

cee

CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI

Octobre  
2011

La santé des indépendants :  
un avantage relatif à interpréter

Élisabeth Algava,  
Catherine Cavalin,  
Sylvie Célérier

150

Document de travail



# La santé des indépendants : un avantage relatif à interpréter

ÉLISABETH ALGAVA

[elisabeth.algava@travail.gouv.fr](mailto:elisabeth.algava@travail.gouv.fr)

*Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares)  
ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé*

CATHERINE CAVALIN

[catherine.cavalin@cee-recherche.fr](mailto:catherine.cavalin@cee-recherche.fr)

*Centre d'études de l'emploi (CEE)*

SYLVIE CELERIER

[sylvie.celerier@cee-recherche.fr](mailto:sylvie.celerier@cee-recherche.fr)

*Centre d'études de l'emploi (CEE), Tepp (Fr 3126, CNRS),  
CPN-Université d'Évry-Val-d'Essonne*

DOCUMENT DE TRAVAIL

N° 150

octobre 2011

[www.cee-recherche.fr](http://www.cee-recherche.fr)

Directeur de publication : Alberto Lopez

ISSN 1776-3096  
ISBN 978-2-11-128135-6

# LA SANTÉ DES INDÉPENDANTS : UN AVANTAGE RELATIF À INTERPRÉTER

Élisabeth Algava, Catherine Cavalin, Sylvie Célérier

## RÉSUMÉ

La catégorie des « non-salariés » ou des « indépendants » varie selon les limites professionnelles ou statutaires qu'on lui fixe et présente en son sein une forte hétérogénéité de niveaux de diplôme, de revenus, de professions. Après avoir opté pour une définition\* sur laquelle appuyer ensuite leur repérage statistique, ce texte pose deux questions : est-il possible de dessiner les traits d'une spécificité de santé de ce groupe si divers et mouvant ? Comment comprendre les conséquences de l'éventuelle survenue d'un problème de santé sur la situation professionnelle des indépendants, en intégrant à l'analyse la spécificité de leurs conditions de travail ? Nous y répondons en mobilisant les réponses aux trois questions du mini-module européen de santé, telles qu'elles sont recueillies dans l'enquête *Handicap Santé Ménages* de 2008 (HSM, Insee-Drees-Irdes) et l'enquête *Santé et itinéraire professionnel* (SIP, Dares-Drees-CEE, 2006).

La première des deux questions reçoit une réponse paradoxale : bien que relativement âgés par rapport aux autres actifs occupés, les indépendants se distinguent par un état de santé situé entre celui des cadres (le meilleur) et celui des salariés non-cadres. L'observation est confirmée pour ce qui concerne la déclaration de limitations fonctionnelles, en raisonnant à sexe, âge, niveau de diplôme, niveau de vie et couverture complémentaire santé donnés. Le statut perd en revanche de sa pertinence pour expliquer ces limitations, lorsque l'on contrôle aussi les maladies chroniques et la santé perçue. Dans la même analyse, les spécificités de santé des cadres *en tant que* cadres (c'est-à-dire liées à leur statut d'emploi) persistent et sont beaucoup plus marquées que celles des non-salariés.

La bonne santé relative des indépendants invite à chercher l'éventuel effet d'une sélection par la (bonne) santé. Selon cette hypothèse et en cas de problème de santé, les indépendants se replieraient sur des emplois salariés, dont la couverture « maladie » est économiquement plus favorable, les mieux-portants constituant le tout de l'effectif non-salarié. Sans pouvoir apporter des réponses aussi fermes que si, par exemple, nous suivions une cohorte d'actifs en emploi, nous ne confirmons pas l'existence d'un effet de sélection massif. Lorsque survient une maladie, les non-salariés tendent à devenir plus souvent inactifs qu'à (re)devenir salariés et également plus souvent et plus rapidement inactifs que les salariés eux-mêmes en pareil cas. Se lisent dans ces résultats des effets composés de la structure d'âge de ces deux populations, ainsi que des contraintes et des marges de manœuvre associées aux conditions de travail des non-salariés, sur lesquelles à ce stade nous formulons des hypothèses, à tester et approfondir par des explorations ultérieures.

\*Ici, les « indépendants » englobent : les personnes qui déclarent aider un membre de leur famille dans son travail sans être rémunérées (aides familiaux), celles qui se déclarent « chefs d'entreprise salarié-e-s, PDG ou gérant-e-s minoritaires, associé-e-s », ainsi que les « indépendant-e-s, à leur compte ».

**Mots-clefs :** indépendants, non-salariés, santé et travail, conditions de travail.

## ***The Specific Health Situation of Self-Employed Workers***

### ***Abstract***

*The definition of a « self-employed » or « independent » worker varies largely from one study to another, depending for example on whether it includes salaried corporate managers or not. In addition, this group is very heterogeneous in terms of professions, qualifications, diplomas, levels of income, etc. After setting an acceptable definition to process the data, the document raises two questions: how far can we assert that the health status of those who are self-employed is singular and better than for non-management employees? For the independent workers, what happens when a health problem occurs? Considering their working conditions, what are the consequences on their employment situation? In order to answer these questions, we have collected the statistical data from two French national surveys: on health (Handicap Santé Ménages, Insee-Drees-Irdes, 2008), and on career and health problems (Santé et itinéraire professionnel, Dares-Drees-CEE, 2006).*

*On the first point, the answer is multifaceted. The health of the self-employed is situated somewhere between senior executives' health – which is always the best – and the non-management employees' health. The fact that the independents enjoy good or even very good health is quite paradoxical because they are on average older than other working people. However, ceteris paribus, this good result about physical restrictions can't be explained by the self-employed status (whereas the excellent senior executives' health status seems always significantly linked to their employment status).*

*On the second point, could the relatively good health of the independents be explained by a « healthy worker effect »? Their social security scheme is less favorable than that of the salaried workers. Moreover, the self-employed work a very high number of hours a week, so the explanation of their good health could be that you need to enjoy such a good health in order to work as an independent. Could we therefore conclude that the health status is a selective criterium of the employment status? The data we process do not enable us to establish such a conclusion. When a health problem occurs, the self-employed tend to become inactive rather than shift to a salaried status. Whereas, in the same case, salaried workers tend to become even more often and more rapidly inactive. The fact that independents tend to go out of active service less often than salaried workers may be the result of both the constraints of their social security scheme and the scope they have for organizing their work thanks to their status.*

***Keywords:*** *Self-Employed Workers, Health at Work, Working Conditions.*

## INTRODUCTION<sup>1</sup>

Peut-on identifier un état de santé qui serait spécifique aux travailleurs indépendants, y déceler les effets de pathologies graves et apprécier les différences avec les travailleurs salariés ? Telles sont les questions auxquelles ce document tente de répondre. L'exercice mobilise essentiellement deux enquêtes statistiques, l'une portant sur le parcours professionnel, les conditions de travail au cours de celui-ci et la santé, l'autre sur l'état de santé général des travailleurs.

S'intéresser aux indépendants suppose de rapidement préciser le périmètre du groupe que l'on vise et fixer les critères qui justifient de le particulariser. Le fait de **s'employer soi-même**, première caractéristique que suggèrent beaucoup des discours sur le travail indépendant, ne suffit pas à distinguer les indépendants des salariés. On ne connaît pas de travail en effet où le travailleur ne s'emploie lui-même *a minima* (Rolle, 1988). L'observation vaut particulièrement pour certains groupes de salariés tels que les cadres, les « professions intellectuelles supérieures », voire certaines des professions intermédiaires. Leur autonomie dans l'organisation du travail notamment est très comparable. Ce premier critère est donc contestable.

Le flou de la frontière entre les indépendants et les salariés suscite d'ailleurs une jurisprudence très active en France. On y cherche, derrière les situations d'indépendance déclarées, **des formes d'assujettissement déguisées**. Les requalifications dans les termes du contrat salarial standard, jugés plus protecteurs pour les travailleurs, y sont fréquentes (Maurin *et al.*, 1999 ; Supiot, 2009). Enfin et sans qu'il soit forcément question d'assujettissements déguisés, **les individus franchissent régulièrement les frontières** du travail salarié au long de leur carrière professionnelle, mais très majoritairement de l'emploi salarié vers l'emploi indépendant. Une majorité d'indépendants interrogés en 2006 dans le cadre de l'enquête *Santé et itinéraire professionnel* (Dares-Drees) étaient dans cette situation<sup>2</sup>. À la fragilité de la frontière entre salariat et indépendance, s'ajoute l'hétérogénéité bien connue des **situations amalgamées dans la catégorie « indépendants »**. Quoi de commun en effet entre l'avocat et le commerçant de détail, l'expert-comptable et l'exploitant agricole ?

Le périmètre de l'indépendance reste donc flou et sa distinction du salariat ne peut jamais vraiment s'affranchir d'une part d'arbitraire. Pour notre projet, qui vise l'état de santé de ces travailleurs, l'appartenance aux **régimes assurantiels spécifiques** qui gèrent leurs droits sociaux serait sans doute le critère le plus pertinent<sup>3</sup>. On peut supposer en effet que les modalités de l'affiliation et, plus largement, les droits associés aux emplois jouent dans les trajectoires de santé des individus et sur leurs arbitrages, par exemple entre arrêt de travail et poursuite de l'activité. Deux grands régimes gèrent en France les droits des indépendants

---

<sup>1</sup> Les auteures remercient vivement Mathieu Narcy de sa très utile relecture.

<sup>2</sup> Plus précisément, parmi les personnes salariées ou récemment salariées au moment de l'enquête de 2006, 5 % avaient connu des périodes d'activité non salariée. Inversement, 71 % des personnes non salariées avaient connu des périodes d'emploi salarié.

<sup>3</sup> En France, comme on le sait, la protection sociale s'appuie à une base professionnelle. Le statut y conditionne les caractéristiques du droit social (droit du travail et droit de la protection sociale) dont on relève.

avec plus de 2,4 millions de cotisants<sup>4</sup> : le régime social des indépendants (RSI) pour les artisans, les commerçants et les professions libérales et le régime agricole pour les exploitants agricoles avec l'Assurance-maladie des exploitants agricoles (AMEXA) et l'Assurance-accidents des exploitants agricoles (AAEXA)<sup>5</sup>, l'une et l'autre gérées par la Mutualité sociale agricole (MSA). Les différences de droits entre ces régimes et le régime général qui gère l'ensemble des salariés tendent certes à se réduire<sup>6</sup>, de même que le montant de leurs cotisations sociales s'homogénéise<sup>7</sup>. Des différences persistent cependant qui peuvent être importantes et rendre plus difficile le maintien de l'activité professionnelle pour les indépendants, voire leur statut.

**Tableau 1. Conditions d'indemnisation selon les régimes assurantiels (en vigueur en 2010)**

	Indemnités journalières arrêt maladie	Indemnités journalières arrêt ATMP	Mi-temps thérapeutique
<b>RÉGIME GÉNÉRAL</b>			
	Carence : 3 jours Maxi 360j/3 ans pour maladie ordinaire ; 3 ans si ALD sup à 6 mois, renouvelé si reprise au moins un an. Prorata du salaire journalier, maximum 63,23 €	Carence = 0 j 1-28j : 60 % salaire journalier de base 173,23 €;  29e jour d'arrêt de travail 80 %, maxi 230,98 € 30e j revalorisation	Possible sous réserve de l'accord de la caisse d'assurance maladie  La durée et les horaires du travail sont à négocier. Avec l'employeur, en vis-à-vis
<b>RSI</b>			
Artisans, Industriels Commerçants	Carence : 3 jours (hosp)/7 jours (maladie et accident) Maxi 360j/3 ans et 3 ans si ALD sup à 6 mois Entre 19,23 et 48,08 €*  Demande d'assurance volontaire obligatoire		Non prévu
Professions libérales	Pas de couverture obligatoire Si ALD > 6 mois possibilité RSA.		
<b>AGRICOLE</b>			
AMEXA	Aucune indemnité		
AAEXA		Carence : 7 jours 8e au 28 e jour : 20,08 € Dès le 29e jour : 26,77 €	Non prévu

\*selon le revenu moyen des trois dernières années et dans la limite d'un plafond annuel de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Données 2008 : 576 025 cotisants à l'AMEXA, soit 23,5 % du total des cotisants aux deux régimes (*Données utiles de la MSA*, 2009) et 1 874 695 cotisants au RSI, soit 76,5 % du total des cotisants (*L'essentiel du RSI*, données 2008).

<sup>5</sup> Cette dernière étant en charge des accidents et maladies d'origine professionnelle.

<sup>6</sup> L'uniformisation des régimes s'est accélérée depuis le début des années 2000 accompagnée de transformations institutionnelles telles que la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en 2004 regroupant les trois principaux régimes d'assurance-maladie (général, agricole, indépendants). Sa mission est d'harmoniser la politique conventionnelle, le champ des prestations admises au remboursement et les taux de prise en charge des soins.

<sup>7</sup> Dans tous les cas, quelque 40 % des revenus cumulant les cotisations des salariés et de leurs (éventuels) employeurs.



Le tableau 1 compare les compensations de pertes de revenu dues aux arrêts maladie et les modalités générales de ces arrêts, deux variables du système d'assurance qui comptent sans doute sur les comportements de santé. Comme on le voit et même s'il subit une incontestable remise en cause ces dernières années (Tabuteau, 2010), le régime général reste sans conteste le plus protecteur. Le montant des compensations proposées est plus élevé, les durées de prise en charge plus longues. Réciproquement, la réparation des accidents et maladies professionnelles n'existe pas pour les cotisants au RSI<sup>8</sup>, qui ne peuvent pas davantage bénéficier d'aménagements susceptibles de faciliter leur retour en emploi après la maladie, tel le mi-temps thérapeutique par exemple. Le régime général des salariés ouvre donc les droits plus larges et plus stables. Cette situation relativement défavorable s'ajoutant à une couverture complémentaire « santé » de fait un peu moins fréquente pour les indépendants que pour les salariés, malgré la loi Madelin de 1994 qui leur facilite le recours à une couverture complémentaire par des déductions de charges (Perronnin, Pierre, Rochereau, 2011).

La spécificité assurantielle des indépendants proposerait donc un critère judicieux de définition du groupe, mais les données manquent à ce sujet. Les enquêtes statistiques nationales préfèrent le statut dans l'emploi des personnes et la catégorie « indépendants » est, pour elles, un statut d'emploi au sein de l'ensemble plus vaste des « non-salariés »<sup>9</sup>, dont le tableau 2 détaille la composition pour l'année 2005 (enquête *Conditions de travail*, 2005). L'ensemble est vaste et hétérogène, prenant sens dans une opposition aux salariés quelle que soit la situation de ces derniers (salariés de l'État, d'une collectivité locale, d'une entreprise, etc.) plutôt qu'en lui-même. Ainsi, les chefs d'entreprise salariés y sont comptabilisés<sup>10</sup> contribuant à brouiller encore les fragiles différences avec les salariés évoqués plus haut.

**Tableau 2. Répartition des non-salariés  
selon leur profession et catégorie socioprofessionnelle**

PCS	%
Agriculteurs exploitants	25,7
Artisans	26,3
Commerçants	22,9
Chefs d'entreprise	4,9
Professions libérales et artistiques	13,5
Professions intermédiaires	6,8
TOTAL	100

Source : enquête sur les conditions de travail, complémentaire de l'enquête *Emploi* (2005, Dares-Insee).

NB : Les aides familiaux sont reclassés dans la PCS de la personne aidée et n'apparaissent donc pas en tant que tels.

<sup>8</sup> Ce qui ne veut pas dire que la situation des ATMP soit parfaitement satisfaisante pour les salariés. Le Rapport Diricq par exemple en a dénoncé la sous-déclaration massive (Diricq, 2008).

<sup>9</sup> Dans les grandes enquêtes de la statistique publique qui concernent, au moins pour partie, des aspects liés à l'emploi, au travail ou aux conditions de travail (enquête *Emploi* en continu, enquête *Conditions de travail*, etc.), les personnes qui déclarent « aider un membre de leur famille dans son travail sans être rémunérées » (aides familiaux), être « chefs d'entreprise salarié-e-s, PDG, gérant-es minoritaires, associé-es » ou « indépendant-es, à leur compte » sont vues comme proches du point de vue du statut et des conditions de travail et, à ce titre, soumises aux mêmes questions.

<sup>10</sup> Comme non-salariés donc.

Cependant, et même si le groupe des non-salariés reste hétérogène (Lurton, Toutlemonde, 2007), la catégorie offre l'avantage d'être stable et facilement repérable (et comparable) d'enquête en enquête. Par ailleurs, les liens avec la spécificité assurantielle ne sont pas totalement rompus : selon l'enquête *Santé et protection sociale* (ESPS) réalisée en 2006 par l'Irdes, 96 % des cotisants à l'AMEXA et au RSI déclarent un statut de non-salarié. Au final, **la catégorie statistique des « non-salariés » propose donc une approximation acceptable du type de travailleurs que nous visons**, tant du point de vue des caractéristiques de la plupart des personnes concernées en matière de droits sociaux que (dans une certaine mesure) de leurs conditions de travail.

Dans la suite du propos, les non-salariés regroupent donc : les personnes qui déclarent aider un membre de leur famille dans son travail sans être rémunérées, des chefs d'entreprise salarié-e-s, des PDG, des gérant-e-s minoritaires, associé-e-s et des indépendant-e-s à leur compte. Nous nous limitons par ailleurs à la population active *occupée* écartant les chômeurs. Quelque 2,7 millions de personnes étaient dans cette situation en 2010 (données enquête *Emploi*) dans des conditions d'exercice professionnel variées : 51 % d'indépendants travaillant seuls, 40 % d'employeurs<sup>11</sup> et 9 % d'aides familiaux (Algava, Vinck, 2009).

Malgré cette variété, l'enquête *Conditions de travail* enregistre de fortes similitudes dans les **conditions de travail** de ces non-salariés<sup>12</sup>. Le point le plus net concerne l'emprise du travail sur leur vie. Les frontières entre travail et vie privée sont pour eux plus fragiles que pour les salariés (45 % déclarent travailler plus de 50 heures par semaine, contre 3 % des salariés) et l'amplitude de leurs horaires hebdomadaires est plus élevée, de même que la fréquence des horaires atypiques<sup>13</sup>. L'emprise du travail et la fréquence du travail de fin de semaine concernent tout particulièrement les agriculteurs exploitants (Algava, Vinck, 2009). On peut raisonnablement penser que ces aspects du travail ne sont pas sans lien avec la santé des personnes, soit qu'ils agissent directement sur cette dernière soit qu'ils dissuadent ceux qui ne pourraient les assumer.

Le document se partage en deux parties.

Dans la première partie, nous cherchons les éventuelles spécificités de l'état de santé des non-salariés relativement à celui de l'ensemble des autres actifs en emploi et, parmi ces derniers, des cadres et professions intellectuelles supérieures. Ces derniers méritent en effet une attention particulière au sens où une partie d'entre eux (au moins) partage des conditions d'exercice professionnel proches, notamment quant à l'emprise qu'exerce le travail sur la vie personnelle<sup>14</sup>. La comparaison est menée à partir des réponses données au mini-module européen de santé portant sur l'état de santé général subjectivement perçu, la présence de maladies chroniques ou de limitations (encadré).

---

<sup>11</sup> Les deux tiers emploient moins de 5 salariés et 3 % plus de 50.

<sup>12</sup> Homogénéité qui justifie, comme nous l'avons dit, qu'ils soient tous traités en tant que « non-salariés » (y compris les chefs d'entreprise salariés) dans les questionnaires des enquêtes statistiques.

<sup>13</sup> 57 % des non-salariés déclarent travailler six jours sur sept, contre 8 % des salariés ; 32 % déclarent travailler habituellement le dimanche, contre 12 % des salariés.

<sup>14</sup> Ces deux groupes sont en revanche très différents pour ce qui concerne certaines caractéristiques des personnes qui les composent : la part qu'y occupent hommes et femmes, la structure d'âge et surtout le niveau de diplôme, autant de traits dont on sait l'incidence directe sur la santé des personnes. Ces aspects sont discutés dans la première partie du document. Pour ce qui est de l'homogénéité relative des conditions de travail des indépendants et de leurs différences avec celles des salariés (non-cadres surtout), voir *Expertise collective*, 2011:15-18.

La seconde partie compare les situations quand la maladie survient selon le statut : salariés non-cadres, cadres et non-salariés. On y examine les effets sur les trajectoires professionnelles et les possibilités d'aménagement du travail qui sont à disposition. Nous nous appuyons sur les enquêtes statistiques *Handicap Santé Ménages* 2008 (Insee, ci-dessous dénommée « HSM ») et *Santé et itinéraire professionnel* 2006 (Dares-Drees-CEE, que l'on reconnaîtra comme « SIP » dans les lignes qui suivent). On trouvera une présentation succincte de ces enquêtes dans l'encadré.

### Présentation succincte des enquêtes mobilisées

Enquête Handicap Santé Ménage (HSM) 2008-2009 : 39 000 personnes enquêtées (955 non-salariés). Cette enquête, pilotée conjointement par la Drees et l'Insee, associe pour la première fois les thèmes de la santé et du handicap. Un peu plus de 30 000 personnes vivant en « ménages ordinaires » et 5 000 dans des institutions ont été interrogées. Elle permet d'actualiser des données d'une ancienne enquête sur le handicap et la dépendance (1998-1999) et propose, en partie, une suite à l'*enquête décennale Santé* 2003. Le questionnaire de 2008 intègre les formulations envisagées par Eurostat qui seront utilisées dans l'enquête internationale que tous les états membres devront réaliser tous les cinq ans sur la santé (ECHIS, « European Core Health Interview Survey »). Outre son large échantillon, la base présente l'avantage de fournir des données détaillées sur les pathologies déclarées, les recours aux soins, les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité ainsi que plusieurs variables décrivant l'emploi des personnes. Les questions sont par ailleurs bien renseignées et permettent donc des analyses fines, particulièrement appréciables dans le cas de groupes de taille restreinte comme les non-salariés.

Le mini-module européen de santé. Ce module est composé de trois questions standardisées ayant vocation à être posées dans toutes les enquêtes européennes ayant trait à la santé : « Comment est votre état de santé en général ? » pour l'appréciation « subjective » en appui sur le ressenti de l'individu ; « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? » pour l'approche « médicale » à partir de déclarations ou de diagnostics et « Êtes-vous limité, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » pour une approche « fonctionnelle » d'un mauvais état de santé.

Enquête Santé Itinéraire Professionnel (SIP) : 14 000 personnes enquêtées. L'enquête est conjointement gérée par la Drees et la Dares. Elle cherche à pallier l'absence de données articulant explicitement les champs de la santé et celui du travail. La première vague d'enquête réalisée en 2006 repose sur un questionnement rétrospectif identifiant les événements de santé ayant, selon l'enquête, un lien avec l'itinéraire professionnel comme cause ou comme effet.

Enquête santé et protection sociale (ESPS) : 22 150 personnes enquêtées (966 non-salariés). Cette enquête est réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en collaboration avec le département statistique de la Caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) depuis 1988 sur un rythme bisannuel. Elle est représentative de plus de 96 % de la population vivant en France métropolitaine. Ces principaux axes l'orientent vers la consommation de soins (la consommation de biens médicaux, les soins d'auxiliaires, l'hospitalisation et le renoncement aux soins), les types de couverture sociale (obligatoire et facultative) et l'état de santé (opinions sur la santé, maladies et troubles de santé déclarés).

## 1. LA BONNE SANTÉ DES NON-SALARIÉS : ENTRE CADRES ET AUTRES SALARIÉS

Peut-on distinguer la santé des non-salariés relativement à celle des salariés ? La réponse est délicate. À comparer les réponses aux trois questions du mini-module européen de santé selon les statuts des personnes, les uns et les autres apprécient pareillement leur état de santé global (colonne III, tableau 3, lignes 1 et 4). Pour les déclarations de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles causées par l'état de santé, (colonne I et II, tableau 3, lignes 1 et 4), les écarts semblent trop faibles pour fonder une spécificité de santé des non-salariés.

**Tableau 3. Déclarations de santé du mini-module européen**

		Effectifs	Déclarer au moins une maladie chronique (I)	Déclarer des limitations dues à des raisons de santé et durant depuis au moins six mois (II)	Déclarer percevoir son "état de santé en général" comme très bon, bon ou assez bon (III)
<b>1</b>	<b>Non-salariés</b>	<b>955</b>	<b>33 %</b>	<b>13 %</b>	<b>97 %</b>
2	Cadres sup., prof. Intel. Sup.	1035	31 %	10 %	98 %
3	Autres salariés	6700	32 %	15 %	97 %
4	Ensemble des salariés	7735	32 %	14 %	97 %
5	Ensemble des actifs occupés	8720	32 %	14 %	97 %

*Champ* : les actifs occupés de 15 ans et plus. *Source* : enquête *Handicap Santé Ménages*, 2008, Insee.

*Lecture* : 33% des non-salariés déclarent présenter au moins une maladie chronique actuelle.

La proximité de ces deux groupes est en partie attendue. Elle rappelle la force des liens qui unissent la « bonne santé » et le fait de travailler, autrement dit **la normalité que constitue le travail pour la santé**. On sait en effet que toutes les catégories d'actifs occupés se déclarent systématiquement en meilleure santé que les chômeurs et plus encore que les inactifs au même âge. Le fait d'être en emploi présuppose donc, en quelque sorte, cette bonne santé, même si les situations peuvent être contrastées. Inversement, l'équivalence entre mauvaise santé et chômage ou inactivité est tout aussi régulièrement observée (Jusot, Khlat, Sermet, 2006 ; Barnay, Cambois, 2009)<sup>15</sup>.

Dans ce contexte, les cadres et les professions intellectuelles supérieures (ligne 2 du tableau 3) se distinguent pourtant par des déclarations systématiquement plus favorables que les autres salariés. Ce résultat – régulier lui aussi – est compris par les analystes comme la marque du jeu, puissant, des inégalités sociales qui garantit à certains un accès plus large aux soins et donc aussi la possibilité de bénéficier d'un suivi, d'une prévention et de traitements plus réguliers et plus efficaces que les autres. Les cadres déclarent ainsi nettement moins de limitations, moins de maladies chroniques et se disent plus souvent en « très bonne, bonne ou assez bonne » santé que le reste des salariés ou que les non-salariés.

<sup>15</sup> Si on considère l'ensemble des 15 ans et plus, actifs (occupés ou non) et inactifs confondus : 43 % déclarent au moins une maladie chronique, 25 % signalent des limitations présentes depuis au moins six mois et 91 % jugent que leur état de santé « en général » est « très bon, bon ou assez bon ». Les trois résultats sont moins favorables que ceux qui caractérisent les actifs occupés.

Au-delà de ces données brutes, l'analyse doit encore décider du traitement qu'elle réserve aux spécificités du groupe des non-salariés quant à deux de ses traits dont on connaît les incidences directes sur la santé. Ces derniers sont **plus âgés** que les salariés en effet, y compris que les cadres qui, entrant plus tardivement dans la carrière, restent pourtant plus longtemps en activité. Ils sont ainsi, en proportion, presque deux fois plus nombreux que ces derniers (et *a fortiori* que l'ensemble des salariés) à être âgés de 56 ans et plus (voir tableau 4)<sup>16</sup>. Autre particularité, la **forte présence des hommes** (69 %), plus encore que parmi les cadres (61 %) qui sont pourtant, au sein de l'ensemble des salariés (qui comptent 51 % d'hommes), une catégorie présentant un fort déséquilibre entre les sexes en défaveur des femmes.

Or, l'âge et le sexe sont corrélés à l'état de santé et à la façon de le déclarer, comme l'établissent des résultats épidémiologiques ou statistiques réguliers et variés (Tubeuf *et al.*, 2008). Le dernier rapport sur l'état de santé des Français observe, par exemple, la montée régulière des problèmes de santé avec l'avancée en âge des personnes. Les 1,2 million de nouvelles affections de longue durée (ALD) prises en charge par les trois principales caisses d'assurance maladie (CNAMTS, RSI, MSA) en 2006 concernent à 70 % des personnes âgées de 50 à 84 ans, souffrant le plus souvent de maladies cardiovasculaires, de tumeurs malignes, de diabète ou de pathologies psychiatriques (Drees, 2010).

**Tableau 4. Structure de la population active occupée par tranche d'âge, par sexe et statut d'emploi**

	15-24 ans		25-55 ans		56 ans et plus		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
<b>Non-salariés</b> (n=955)	2 %	1 %	<b>55 %</b>	22 %	<b>11 %</b>	8 %	100 %
<b>Cadres sup., prof. Intell. Sup.</b> (n=1035)	2 %	1 %	53 %	34 %	7 %	4 %	100 %
<b>Autres salariés</b> (n=6730)	7 %	4 %	39 %	43 %	3 %	4 %	100 %
<b>Ensemble des salariés</b> (n=7765)	6 %	4 %	41 %	41 %	4 %	4 %	100 %
<b>Ensemble des actifs occupés</b> (n=8720)	5 %	3 %	43 %	39 %	4 %	5 %	100 %

Champ : les actifs occupés de 15 ans et plus. Source : enquête *Handicap Santé Ménages*, 2008, Insee.

Lecture : 2 % des non-salariés sont des hommes âgés de 15 à 24 ans.

Quant au sexe, on observe depuis longtemps des différences de « comportements de santé » entre les hommes et les femmes. Ces dernières sont réputées « plus attentives à leur état de santé et plus proches du système de soins que les hommes (...) et plus fréquemment hospitalisées avant 45 ans » (Montaut, 2010). Même sans oublier de prendre en compte la part des suivis de grossesses et des accouchements ou l'effet de facteurs socio-économiques qui distinguent également fortement les femmes des hommes, les écarts entre l'état de santé et les comportements liés à la santé déclarés par les hommes et les femmes subsistent.

<sup>16</sup> Ces écarts importants dans la structure d'âge se vérifient tant pour les hommes que pour les femmes : 17 % des hommes non-salariés et 26 % des femmes non-salariées sont âgés de 56 ans et plus, contre respectivement 12 et 10 % pour les cadres et 6 et 8 % pour les autres salariés (données Enquête *Handicap Santé Ménages*, 2008, Insee).

On doit donc tenir compte des spécificités du groupe des non-salariés. On le fera d'abord en raisonnant à âge, sexe et statut d'emploi donnés, dans le cadre d'un **modèle d'analyse logistique**. On pose ainsi la question de savoir si les écarts observés entre les trois groupes dans le tableau 3 sont significatifs et renvoient au statut, aux caractéristiques sociodémographiques des sous-populations distinguées ou à l'ensemble de ces variables. Les résultats de la démarche sont présentés dans le tableau 5. Ils montrent, par exemple, que le fait d'être cadre multiplie par 2,4 la probabilité de déclarer une très bonne, bonne ou assez bonne santé par rapport aux salariés non-cadres. Que cette même caractéristique de statut réduit de moitié la probabilité de déclarer des limitations et de 13 % la probabilité de déclarer au moins une maladie chronique. Le statut des cadres et professions intellectuelles supérieures contribue donc significativement à les distinguer des autres groupes du point de vue de la santé.

**Pour les non-salariés en revanche, l'effet du statut ne ressort pas de manière aussi nette que pour les cadres** : pour les limitations fonctionnelles déclarées et l'état de santé subjectivement perçu, les écarts relevés sont significatifs par rapport aux salariés non-cadres, mais plus modérés que pour les cadres ; la différence de déclaration concernant la présence d'au moins une maladie chronique n'est quant à elle pas significative. La probabilité pour les non-salariés de déclarer des limitations est diminuée d'un quart par rapport aux salariés non-cadres et celle de rapporter une perception favorable de leur état de santé 1,5 fois plus élevée.

**L'effet de l'âge est plus net en revanche que celui du statut**, résultat que la littérature laissait prévoir. La probabilité de déclarer avoir au moins une maladie chronique ou des limitations est fortement minorée pour les plus jeunes et nettement majorée pour les plus âgés, celle de déclarer une bonne santé suivant le mouvement inverse.

**Tableau 5. Modèle d'analyse logistique (modèle 1) sur les trois indicateurs de santé déclarée**

	Déclarer une maladie chronique au moins	Déclarer des limitations	État de santé général déclaré « très bon », « bon » ou « assez bon »
<b>STATUT</b>			
Non-salariés	ns	0,77*	1,55*
Cadres et prof. intel. Sup.	0,87*	0,56*	2,40*
Salariés non « cadres et prof. intel. sup. »	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
<b>SEXE</b>			
Hommes	ns	ns	ns
Femmes	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
<b>ÂGE</b>			
18-24 ans	0,54*	0,45*	4,1*
25-55 ans	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
56 ans et plus	2,13*	1,43*	0,37*

*Champ* : les actifs occupés de 15 ans et plus.

*Source* : enquête *Handicap Santé Ménages*, 2008, Insee.

*Lecture* : par rapport à un individu de référence qui est ici défini comme une femme, salariée non-cadre âgée de 25 à 55 ans, la probabilité de déclarer une maladie chronique (première colonne) est de 13% moindre quand on est cadre. Par rapport à ce même individu de référence, l'âge compte beaucoup puisque la probabilité de déclarer des maladies chroniques est divisée de moitié quand on est âgé de 18 à 24 ans et multipliée par plus de deux pour les 56 ans et plus.

\*: *odds ratios* significatifs au seuil de 5 %.

Une seconde méthode est également possible pour tenir compte des spécificités du groupe des non-salariés, qui constitue une voie différente pour approcher le même problème : comment faire la part des divers effets de structure, dans la diversité constatée des déclarations de santé des non-salariés d'une part et d'autres catégories d'actifs en emploi d'autre part ? Elle vise à **standardiser les populations des trois groupes** en les « alignant » – du moins pour ce qui est de la structure par sexe et âge – sur celle des non-salariés. On fait donc « comme si » les cadres et les salariés non-cadres présentaient la même structure de sexe et d'âge que les non-salariés et on compare les déclarations de santé respectives.

*A priori*, deux effets de sens contraires sont à attendre : un effet négatif du fait de la standardisation sur l'âge, puisque les non-salariés sont en moyenne plus âgés que les autres groupes d'actifs occupés et que les déclarations de santé tendent à se dégrader avec l'âge ; un effet positif en raison de la standardisation sur le sexe, puisque la part des hommes au sein du groupe des non-salariés est relativement élevée et que les hommes déclarent en moyenne moins de maladies ou de limitations que les femmes et perçoivent leur santé de manière plus favorable. Ce dernier effet probable doit cependant être nuancé comme y invitent les données du tableau 5 qui montrent, *dans la population des actifs occupés* que nous examinons, que la variable « sexe » joue de façon beaucoup plus discrète (voire invisible) que lorsqu'il s'agit de l'ensemble de la population. À l'âge du travail et quand ils sont en activité, les écarts dans les déclarations de santé entre les hommes et les femmes tendent à se réduire. Pour preuve et confirmation descriptive, les déclarations sur l'état de santé général présentées dans le tableau 6.

**Tableau 6. Santé déclarée par les hommes et les femmes dans l'ensemble de la population résidant en ménage ordinaire ou parmi les actifs occupés**

	Ensemble de la population résidant en ménage ordinaire		Actifs occupés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>Déclarer au moins une maladie chronique</b>	37 %	40 %	31 %	33 %
<b>Déclarer des limitations liées à des raisons de santé et persistant depuis au moins 6 mois</b>	19 %	23 %	13 %	15 %
<b>Déclarer une santé perçue comme très bonne, bonne ou assez bonne</b>	93 %	92 %	97 %	97 %

Source : enquête *Handicap Santé Ménages*, 2008, Insee.

Champ : population résidant en France métropolitaine en ménage ordinaire.

Lecture : 37 % des hommes résidant en ménage ordinaire déclarent présenter au moins une maladie chronique présente.

Des effets potentiellement contradictoires que peuvent exercer l'âge et le sexe qui interviennent dans la standardisation, on attend donc plutôt que le premier prenne le pas sur le second. Les résultats présentés dans le tableau 7 confirment cette hypothèse. Résultats qui permettent également une interprétation différenciée selon les catégories de statuts. Globalement, les non-salariés et les cadres se distinguent des autres salariés (et de l'ensemble de la population active occupée). La très bonne santé relative des cadres se singularise à nouveau, comme c'était le cas dans le tableau 5. Là où la standardisation désavantage toujours les salariés non-cadres, les cadres et professions intellectuelles supérieures résistent toujours mieux comme si, même en simulant une structure d'âge plus défavorable, on ne « parvenait » que très peu (ou pas) à « vieillir » l'état de santé des cadres.

Ainsi et même avec une prévalence légèrement accrue (32 %, contre 31 %), ils continuent de déclarer un peu moins souvent des maladies chroniques que les non-salariés (33 %), les salariés non-cadres se retrouvant dans une situation relative plus défavorable (34 % contre 32 % avant standardisation). La déclaration d'un état de santé perçu « en général » comme « très bon, bon ou assez bon » reprend un peu le même scénario : la standardisation sur le sexe et l'âge provoque, de façon attendue, la dégradation de la perception de leur état de santé pour les salariés non-cadres (seulement 95 % de déclarations favorables), mais affecte à peine les déclarations des cadres, qui viennent s'aligner sur celles des non-salariés (avec 97 % de jugements favorables sur leur état de santé).

**Tableau 7. Fréquence des maladies chroniques, limitations et déclarations de "très bonne, bonne ou assez bonne santé" en standardisant les groupes de statut sur la structure de sexe et d'âge des non-salariés**

	Déclarer une maladie chronique au moins	Déclarer avoir des limitations	Déclarer une santé très bonne, bonne ou assez bonne
<b>Non-salariés</b>	33 %	13 %	97 %
<b>Cadres sup., prof. Intell. Sup.</b>	32 %	10 %	97 %
<i>taux avant standardisation</i>	<i>31 %</i>	<i>10 %</i>	<i>98 %</i>
<b>Autres salariés</b>	34 %	16 %	95 %
<i>taux avant standardisation</i>	<i>32 %</i>	<i>15 %</i>	<i>97 %</i>
<b>Ensemble des salariés</b>	34 %	15 %	95 %
<i>taux avant standardisation</i>	<i>32 %</i>	<i>14 %</i>	<i>97 %</i>
<b>Ensemble des actifs occupés</b>	34 %	14 %	95 %
<i>taux avant standardisation</i>	<i>32 %</i>	<i>14 %</i>	<i>97 %</i>

*Champ* : les actifs occupés de 15 ans et plus.

*Source* : enquête *Handicap Santé Ménages*, 2008, Insee.

*Lecture* : si les cadres et professions intellectuelles supérieures présentaient la même structure d'âge et de sexe que les non-salariés, 32 % d'entre eux déclareraient des maladies chroniques (et non plus 31 % sans standardisation).

La standardisation laisse par ailleurs inchangée la part des cadres déclarant des limitations fonctionnelles. Même à structure de sexe et d'âge identique à celle des non-salariés, les cadres continuent de n'être concernés par ce problème de santé que pour 10 % d'entre eux. Ce résultat peut être interprété comme significativement lié au statut de cadre : même s'ils étaient plus vieux et malgré l'étroite corrélation qui existe entre avancée en âge et développement des limitations, les cadres ne verraient pas s'aggraver la prévalence de leurs limitations et ne déclareraient pas plus ni même aussi souvent de limitations que les non-salariés. Comme s'ils vieillissaient moins vite que les autres actifs. Les salariés non-cadres qui, avant standardisation, étaient les plus concernés par la déclaration de limitations fonctionnelles, le restent, après standardisation. L'écart se creuse même en leur défaveur quel que soit le groupe auquel on les compare<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Tous résultats à interpréter sans oublier de prendre en compte que la structure d'âge de la population des cadres est tout de même plus proche de celle des non-salariés que ne l'est celle des salariés non-cadres. Que le « vieillissement » des cadres par la standardisation opérée ne dégrade pas autant l'état de santé qu'ils déclarent que ce n'est le cas pour les autres salariés provient donc aussi de cet état de fait.



Les deux méthodes concluent à l'incidence significative du statut sur les déclarations de santé. Dans les deux cas, être non-salarié ou cadre accroît la probabilité de déclarer un meilleur état de santé que les salariés non-cadres. Certes, **l'effet du statut des non-cadres est moins intense que celui des cadres et des professions intellectuelles supérieures, mais il reste significatif pour les limitations et la perception subjective d'un « bon » état de santé.** Deux éléments dont on peut faire l'hypothèse qu'ils comptent décisivement dans la capacité à exercer une activité professionnelle. L'état de santé des non-salariés semble donc spécifique et s'ancrer quelque part dans une zone médiane entre les positions favorisées des cadres et celles, toujours plus défavorables, des autres salariés.

On peut cependant se demander si d'autres variables que l'âge et le sexe ne jouent pas dans ces résultats. On pense particulièrement au niveau de diplôme, au niveau de ressources et au type de couverture sociale dont la littérature a régulièrement montré les liens avec l'état de santé. Nous avons donc conçu un second modèle d'analyse logistique (modèle 2) qui ajoute ces trois caractéristiques aux deux variables initiales, en prenant en compte le niveau de diplôme le plus élevé obtenu par la personne, le revenu par unité de consommation caractérisant son ménage d'appartenance, et la présence ou non d'une mutuelle de santé. Le tableau 8 présente les résultats de ce second modèle logistique comparés à ceux du premier.

**L'effet du statut des cadres et des non-salariés résiste à l'analyse élargie du modèle 2 mais, cette fois, uniquement pour les déclarations de limitations.** Dans le modèle restreint (n° 1), il concernait toutes les déclarations du mini-module pour les cadres et celles sur les limitations et l'état de santé perçu pour les non-salariés. L'avantage relatif en matière de limitations dans le second modèle est respectivement de 25 % et de 23 % par rapport aux salariés non-cadres. On voit donc que l'écart entre ces deux groupes se comble (44 % et 23 % dans le premier modèle), une fois que l'on raisonne à niveau de diplôme, niveau de vie et couverture complémentaire « santé » donnés.

Ainsi, et hormis pour les limitations, ce sont les caractéristiques socio-économiques des personnes, plus que le fait qu'elles soient cadres ou non-salariées, qui sont significativement associées à leurs déclarations d'état de santé telles que le mini-module européen permet de les recueillir. On peut à cet égard noter le lien particulièrement fort entre bas niveaux de revenus et santé dégradée, tandis que l'absence de couverture par une mutuelle ne joue (négativement) que sur la probabilité de déclarer au moins une maladie chronique (-25 %) ou que la prise en charge dans le cadre de la CMU-C divise presque par deux la probabilité de percevoir sa santé de manière positive (-49 % pour un état de santé perçu comme très bon, bon ou assez bon).

Les limitations restent cependant une dimension majeure de la santé dont les non-salariés, dans une proportion semblable à celle des cadres, souffrent potentiellement moins souvent que les autres actifs « toutes choses égales par ailleurs »<sup>18</sup>. Cet avantage relatif confirme la spécificité de l'état de santé de ces groupes, même si la base de ce constat se réduit.

---

<sup>18</sup> En l'occurrence, rappelons-le : à sexe, âge, niveau de diplôme, niveau de vie et couverture « mutuelle », donnés.

**Tableau 8. Régression logistique des modèles 1 et 2**

	Déclarer au moins une maladie chronique		Déclarer des limitations		Percevoir son état de santé comme très bon, bon ou assez bon	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
<b>STATUT</b>						
Non-salariés	ns	ns	0,77*	0,77*	1,55*	ns
Cadres et prof intellectuelles supérieures.	0,87*	ns	0,56*	0,75*	2,40*	ns
Salariés non « cadres et prof. intel. sup. »	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
<b>SEXE</b>						
Hommes	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Femmes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
<b>ÂGE</b>						
18-24 ans	0,54*	0,54*	0,45*	0,43*	4,1*	4,46*
25-55 ans	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
56 ans et plus	2,13*	2,05*	1,43*	1,39*	0,37*	0,38*
<b>DIPLÔME le plus élevé obtenu</b>						
Diplôme du supérieur		ns		Ns		ns
Bac. général, technique et prof.		Réf		Réf		Réf
BEP CAP		ns		ns		ns
Brevet des collèges, BEPC, primaire ou sans diplôme		1,33*		ns		0,47*
<b>REVENU par unité de consommation (UC)</b>						
Moins de 800 €		1,50*		1,36*		0,60*
De 800 à moins de 1 100 €		ns		1,24*		0,60*
De 1 100 à moins de 1 500 €		Réf		Réf		Réf
De 1 500 à moins de 2 000 €		ns		ns		ns
Plus de 2 000 €		ns		ns		1,56*
Manquant		ns		1,31*		ns
<b>MUTUELLE</b>						
Régime Maladie complémentaire, mutuelle ou assurance		Réf		Réf	Réf	Réf
Couverture CMU-C		ns		ns		0,51*
Aucun régime maladie complémentaire		0,75*		ns		ns

Source : enquête *Handicap Santé Ménages*, 2008, Insee. Champ : actifs occupés âgés de 15 ans et plus.

Lecture : selon le modèle 2, une personne appartenant au groupe des non-salariés voit sa probabilité de déclarer des limitations diminuée de 23% ( $0,23=1-0,77$ ) par rapport à une personne salariée non-cadre mais qui lui serait identique sur toutes les autres caractéristiques attribuées, dans ce modèle d'analyse logistique, à la situation de référence (salariée non-cadre, femme, âge de 25 à 55 ans, etc.)

Pour préciser encore cette dernière spécificité, nous avons enfin voulu considérer les caractéristiques de santé des personnes pour savoir si le fait de déclarer des maladies chroniques ou un moindre état de santé joue sur la déclaration des limitations. Autrement dit, savoir si l'avantage du statut quant aux limitations résiste encore en raisonnant aussi à état de santé donné. Pour tester le scénario, nous avons construit un troisième modèle de régression logistique ajoutant aux variables contrôlées du modèle 2 les déclarations de maladies chroniques et d'état santé perçu pour expliquer la probabilité de déclarer des limitations<sup>19</sup>. On sait en effet que les trois réponses du mini-module sont liées entre elles, comme en atteste le tableau 9. Si notre troisième modèle retrouve le jeu du statut, ce dernier sera donc particulièrement fort, voire déterminant.

**Tableau 9. Corrélations entre les réponses données aux trois questions du mini-module européen de santé**

	Déclarer au moins une maladie chronique	Déclarer des limitations fonctionnelles liées à un problème de santé	Estimer son état de santé comme très bon, bon ou assez bon
Déclarer au moins une maladie chronique (en %)	-	72***	62***
Déclarer des limitations fonctionnelles liées à un problème de santé (en %)	91***	-	53***
Estimer son état de santé comme très bon, bon ou assez bon (en %)	50***	34***	-

*Lecture* : 72 % des personnes déclarant avoir au moins une maladie chronique déclarent aussi présenter des limitations depuis au moins six mois pour raisons de santé.

\*\*\* = test du  $\chi^2$  d'indépendance entre les variables significatif au seuil de 0,0001.

Le tableau 10 présente les résultats de ce dernier modèle de régression qui ne retient que les déclarations des limitations<sup>20</sup> en rappelant, pour mémoire, ceux du deuxième modèle. Dans ce troisième modèle, l'état de santé intégré dans les caractéristiques de la personne de référence correspond à une bonne santé relative : aucune maladie chronique déclarée et une assez bonne, bonne ou très bonne santé perçue. L'élargissement du scénario testé à ces caractéristiques de santé fait perdre au statut d'emploi des non-salariés son pouvoir explicatif. Ce pouvoir se maintient en revanche pour les cadres avec, toujours, une probabilité diminuée d'un quart de déclarer des limitations par rapport aux salariés non-cadres, « toutes choses égales par ailleurs ». Notons par ailleurs l'incidence de l'âge, qui demeure – même si c'est moins nettement – une variable très significativement associée au fait de déclarer des limitations fonctionnelles, y compris en contrôlant l'état de santé (maladies chroniques et santé subjectivement perçue).

<sup>19</sup> Manière de faire très usuelle et mobilisée notamment dans la production des premiers résultats de l'enquête décennale de Santé 2003 (Lanoë, Makdessi-Raynaud, 2003) et de l'enquête HSM 2008, source sur laquelle nous nous appuyons également (Montaut, 2010).

<sup>20</sup> Le statut des non-salariés reste non significativement corrélé aux déclarations de maladie chronique et d'état de santé général, de même que celui des cadres, comme dans le modèle 2.

**Tableau 10. Régression logistique des modèles 2 et 3 sur les déclarations de limitation**

	Déclarer des limitations	
	Modèle 2	Modèle 3
<b>STATUT</b>		
Non-salariés	0,77*	ns
Cadres et prof intellectuelles supérieures.	0,75*	0,75*
Salariés non « cadres et prof. intel. sup. »	Réf	Réf
<b>SEXE</b>		
Hommes	ns	ns
Femmes	Réf	Réf
<b>AGE</b>		
18-24 ans	0,43*	0,59*
25-55 ans	Réf	Réf
56 ans et plus	1,39*	ns
<b>DIPLOME</b>		
Diplôme du supérieur	ns	ns
Bac. général, technique et prof.	Réf	Réf
BEP CAP	ns	ns
Brevet des collèges, BEPC, primaire ou sans diplôme	ns	ns
<b>REVENU PAR UNITE DE CONSOMMATION</b>		
Moins de 800 €	1,36*	ns
De 800 à moins de 1 100 €	1,24*	ns
De 1 100 à moins de 1 500 €	Réf	Réf
De 1 500 à moins de 2 000 €	ns	ns
Plus de 2 000 €	ns	ns
Manquant	1,31*	1,41*
<b>MUTUELLE</b>		
Régime Maladie complémentaire, mutuelle ou assurance	Réf	Réf
Couverture CMU-C	ns	ns
Aucun régime maladie complémentaire	ns	ns
<b>MALADIE CHRONIQUE</b>		
Oui		7,92*
Non		Réf
<b>SANTE PERCUE</b>		
Très bonne ou bonne		Réf
Mauvaise ou très mauvaise		12,13*

Source : enquête *Handicap Santé Ménages*, 2008, Insee, *Champ* : actifs occupés âgés de 15 ans et plus.

Lecture : selon le modèle 3, une personne appartenant au groupe des cadres voit sa probabilité de déclarer des limitations diminuée de 25 % ( $0,25=1-0,75$ ) par rapport à une personne salariée non-cadre mais qui lui serait identique sur toutes les autres caractéristiques attribuées, dans ce modèle d'analyse logistique, à la situation de référence (salariée non-cadre, femme, âgée de 25 à 55 ans, etc.)

Pour résumer, du modèle 1 au modèle 2, avec l'inclusion dans l'analyse de paramètres d'ordre socioculturel ou socio-économique (diplôme, niveau de vie, complémentaire « santé »), on avait pu constater que le caractère « explicatif » du statut d'emploi des non-salariés se rétrécissait à la déclaration des limitations fonctionnelles, avec en outre une corrélation plus forte dans le cas des cadres. Du modèle 2 au modèle 3, en raisonnant aussi à état de santé donné, on voit s'effacer un peu plus encore l'effet du statut d'emploi, dont la corrélation avec la déclaration de limitations n'est plus significative que pour les cadres, le fait d'être non-salarié n'étant plus explicatif.

Au final, nous concluons de ce raisonnement d'ensemble que les non-salariés jouissent globalement d'une meilleure santé que l'ensemble des salariés, bien qu'ils soient plus âgés que ces derniers et que leur état de santé devrait en conséquence s'en trouver dégradé. Certes, les cadres sont encore mieux placés qu'eux, mais leur avantage relatif n'est cependant pas négligeable. Du point de vue de la santé, ils occupent ainsi un espace médian entre cadre et non-salariés dont il faut comprendre les raisons. Un raisonnement conduit à caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques, socioculturelles et de santé<sup>21</sup> données montre que cet avantage relatif, pour les limitations fonctionnelles tout du moins, ne peut pas être imputé à une spécificité du statut d'emploi « non-salarié » lui-même (là où le statut de cadre résiste à expliquer leur meilleur état de santé relatif).

## **2. QUAND LA MALADIE SURVIENT : EFFET SUR LA SITUATION PROFESSIONNELLE ET AMÉNAGEMENTS POSSIBLES DU TRAVAIL**

Comment expliquer l'avantage relatif des non-salariés qui, s'il est moins net que celui des cadres et moins « explicable » par leur statut même, les particularise cependant, notamment pour ce qui concerne les déclarations de limitations ? Doit-on envisager le jeu d'une auto-sélection de la population, qui inciterait les personnes les moins assurées de leur état de santé à éviter le statut de non-salarié ou, pour celles qui auraient déjà ce statut, à le quitter pour bénéficier de la meilleure couverture du régime général ?

L'enquête SIP propose à ce sujet des éléments de réflexion intéressants. D'abord, elle reconstitue les itinéraires professionnels des enquêtés<sup>22</sup> permettant de repérer ceux qui, parmi les indépendants, ont connu des phases d'emploi salarié et ceux qui, parmi les salariés, ont un jour été non-salariés. À ce propos, on a déjà noté qu'une grande part des non-salariés a connu des périodes d'emploi salarié (71 %), tandis qu'ils sont très peu dans la situation inverse (5 %). L'enquête enregistre par ailleurs des événements de santé survenus à diverses périodes de la vie des personnes interrogées et qu'elles perçoivent comme ayant eu un impact sur leur itinéraire professionnel<sup>23</sup>. On dispose enfin d'informations générales sur l'état de santé de ces dernières.

---

<sup>21</sup> Âge, sexe, niveau de vie, de diplôme, couverture complémentaire santé, maladies chroniques, état de santé subjectivement perçu.

<sup>22</sup> Pour sa première vague réalisée en 2006 et que nous exploitons ici, cette reconstitution est rétrospective, se fondant sur les souvenirs des enquêtés tant à propos de leur histoire de santé que de travail et d'emploi.

<sup>23</sup> Autre intérêt, si les déclarations de santé dans SIP, collectées dans l'optique bien particulière des liens entre santé et itinéraire professionnel, sont un peu différentes de celles que rassemble l'enquête HSM mobilisée dans la première partie, les caractéristiques de santé (mini-module européen) des non-salariés restent cependant comparables selon ces deux sources. Ainsi dans l'enquête HSM, 32 % des actifs occupés déclarent au moins une maladie chronique, 14 % des

Le tableau 11 répartit les déclarations de santé du mini-module selon le type d'itinéraire professionnel qu'ont connu les personnes en termes de statuts actuels et passés. Trois situations sont retenues : les non-salariés qui ont été salariés dans le passé (ligne 1), les cadres qui ont été non-salariés dans le passé (ligne 3), les salariés non-cadres qui ont été non-salariés dans le passé (ligne 5). On y a également ajouté les effectifs et l'âge moyen pour chaque type. *A priori*, les données du tableau 11 militent en faveur d'un effet de sélection. Tous les salariés qui ont été non-salariés dans le passé – qu'ils soient cadres ou non aujourd'hui – déclarent toujours plus de problèmes de santé que les autres, parfois beaucoup plus comme pour les déclarations de limitations des cadres anciens non-salariés (19 %, contre 8 % pour les autres cadres).

**Tableau 11. Comparaison des indicateurs de santé déclarée selon la trajectoire antérieure**

		Effectifs	Âge moyen	Déclarer au moins une maladie chronique	Déclarer des limitations dues à des raisons de santé et qui durent depuis au moins six mois	Déclarer percevoir son état de santé « en général » comme « très bon, bon ou assez bon »
1	Non-salariés anciens salariés	617	47	25 %	8 %	98 %
2	Autres non-salariés	253	45	21 %	6 %	99 %
3	Cadres sup., prof. intel. anciens non-salariés	39	48	25 %	19 %	97 %
4	Autres cadres sup., prof. intel. Sup.	1 018	43	25 %	8 %	99 %
5	Autres salariés anciens non-salariés	323	49	32 %	16 %	96 %
6	Autres salariés	5 909	40	26 %	11 %	97 %

*Champ* : les actifs occupés de 15 ans et plus.

*Source* : SIP 2006 (Drees-Dares).

*Lecture* : 25% des non-salariés qui à un moment au moins de leur parcours professionnel ont été salariés déclarent présenter au moins une maladie chronique actuelle.

Cependant, les effets de structure jouent beaucoup, car les opportunités de changements de statuts sont, par définition, proportionnelles à la durée de l'itinéraire professionnel. Les plus âgés des actifs multiplient ainsi « mécaniquement » ces occasions. On le confirme par l'âge moyen de chaque itinéraire, les salariés qui ont été non-salariés à un moment ou un autre de leur carrière étant en moyenne plus âgés que les autres (de neuf ans par exemple pour les non-cadres). La faiblesse des effectifs oblige par ailleurs à la prudence quant à un effet général de la santé sur les carrières des non-salariés. Ceux qui n'ont connu aucun épisode de salariat (ligne 2) semblent en meilleure santé que les autres non-salariés et même que tous les autres actifs occupés.

Notons enfin que les disparités entre professions au sein des non-salariés restent fortes cependant. Si, globalement, 71 % des non-salariés ont connu un épisode salarial dans leur trajectoire antérieure, il en va ainsi de 84 % des artisans, commerçants et chefs d'entreprise, de 68 % des professions libérales et de 42 % des agriculteurs exploitants. La situation est donc bien plus nuancée que ne le laissent entendre les données du tableau 10.

---

limitations et 97 % se disent en très bonne, bonne ou assez bonne santé. Pour SIP, les chiffres sont respectivement : 26 %, 10 % et 97 %.

Au final, nous ne pouvons conclure à des mouvements massifs de repli vers le salariat pour les non-salariés dont la santé serait dégradée et l'hypothèse de sélection ne peut se vérifier à ce stade.

Il est toutefois possible de poser le problème d'une autre façon en partant cette fois de la maladie et en observant ses effets sur les différents types de trajectoires professionnelles. Si les non-salariés jouissent d'une bonne santé relative comme nous l'avons vu précédemment, ils ne sont évidemment pas épargnés par les maladies, d'autant qu'ils poursuivent leur activité plus tard en moyenne que les salariés. Les déclarations de cancer dans l'enquête HSM par exemple confirment que les non-salariés sont tout à fait concernés par ces pathologies. Sur 8 720 actifs occupés, 60 personnes y déclarent en effet un cancer, dont 9 sont non-salariés, 4 cadres et 47 salariés non-cadres. Au regard de la part de chacun de ces trois statuts d'emploi au sein des actifs occupés et pour autant que de si faibles effectifs nous permettent de conclure, cela signifierait que les non-salariés contribuent même plus que les salariés non-cadres, et surtout que les cadres, à la prévalence totale des cancers (15 % des cancers déclarés par les actifs occupés, contre 11 % de non-salariés parmi les actifs occupés)<sup>24</sup>.

À partir des données de l'enquête SIP, nous avons voulu saisir les éventuelles inflexions dans les trajectoires professionnelles des non-salariés et des salariés éventuellement occasionnées par la survenue de maladie(s)<sup>25</sup>. Nous sommes donc parties des déclarations de maladies, comparant leurs effets sur les itinéraires des non-salariés et des salariés (statut à la date n-1), en nous demandant si elles s'associaient à des changements dans l'emploi l'année même de leur survenue (en n) puis l'année suivante (n+1) et deux années plus tard (n+2).

**Tableau 12. Situation professionnelle l'année de la maladie, un an après et deux après, en fonction du statut un an avant**

<b>Non-salariés en n-1 (988)</b>	n	n+1	n+2	<b>Salariés en n-1 (6493)</b>	n	n+1	n+2
Chômage	1	1	0	Chômage	1	2	2
Inactif	16	23	29	Inactif	12	19	27
Non salarié	82	73	66	Non salarié	0	0	0
Emplois courts	1	2	3	Emplois courts	1	2	2
Salarié	0	1	2	Salarié	86	77	69

*Champ* : ensemble des maladies ayant affecté des personnes qui se trouvaient en emploi long salarié ou non-salarié l'année précédente (n=7481).

*Source* : SIP 2006 (Drees-Dares).

*Lecture* : pour l'ensemble des maladies déclarées par les personnes qui étaient non-salariées en emploi long l'année n-1, dans 82 % des cas ces personnes gardent le même statut d'emploi l'année n.

Le tableau 12 reprend les résultats de l'exercice et présente à gauche le devenir de ceux qui étaient non-salariés un an avant de subir une maladie. Se sont-ils maintenus dans le même statut de non-salarié, sont-ils devenus chômeurs, inactifs, salariés en emploi long (« salarié »)

<sup>24</sup> Résultat dont l'un des facteurs explicatifs réside certainement dans l'âge moyen (relativement élevé) des non-salariés. Mais alors l'explication vaut surtout par rapport aux salariés non-cadres, les cadres apparaissant une nouvelle fois relativement protégés (puisque leur âge moyen est supérieur à celui des autres salariés).

<sup>25</sup> Telles que décrites par les enquêtés et, sachant qu'il est possible d'identifier plusieurs maladies pour un même individu, en nombre supérieur au nombre d'individus.

ou salariés en emploi précaire (« emploi court ») ? La partie droite du tableau reprend les mêmes catégories, mais cette fois pour les personnes qui étaient salariées l'année précédant la survenue des maladies qu'elles ont déclarées. Au total, les non-salariés ont déclaré 988 maladies, les salariés en emplois longs 6 498 maladies<sup>26</sup>.

Les situations des non-salariés et des salariés paraissent assez proches. On enregistre notamment un mouvement vers l'inactivité pour les deux populations, bien que plus rapide et plus intense pour les non-salariés. Ces constats ont, de toute évidence, partie liée avec l'âge auquel commence la maladie, facteur prédictif majeur d'un passage vers l'inactivité (Barnay, Cambois, 2009). Le tableau 13 reprend donc les données du tableau précédent en distinguant les situations selon que les maladies sont apparues avant l'âge de 50 ans ou après. On y observe que les trajectoires des salariés et des non-salariés de plus de 50 ans sont quasi identiques, par conséquent en rapport bien plus étroit avec l'âge de survenue de la maladie qu'avec le statut d'emploi.

**Tableau 13. Situation professionnelle l'année de la maladie, un an après et deux après, en fonction du statut un an avant et de l'âge**

<b>Non salariés en n-1, 50 ans ou plus (434)</b>	n	n+1	n+2	<b>Salariés en n-1, 50 ans ou plus (1 817)</b>	n	n+1	n+2
Chômage	1	1	0	Chômage	1	2	4
Inactif	24	36	46	Inactif	22	36	48
Non salarié	73	61	52	Non salarié	0	0	0
Emplois courts	1	1	1	Emplois courts	0	1	0
Salarié	0	0	0	Salarié	76	61	48
<b>Non-salariés en n-1, moins de 50 ans (554)</b>	n	n+1	n+2	<b>Salariés en n-1, moins de 50 ans (4 676)</b>	n	n+1	n+2
Chômage	1	1	0	Chômage	1	2	2
Inactif	8	13	15	Inactif	8	13	18
Non salarié	90	82	77	Non salarié	0	0	0
Emplois courts	1	2	4	Emplois courts	1	2	3
Salarié	0	1	4	Salarié	89	83	77

*Champ* : ensemble des maladies ayant affecté des personnes qui se trouvaient en emploi long salarié ou non-salarié l'année précédente (n=7481).

*Source* : SIP 2006 (Drees-Dares).

*Lecture* : parmi l'ensemble des maladies déclarées par les personnes qui étaient non-salariées en emploi long et âgées de 50 ans ou plus l'année n-1, dans 46 % des cas, la personne concernée est inactive en n+2.

<sup>26</sup> Les personnes en emplois courts déclarent pour leur part 1 642 maladies mais nous ne traitons pas ici de leur devenir professionnel les années n, n+1 et n+2 (en référence à la date « n » de survenue de la maladie). Ce que nous cherchons à évaluer, en effet, est l'éventuel effet d'éviction qu'exercerait la mauvaise santé sur l'emploi ou certains statuts d'emploi. Le raisonnement, plus logiquement, s'intéresse ainsi à *des personnes dont la situation dans l'emploi antérieure à la maladie (en n-1) est stable*, pour voir si le problème de santé qui survient introduit de l'instabilité, de la précarité ou l'impossibilité de se maintenir dans un statut réputé exigeant et dont la couverture santé est moins protectrice (non-salariés). Nous intégrons à nouveau les personnes en emplois courts à la date n-1 plus loin, pour ne plus examiner que la question de l'éventuelle sortie d'emploi : la logique reste donc, encore, celle d'un examen d'une dégradation ou d'une contrainte de la situation d'emploi.



Les modèles de régression logistique affinent l'analyse en contrôlant ici l'âge de survenue de la maladie, le sexe, le type de maladie et le statut dans l'emploi l'année précédant la maladie décrite. Leurs résultats ne décèlent aucun effet significatif des maladies sur les sorties d'emploi quand on s'en tient à l'année même de la survenue de la maladie et à l'année suivante. Ces effets sont en revanche sensibles deux ans après, à l'avantage des non-salariés qui voient leur probabilité de sortir de l'emploi réduite d'un tiers par rapport à un salarié en emploi long, toujours à âge de survenue de la maladie, sexe et type de maladie donnés (tableau 14). Notons que, dans tous les cas, les effets les plus nets concernent les personnes en emplois courts pour lesquelles l'impact de la santé est constamment sensible, quelle que soit l'année considérée. Pour les non-salariés, on peut faire l'hypothèse que leur plus fréquent maintien en emploi peut résulter à la fois d'une contrainte (celle des désavantages de leur couverture sociale) et des avantages éventuels, du moins dans certaines des professions concernées, que peuvent leur procurer des aménagements de postes ou d'horaires de travail, moins facilement accessibles aux salariés en cas de maladie.

**Tableau 14. Sorties de l'emploi dans les années qui suivent le début d'une maladie**

Situation un an avant	Proportion de personnes qui ne sont plus en emploi					
	L'année de début de la maladie		L'année suivante		L'année d'après	
	En %	OR	En %	OR	En %	OR
Emploi long non-salarié	16,2	ns	24,8	Ns	29,0	0,65
Emploi long salarié	13,1	1	21,4	1	28,8	1
Emplois courts	30,3	4,2	40,9	4,1	46,0	3,7

Source : SIP 2006 (Drees-Dares).

Champ : ensemble des maladies ayant affecté des personnes qui se trouvaient en emploi long salarié ou non-salarié ou en emploi court l'année précédente (n=9123).

OR : *odds ratio* issu d'une régression logistique portant sur la probabilité de sortir de l'emploi en fonction de l'âge de survenue de la maladie, du sexe, du type de la maladie et du statut dans l'emploi l'année précédant la maladie. « Ns » = non significatif au seuil de 5 %.

Lecture : à âge de survenue de la maladie, sexe et type de maladie donnés, une personne non-salariée en emploi long en n-1 a une probabilité de ne plus être en emploi en n+2, pour une maladie survenue l'année n, de 35 % inférieure à ce qu'elle est pour un salarié en emploi long.

Une autre spécificité notable des non-salariés concerne les arrêts de travail liés aux maladies qu'ils décrivent<sup>27</sup>. Leur probabilité de s'arrêter à cette occasion est de deux tiers inférieure à celle des salariés en emploi long, soit un effet particulièrement significatif imputable à leur statut, que l'arrêt soit unique ou réitéré. Le modèle de régression logistique ne décèle en revanche aucun impact de la maladie sur l'itinéraire des non-salariés (tableau 15).

Au vu de ces résultats, les non-salariés semblent donc maintenir leur activité professionnelle quand la maladie survient, plus que ne le font les salariés. Ils s'arrêtent notamment nettement moins souvent à l'occasion de cette maladie. Les conditions d'ouverture de leurs droits sociaux, dont nous en avons vu les spécificités et les disparités à propos des indemnités journalières (voir le tableau 1), jouent assurément dans ces comportements. Il en va probablement de même pour la constitution des droits à la retraite.

<sup>27</sup> Il ne s'agit ici que des maladies que les enquêtés jugent comme étant les plus marquantes dans leur vie, selon le mode d'interrogation de l'enquête SIP, soit 83 % de l'ensemble des maladies enregistrées.

**Tableau 15. Conséquences de la maladie en termes d'arrêt de travail et de changement dans l'itinéraire professionnel**

	La maladie a occasionné...			
	...un ou plusieurs arrêts de travail*		...des conséquences sur la situation professionnelle*	
	En %	OR1	En %	OR2
Situation un an avant				
Emploi long non-salarié	29,4	0,33	35,8	ns
Emploi long salarié	52,9	1	34,0	1
Emploi court	47,2	0,66	41,9	1,4

Source : SIP 2006 (Drees-Dares).

(\*) Exploitation de deux questions de l'enquête SIP posées à propos de trois maladies au plus laissées au choix de l'enquêté-e parmi celles qui lui « semblent le plus liés à (sa) vie professionnelle, qu'il s'agisse de causes ou de conséquences ».

*Champ* : ensemble des maladies ayant affecté des personnes qui se trouvaient en emploi long (salarié ou non-salarié) ou en emploi court l'année précédant la maladie.

OR1: *odds ratio* issu d'une régression logistique portant sur la probabilité de prendre un ou plusieurs arrêt(s) de travail liés à la maladie décrite en fonction de l'âge de survenue de la maladie, du sexe, du type de la maladie et du statut dans l'emploi.

*Lecture* : pour une personne non-salariée en emploi long l'année précédent la maladie, la probabilité de prendre un ou plusieurs arrêt(s) de travail en lien avec la maladie décrite est inférieure de deux tiers à celle que présente un salarié en emploi long.

Les conditions de l'exercice professionnel des non-salariés dont la santé fléchit mériteraient un examen attentif, surtout quand la maladie est grave et potentiellement invalidante comme dans le cas de certains cancers. Nos données statistiques ne permettent pas un tel examen. Les données manquent et les effectifs des pathologies ne sont pas toujours suffisants (ce qui est heureux) lorsque l'on cherche à les détailler finement. Des approches qualitatives articulées aux premières exploitations statistiques présentées ici seraient donc d'un grand secours pour éclairer les conditions auxquelles l'exercice professionnel des non-salariés peut se maintenir quand leur santé se fait moins sûre.

En attendant ces enquêtes qualitatives, l'enquête SIP permet cependant de se faire une idée des adaptations que les non-salariés peuvent mettre en place pour faire face à la maladie et maintenir leur activité professionnelle. La première vague de cette enquête, réalisée en 2006, a en effet interrogé 879 non-salariés parmi lesquels nous distinguons 211 personnes qui déclarent au moins une maladie chronique, en procédant de même pour les cadres et les autres salariés. Le tableau 16 compare quelques dimensions des conditions de travail selon le statut d'emploi des personnes et, dans le statut, selon qu'elles ont ou non déclaré une maladie chronique<sup>28</sup> (colonne MC dans le tableau pour « maladie chronique »).

<sup>28</sup> L'absence de données précises sur cette maladie chronique, nous contraint à faire l'hypothèse que ces types de problèmes de santé sont « équivalents » à ceux des salariés. Attention il y a balancement entre problème de santé (qui fait penser à SIP et maladie chronique qui renvoie à la première réponse au mini-module.

**Tableau 16. Maladies chroniques des actifs en emploi et conditions de travail**

		Non salariés		Cadres		Autres salariés	
		MC	Non	MC	Non	MC	Non
	Effectifs	211	668	252	762	1 681	4 539
1	Nombre d'heures de travail au cours de la dernière semaine travaillée	47,9	49,4	41,0	41,6	35,1	36,3
2	Travail la nuit (tjrs ou souvent)	4	8	2	3	9	9
3	Travail hebdomadaire d'une durée supérieure à 48 heures (tjrs ou souvent)	60	58	29	29	9	8
4	Horaires irréguliers, difficilement prévisibles (tjrs ou souvent)	28	31	16	18	10	12
5	Travail physiquement exigeant	52	49	17	14	40	32
6	Travail sous pression	29	30	53	43	29	23

Source : SIP 2006 (Drees-Dares).

Champ : actifs occupés de 15 ans et plus.

Lecture : les non-salariés déclarant au moins une maladie chronique travaillent en moyenne 47,9 heures par semaine. Ceux qui ne déclarent aucune pathologie travaillent 49,4 heures. 52 % des premiers estiment que leur travail est physiquement exigeant, contre 49 % des seconds.

Quel que soit le statut d'emploi, les personnes déclarant au moins une maladie chronique jugent toujours plus souvent que les autres que leur travail est « physiquement exigeant » (ligne 5). Ce résultat est généralement compris comme la résultante de deux mécanismes : les problèmes de santé rendent plus sensible à ce type de pénibilités et ces dernières contribuent à dégrader la santé<sup>29</sup>. Notons toutefois que les non-salariés signalent beaucoup plus souvent se heurter à ce type d'exigences physiques que les autres catégories d'actifs en emploi (qu'ils aient ou non déclaré une maladie chronique).

Les horaires de travail, appréhendés en termes de durée hebdomadaire (lignes 1 et 3), de régularité ou de prévisibilité (ligne 4) et de travail de nuit (ligne 2) sont intéressants pour notre propos. On note d'emblée que les durées hebdomadaires élevées sont nettement plus souvent le fait des non-salariés, en lien avec les contraintes de certaines professions (les commerçants notamment). Cependant, ils semblent disposer d'une plus grande latitude que les autres (cadres compris) pour réduire le recours au travail de nuit et les horaires irréguliers quand ils sont malades. Autre avantage, cette fois par rapport aux seuls cadres, ils semblent moins exposés que ces derniers au travail sous pression (ligne 6). Caractéristique généralement corrélée aux risques psychosociaux que les salariés malades, quelle que soit leur catégorie professionnelle, déclarent plus souvent que les salariés non malades.

La moindre pression subie par les non-salariés malades par rapport à leurs homologues non-malades traduit sans doute un effet des aménagements des horaires évoqués plus haut et, peut-être, d'autres dispositifs d'adaptation. En revanche, la pression subie par les cadres et autres salariés malades est toujours plus élevée que celle déclarée par leurs homologues non-malades.

<sup>29</sup> De là, on comprend le choix des enquêtes statistiques françaises sur les conditions de travail de valoriser l'appréciation subjective des personnes à propos de conditions objectivables de travail. Les Suédois, par exemple, ont pris un tout autre parti en décrivant les conditions de travail à partir de seules mesures objectives : poids soulevés, température, décibels, etc. (voir Gollac, Volkoff, 2010).

## CONCLUSION

À l'issue de ce travail et sur la base des conventions que nous avons adoptées, l'état de santé des non-salariés se distingue, et à leur avantage, de celui de l'ensemble des salariés.

Les cadres et professions intellectuelles supérieures restent cependant toujours bien mieux placés que ces derniers et, plus encore, que les autres groupes de salariés. Du point de vue de la santé donc, les non-salariés occupent une position médiane entre les cadres et les salariés non-cadres. Position étonnante quand on sait qu'ils présentent l'âge moyen le plus élevé et qu'en conséquence, leur état devrait s'en trouver dégradé. Les différents tests effectués par diverses voies confirment cette position médiane.

En revanche, la compréhension de cet avantage relatif reste ouverte. Les effets de sélection des non-salariés sur des critères de santé auxquels on pouvait penser ne sont pas confirmés. Les tests vont plutôt dans le sens de leur plus fort maintien dans l'emploi deux ans après la survenue des maladies qu'ils déclarent. Pourtant, les conditions de travail de ce groupe ne montrent pas de moindres contraintes. Horaires et charges physiques y sont particulièrement élevés. Les non-salariés ne semblent toutefois pas totalement dénués de possibilités d'aménagement de leur activité (diminution du travail de nuit, des variations d'horaire) et surtout ils sont moins soumis que les autres actifs à un travail « sous pression », ce qui compense peut-être, autrement et pour partie, les contraintes subies par ailleurs. Autant de possibilités dont on peut penser, en tout cas, qu'elles sont utiles quand la santé se fait précaire.

Au final, la santé et les conditions de travail semblent donc contribuer à rassembler les composantes du groupe des non-salariés dont on a rappelé la forte hétérogénéité en ouverture de ce texte. Pour bien comprendre ces spécificités de santé et de conditions de travail, il nous faudra poursuivre l'analyse en distinguant cette fois plusieurs situations de non-salariat. Au moins – pour rester cohérentes avec notre argument du régime assurantiel – celles des adhérents du RSI et celles des adhérents de la MSA.

Quoi qu'il en soit, la situation de santé des non-salariés conforte la nécessité d'une analyse « contextualisée » des effets de la maladie ou des troubles. Comparés ici entre différents statuts, ces effets dépendent aussi des possibilités d'aménagement dont disposent les individus qui affrontent des difficultés de santé similaires<sup>30</sup>. Autrement dit, s'il existe des maladies plus ou moins graves – ce dont les taux de décès donnent une vue claire –, aucune n'existe jamais vraiment *in abstracto*, hors de tout cadre économique, social ou de protection sociale par exemple.

Dans ce contexte, le travail joue un rôle considérable, comme en témoignent à leur manière les travaux sur les inégalités sociales de santé. Profondément marqués par la théorie des dispositions, ces travaux saisissent les avantages de santé dont jouissent les plus éduqués et les plus riches, protégés de ce qui, dans le principe, ne relève pas du social, mais du génétique ou d'un aléatoire équitablement partagé. C'est typiquement la situation des cadres et des professions intellectuelles supérieures qu'on ne peut calquer pour comprendre celle des non-salariés, plus âgés, moins diplômés et traversée de forts écarts de revenus selon les composantes. La réflexion sur la santé de ces actifs particuliers que sont les non-salariés est donc susceptible d'alimenter la réflexion sur le lien du travail à la santé, au-delà et d'une

---

<sup>30</sup> Ou du moins posées telles dans le cadre de cet exercice.

autre façon que les incidences des expositions diverses auxquelles le travail contraint. Argument supplémentaire pour poursuivre nos investigations sur ce groupe d'actifs.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALGAVA ELISABETH, LYDIE VINCK, 2009, « Les conditions de travail des non salariés en 2005 », *Premières Synthèses, Dares* (50.1).
- BARNAY THOMAS, EMMANUELLE CAMBOIS, 2009, « Espérances de vie, espérances de vie en santé et âge de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France », *Retraite et société*, n° 59(3):194-205.
- DREES, 2010, *L'état de santé de la population en France en 2008*, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
- DIRICQ NOËL, 2008, *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale*, Paris, Commission d'évaluation sur le coût des accidents du travail.
- EXPERTISE COLLECTIVE, 2011, *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants*, Paris, Inserm.
- GOLLAC MICHEL, SERGE VOLKOFF, 2010, « Mesurer le travail. Une contribution à l'histoire des enquêtes françaises dans ce domaine », *Document de travail, CEE*, n° 127, juillet.
- JUSOT FLORENCE, MARTINE KHLAT, CATHERINE SERMET, 2006, « Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi », *Données sociales. La société française*, Paris, pp. 533-542.
- LANOË JEAN-LOUIS, YARA MAKDESSI-RAYNAUD, 2003, « L'état de santé en France en 2003. Santé perçue morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé », *Études et résultats* (436).
- LURTON GREGOIRE, FABIEN TOUTLEMONDE, 2007, *Les déterminants de l'emploi non-salarié en France depuis 1970*, Dares.
- MAURIN MARIE-LAURE, YVES DUPUY, FRANÇOISE LARRE, S. SUBLET (éd.), 1999, *Prestation de travail et activité de service. [rapport réalisé à la demande du ministère de l'Emploi et de la Solidarité]*, Paris, La documentation Française.
- MONTAUT ALEXIS, 2010, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 », *Études et résultats* (717).
- PERRONNIN MARC, AURELIE PIERRE, THIERRY ROCHEREAU, 2011, « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé* (161).
- ROLLE Pierre, 1988, *Bilan de la sociologie du travail*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- SUPIOT ALAIN, 2009, *Le droit du travail (4e éd. mise à jour)*, Paris, PUF.
- TABUTEAU DIDIER, 2010, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social* (1):85-92.
- TUBEUF SANDY, FLORENCE JUSOT, MARION DEVAUX, CATHERINE SERMET, 2008, *Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and Measurement of Inequalities in Health*, Paris, Irdes.



## DERNIERS NUMÉROS PARUS :

téléchargeables à partir du site <http://www.cee-recherche.fr>

- N° 149** *L'importance des « réseaux d'entreprises » dans la mobilité sectorielle des salariés*  
OANA CALAVREZO, RICHARD DUHAUTOIS, FRANCIS KRAMARZ  
septembre 2011
- N° 148** *Familles monoparentales allocataires du RMI ou de l'API et trappes à inactivité : les enseignements de l'enquête sur les expérimentations du rSa en France*  
AI-THU DANG, DANIELE TRANCART  
septembre 2011
- N° 147** *Les effets du bénévolat sur l'accès à l'emploi : une expérience contrôlée sur des jeunes qualifiés d'Île-de-France*  
JONATHAN BOUGARD, THOMAS BRODATY, CELINE ÉMOND, YANNICK L'HORTY, LOÏC DU PARQUET, PASCALE PETIT  
mai 2011
- N° 146** *L'impact de la crise sur les trajectoires professionnelles des jeunes*  
ÉLISABETH DANZIN, VERONIQUE SIMONNET, DANIELE TRANCART  
mai 2011
- N° 145** *Pourquoi un retour à l'emploi plus rapide à proximité de la frontière ?*  
JONATHAN BOUGARD  
mai 2011
- N° 144** *The Turkish Welfare Regime under Pressure: Resilience or Change?  
Le régime turc de protection sociale sous pression : résistance ou changement ?*  
CARLOS SOTO IGUARAN  
avril 2011
- N° 143** *Évaluer l'expérimentation sociale*  
BERNARD GOMEL, ÉVELYNE SERVERIN  
avril 2011
- N° 142** *Les nouveaux cadres d'une entreprise publique en mutation*  
ALEX ALBER  
avril 2011
- N° 141** *Discriminations à l'embauche des jeunes Franciliens et intersectionnalité du sexe et de l'origine : Les résultats d'un testing*  
PASCALE PETIT, EMMANUEL DUGUET, YANNICK L'HORTY, LOÏC DU PARQUET, FLORENT SARI  
février 2011
- N° 140** *Être mobile pour trouver un emploi ? Les enseignements d'une expérimentation en région parisienne*  
Loïc du Parquet, Emmanuel Duguet, Yannick L'Horty, Pascale Petit, Florent Sari  
février 2011