez les femmes. Une analyse plus fine démontre que l'indicateur le plus sensible à l'expérience du chômage est l'anxiété et que les hommes de plus de 40 ans sont particulièrement touchés par cette relation causale.

*A contrario*, Barnay et Defebvre évaluent, parmi les actifs occupés âgés de 30 à 55 ans en 2006, l'effet causal de la santé mentale déclarée (TAG et EDC) en 2006 sur le maintien en emploi en 2010, toutes choses égales par ailleurs et après contrôle de la causalité inverse (en instrumentant à l'aide d'événements survenus dans l'enfance). Ils montrent qu'un état de santé mentale dégradé diminue directement la capacité des hommes à se maintenir en emploi quatre ans plus tard. Cet effet négatif transite notamment par les troubles anxieux généralisés. En revanche, la santé mentale ne joue aucun rôle sur le maintien en emploi des femmes initialement en emploi ; ce sont exclusivement les indicateurs de santé générale (santé perçue et limitations d'activité) qui sont en capacité de prédire la situation professionnelle future.

Ces deux articles conduisent à des enseignements complémentaires s'agissant de la population masculine en emploi. Dans la population masculine, d'une part, le maintien



en emploi diminue parmi les hommes souffrant d'anxiété d'autre part l'expérience du chômage génère de l'anxiété. On voit ainsi un cercle vicieux se dessiner entre durée du chômage et santé mentale. Même si la validité externe de ces relations n'est pas vérifiée du fait notamment d'une période de crise économique entre les deux dates, des mesures d'accompagnement psychologique des salariés masculins devraient être mises en œuvre pour prévenir, d'une part, des risques de sortie du marché du travail et, d'autre part, des effets nocifs de périodes de chômage sur la santé mentale.

L'article de Coudin et Souletie témoigne de l'intérêt de l'enquête SIP pour l'étude d'une pathologie particulière et de ses interactions avec le marché du travail. En mobilisant les données de taille et de poids recueillies lors des deux vagues de l'enquête, les auteurs s'intéressent à l'influence de la corpulence, et en particulier de l'obésité, sur l'emploi et le salaire. Les auteurs font apparaître un lien entre la corpulence et le fait d'avoir un emploi, différent pour les hommes et les femmes à niveau de compétences équivalent. Cette situation peut venir de baisses de productivité liée à la pathologie, mais aussi des pratiques discriminatoires de la part des employeurs. En utilisant la pratique régulière dans le passé d'une activité physique comme variable instrumentale, les auteurs identifient un effet causal de la corpulence sur l'emploi : une corpulence plus élevée entraîne un taux d'emploi plus faible pour les femmes, alors que l'effet est nul pour les hommes. De même, il existe un effet causal de la corpulence négatif mais faible sur le salaire des femmes. Ces résultats perdurent même lorsque l'écart relatif de corpulence par rapport à la corpulence moyenne d'un groupe de référence est utilisé comme indicateur à la place de l'indice de masse corporelle. Si elle ne permet pas de démontrer précisément l'existence de discriminations sur le marché du travail à l'égard des personnes obèses, et en particulier des femmes, l'analyse que permet d'en faire l'enquête *SIP* contribue à en étayer largement le soupçon.

Deux articles portent ensuite sur une thématique « risques psychosociaux et accidents du travail ».

L'article de Fontaine, Lengagne et Sauze étudie l'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux (RPS) et son évolution entre 2006 et 2010, afin d'établir si la montée du chômage entre ces deux dates s'est accompagnée d'une augmentation des RPS. L'étude montre en effet une aggravation pour la plupart de ces facteurs : l'intensité du travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, les tensions dans les relations de travail, et surtout le manque de reconnaissance. Cette aggravation n'est pas corrélée à l'ampleur de la récession dans le secteur d'activité de l'établissement employeur, mais apparaît plus forte dans les établissements qui ont connu un plan de licenciement entre 2006 et 2010. Cependant, pour ces actifs qui sont restés en emploi en 2006 et en 2010, on n'observe pas d'augmentation de la crainte de perdre son emploi. Les résultats les plus novateurs concernent l'influence de la mobilité professionnelle sur les risques psychosociaux : les travailleurs qui ont changé d'emploi entre 2006 et 2010 ont plus souvent connu une diminution de leur exposition aux RPS que ceux qui sont restés dans le même emploi, surtout quand cette mobilité était volontaire (démission).

L'article d'Euzénat et Mortezapouraghdam ne s'appuie pas sur l'enquête *SIP*, mais sur une enquête auprès des entreprises, l'enquête *Changement organisationnel et innovation (COI)* de 2006, appariée aux données administratives sur les accidents du travail et maladies professionnelles du Régime général. L'introduction par les entreprises de

nouvelles formes d'organisation du travail, souvent inspirées du toyotisme (production en juste-à-temps, équipes autonomes de travail...) accroît-elle le risque d'accidents du travail des salariés, comme certaines études l'ont montré par le passé ? Grâce à l'estimation d'un modèle de données de comptage en panel à effets fixes sur les années 2003 et 2006, permettant de tenir compte de l'hétérogénéité inobservable et fixe dans le temps des entreprises, les auteurs montrent que les nouvelles pratiques organisationnelles ont des liens modestes avec le risque d'accidents du travail. Ainsi, l'obtention de la norme ISO 9001 apparaît réduire ce risque mais seulement dans les entreprises de 200 salariés ou plus, qui disposent plus souvent de services de prévention spécialisés, tandis que les plus petites entreprises introduisent souvent les normes ISO sous la pression d'un donneur d'ordre. L'article conclut aussi que la mise en place des méthodes d'analyse de la valeur -méthodes formalisées visant à résoudre des problèmes intervenant dans le processus de production- est associée à une réduction des accidents du travail.

Dans le dernier article de ce numéro, Boulin et Lesnard utilisent une source de données complémentaire, l'enquête *Emploi du temps*, afin de contribuer au débat sur le travail le dimanche en apportant des informations sur les conditions de vie et de travail des salariés travaillant le dimanche. En comparant les usages du temps de ceux qui travaillent le dimanche à ceux qui ne travaillent pas ce jour-là, cette étude livre deux principaux résultats : le travail dominical va de pair avec une diminution des temps de loisirs et de sociabilité supérieure à ce qu'on observe un jour de semaine travaillé. Par ailleurs, non seulement cette perte ne semble pas compenser les autres jours, mais les salariés travaillant le dimanche sont aussi ceux qui travaillent le plus sur des horaires atypiques les autres jours de la semaine. Toutefois, l'enquête *Emploi du temps* n'apporte pas d'informations sur la santé de ces salariés et ne permet pas aux auteurs de se prononcer sur l'effet du travail le dimanche sur la santé des salariés. □

---

## BIBLIOGRAPHIE

**Afsa C. et Givord P. (2009)**, « Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers ». *Économie et Prévision*, n° 187, pp. 83-103.

**Amira S. (2016)**, « La prévention des risques professionnels. Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés », *Dares Analyse*, n° 13, Dares.

**Bahu M., Coutrot T., Mermilliod C. et 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 », *Document de travail, Série sources et méthodes*, n° 35, Drees, septembre.

**Barnay T., Duguet E., Le Clainche C., Narcy M. et Videau Y. (2015)**, « The Impact of Handicap on Occupations: a Comparison Between Public and Private Sectors », *Annals of Economics and Statistics*, n° 119-120, pp. 39-64.

**Barnay T., Favrot J. et Pollak C. (2015)**, « L'effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles », *Économie et Statistique*, n° 475-476, pp. 135-156.

**Barnay T., Ben Halima M. A., Duguet E., Lanfranchi J. et Le Clainche C. (2015)**, « La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur les situations professionnelles », *Économie et Statistique*, n° 475-476, pp. 157-186.

- Barnay T. (2015)**, « Health, Work and Working Conditions: A Review of the European Economic Literature », *European Journal of Health Economics*, First Online, doi: 10.1007/s10198-015-0715-8.
- Barnay T. et Defebvre E. (2014)**, « Troubles mentaux : quelles conséquences sur le maintien dans l'emploi ? », *Études et Résultats*, n° 885, Drees, juillet.
- Barnay T. et de Riccardis N. (2014)**, « L'influence du groupe social sur l'évolution de la santé perçue », *Études et Résultats*, n° 898. Drees, décembre.
- Barnay T. (2008)**, « Chômage et invalidité après 50 ans : deux dispositifs alternatifs de sortie de l'emploi pour les seniors en mauvaise santé ? », *Économie et Statistique*, n° 411, pp. 47-63.
- Barnay T. (2005)**, « Santé déclarée et cessation d'activité », *Revue française d'économie*, vol. 20, n° 2, octobre, pp. 73-106.
- Bassanini A et Caroli E. (2015)**, « Is Work Bad for Health? The Role of Constraint vs Choice », *Annals of Economics and Statistics*, n° 119-120, pp. 13-37.
- Bègue M. (2014)**, « Les risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010 », *Dares Analyses*, n° 31, Dares.
- Blanchet D. et Debrand T. (2007)**, « Souhaiter prendre sa retraite le plus tôt possible : santé, satisfaction au travail et facteurs monétaires », *Économie et Statistique*, n° 403, pp. 39-62.
- Chaupain-Guillet S. et Guillot O. (2007)**, « Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages », *Économie et Statistique*, n° 408-409, pp. 45-75.
- Collet M., De Riccardis N. et Gonzalez L. (2013)**, « Trajectoires professionnelles et de santé et sorties définitives de l'emploi avant 60 ans », *Dossier solidarité santé*, n° 45, Drees.
- Coutrot T. et Mermilliod C. (2010)**, « Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles », *Dares Analyses*, n° 081, Dares.
- Coutrot T. et 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 Analyses*, n° 020, Dares.
- Cristofari M. F. (2003)**, « Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel », *Rapport pour la Drees et la Dares*.
- Debrand T. et Lengagne P. (2007)**, « Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe », *Économie et Statistique*, n° 403-404, pp. 19-38.
- Duguet E. et Le Clainche C. (2016)**, « Une évaluation de l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur la reprise du travail après un cancer ». *Revue Économique*, n° 1, pp. 49-79.
- Duguet E. et Le Clainche C. (2014)**, « The Effect of Non-Work Related Health Events on Career Outcomes: An Evaluation of the French Labor Market ». *Revue d'économie politique*, vol. 124, n° 3, pp. 437-465.
- Gollac M. et Bodier M. (2011)**, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail*, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, 223 p.
- Jusot F., Khlal M., Rochereau T. et Sermet S. (2006)**, « Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi », *Données Sociales – La Société française*, pp. 533-542, Insee.
- Karasek R. et Theorell T. (1991)**, *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York.

**Lasfargues G. (2005)**, « Départs en retraite et travaux pénibles. L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé », *Rapport de recherche*, n° 19, Centre d'études de l'emploi, 39 p.

**Lindeboom M. (2006)**, « Health and Work of Older Workers », dans A.M. Jones (ed.), *Elgar Companion to Health Economics*, Edward Elgar, Cheltenham.

**Marioni P. et Merlier R. (2015)**, « Les cessations anticipées d'activité en 2013 : la progression des retraites anticipées pour carrière longue se poursuit », *Dares Analyses*, juin, n° 042.

**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) », *Document de travail*, Série sources et méthodes, n° 37, Drees, septembre.

**Memmi S., Sandret N., Niezborala M., Lesuffleur T et Niedhammer I. (2016)**, « L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux », *Dares Analyses*, n° 004, Dares.

**Mette C. (2015a)**, « Le devenir professionnels des actifs en mauvaise santé », *Dares Analyses*, n° 068, Dares.

**Mette C. (2015b)**, « Chômage et santé mentale, des liens ambivalents », *Dares Analyses*, n° 067, Dares.

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

**De Riccardis N., Moisy M. et Mouquet M-C. (2014)**, « Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires », *Études et résultats*, n° 886, Drees.

**Rivalin R. et Sandret N. (2014)**, « L'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité dans le travail », *Dares Analyses*, n° 095, Dares.

**Siegrist J. (1996)**, « Adverse Health Effects of High-effort/Low-Reward Conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, n° 1, pp. 27-41.

**Struillou Y. (2003)**, « Pénibilité et retraite », *Rapport remis au Conseil d'orientation des retraites*.

**Tessier P. et Wolff F. C. (2005)**, « Offre de travail et santé en France », *Économie et Prévision*, n° 168, pp.17-41.

---

