



CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI

Une mesure de la santé à l'âge du travail

78

Approche du travail par la santé
à partir de l'enquête *Événements
de vie et santé (EVS, Drees, 2005-2006)*

Juillet
2012

Catherine Cavalin, Sylvie Célérier

Rapport de recherche

Une mesure de la santé à l'âge du travail

Approche du travail par la santé
à partir de l'enquête *Événements de vie et santé*
(EVS, Drees, 2005-2006)

CATHERINE CAVALIN
Centre d'études de l'emploi

SYLVIE CÉLÉRIER
*Centre d'études de l'emploi,
TEPP (FR 3126, CNRS), CPN-UEVE*

Directeur de publication : Alberto Lopez

ISSN 1629-5684
ISBN 978-2-11-128686-3

www.cee-recherche.fr

Une mesure de la santé à l'âge du travail

Approche du travail par la santé à partir de l'enquête *Événements de vie et santé (EVS, Drees, 2005-2006)*

RÉSUMÉ

Dans ce document, nous proposons une mesure de la santé à l'âge du travail qui nous permet de décrire les états de santé des personnes concernées, qu'elles travaillent effectivement ou qu'elles ne travaillent pas. La vaste littérature disponible sur les liens entre santé et travail fournit en effet de nombreux indices montrant que la santé est moins uniformément bonne que l'on pourrait *a priori* le penser pour cet âge particulier. Nous souhaitons, par cette mesure, en apprécier l'ampleur en saisissant la santé dans sa globalité, c'est-à-dire sans la limiter à ce qu'y imprime le rapport au travail ou à l'emploi. Nous entrons donc dans le travail par la santé, en considérant celle-ci de la manière la plus ouverte possible. Cette ouverture suppose également de considérer, ensemble, les dimensions physique, mentale et fonctionnelle de la santé en examinant les liens possibles entre elles. Notre propos est par ailleurs résolument descriptif plutôt que causaliste. Sans remettre en cause l'intérêt de la recherche des causalités réciproques entre travail et santé, dont nous retrouvons d'ailleurs plusieurs des résultats – notamment les mécanismes liés aux inégalités sociales de santé –, nous explorons *les états* de santé à l'âge du travail, de la bonne santé jusqu'à la santé très dégradée, en les qualifiant le mieux possible.

La santé, on le sait, n'a d'autre définition que conventionnelle et toute mesure doit faire état de « sa fabrique ». La première partie de ce rapport présente donc le détail des instruments à partir desquels la mesure a été construite. Ces instruments sont extraits de l'enquête *Événements de vie et santé* (Drees, 2005-2006), représentative de la population des 18-75 ans résidant en France en ménage ordinaire, pour sa richesse en variables sur la santé et malgré des informations plus restreintes sur le travail et l'emploi. Toujours dans cette première partie, les données de l'enquête sont confortées, par la comparaison, à d'autres enquêtes nationales et internationales et l'exploitation de deux scores synthétiques sur la santé physique et mentale offre une première vue d'ensemble de la question posée. On y confirme le jeu du travail comme *normalité de santé* physique plutôt que mentale, on y enregistre de nombreux troubles déclarés (y compris lorsque les personnes travaillent) que nous avons traités comme des *anomalies* de la normalité, et on y voit enfin l'autonomie relative de la santé physique et de la santé mentale.

La seconde partie du rapport pousse plus loin l'analyse en cherchant à caractériser les différentes situations de santé possibles et en décrivant les caractéristiques des personnes concernées par une pluralité de variables. Pour ce faire, nous mobilisons une analyse des correspondances multiples (ACM) menée sur une sous-partie des enquêtés (les 18-65 ans), suivie d'un travail de typologie. Les neuf types de santé qui se dégagent de cette analyse dessinent trois grandes zones de santé : « bonne », « moyenne » et « mauvaise », qui concernent respectivement 54 %, 31 % et 14 % de l'ensemble des 18-65 ans. L'exploitation d'un large ensemble de variables permet de qualifier chacun de ces trois types et, surtout, objective les seuils qui les discriminent. La cartographie sur laquelle débouche l'analyse confirme la première exploitation des scores synthétiques et la précise. Elle montre qu'une large partie de la population en emploi doit faire avec des pathologies liées à la santé physique ou mentale, des limitations fonctionnelles, une santé qui n'est pas toujours perçue de manière favorable, etc. Plus précisément, si l'on regroupe les types de santé moyenne (pour lesquels les troubles peuvent être substantiels) et celui de la mauvaise santé (dans lequel les pathologies sont les plus graves sur tous les plans de la santé examinés et tendent à se cumuler), quelque 45 % des 18-65 ans présentent un état de santé non indemne de « troubles », dont une grande majorité est en emploi. À l'opposé, les meilleurs états de santé ne renvoient pas d'accords parfaits entre les différentes dimensions de la santé. On y décèle des dissonances : une bonne santé physique allant avec des troubles de la santé mentale ou réciproquement. Il n'y a donc pas *une* norme rigide de la santé au travail, mais plusieurs qui s'écartent, parfois nettement, de celle que dicterait une définition strictement biologique de la santé, limitée à la morbidité.

La conclusion de ce rapport reprend ce qui nous semble les principaux enseignements de la mesure produite, les rapportant à ceux de la littérature et les discutant, par exemple, sur les effets des variables d'âge ou de sexe que nous voyons jouer de façon atténuée. Elle amorce également une réflexion plus générale sur les normes de la santé au travail dont la variété invite à ouvrir, plus qu'on ne le fait usuellement, la compréhension de la relation santé-travail aux dispositifs institutionnels et réglementaires qui contribuent à la construire.

Mots clés : santé-travail, mesure, bonne santé, santé moyenne, santé physique, santé mentale, norme, normalité, anomalies.

Sommaire

Introduction	7
Décrire l'arrangement de santé à la base de l'activité productive	8
Entrer dans le travail par la santé.....	11
Partie 1 – Approcher le travail par la santé	17
1. La santé dans l'enquête <i>événements de vie et santé</i> (Drees, 2005-2006)	17
1.1. <i>Une santé déclarée.....</i>	17
1.2. <i>Une notion de santé composite</i>	19
2. Première approche de la santé au travail	22
2.1. <i>L'autonomie relative du travail et de la santé</i>	23
2.2. <i>Autres enquêtes et autres pays.....</i>	25
3. Exploiter les scores de santé et travail	28
3.1. <i>Le travail comme normalité de santé.....</i>	29
3.2. <i>Une normalité de la santé physique</i>	30
3.3. <i>Les anomalies de la normalité.....</i>	32
3.4. <i>La santé de l'activité à l'inactivité</i>	33
3.5. <i>L'autonomie de la santé physique et de la santé mentale</i>	35
Partie 2 - Cartographier des situations de santé à l'âge du travail	41
1. Les variables de l'analyse des correspondances multiples (ACM).....	41
2. Ordonner la santé	44
3. Trois « espaces » de santé.....	51
3.1. <i>Les limites du travail comme normalité de santé</i>	51
3.2. <i>Les trois combinaisons de la bonne santé</i>	53
4. Le travail, quelle santé ?.....	61
4.1. <i>Être en bonne santé</i>	62
4.2. <i>Être en mauvaise santé.....</i>	66
4.3. <i>Être en moyenne santé</i>	66
<i>Conclusion</i>	66
Conclusion : Une mesure de la santé à l'âge du travail.....	69
1. Quelques enseignements généraux	69
2. De la norme de santé à la normalité de la santé au travail.....	71

3. Le pari de la description statistique	72
Bibliographie	74

INTRODUCTION

Dans ce document, nous cherchons à décrire les états de santé des personnes à l'âge du travail, que ces personnes travaillent effectivement ou qu'elles ne travaillent pas. Nous proposons, en quelque sorte, une mesure de la santé à l'âge du travail. La première motivation de cet exercice tient à l'absence d'une telle mesure et au défaut d'informations immédiatement disponibles sur le sujet¹. En effet, si l'état de santé de l'ensemble de la population française est aujourd'hui précisément et régulièrement décrit², nous ne disposons d'aucun équivalent pour la population, plus restreinte, des personnes qui, compte tenu de leur âge, sont concernées par le travail ou pourraient l'être. Notre objectif est donc de compenser cette absence en produisant des informations fondées sur des données représentatives de la population concernée.

La santé des travailleurs a pourtant beaucoup intéressé les pouvoirs publics et les organisateurs du travail, préoccupés alors de productivité et de performance économique. Cette préoccupation s'entend tout entière dans la notion juridique d'*aptitude* au travail qui a structuré la création de la médecine du travail, lui assignant une mission de tri de la main-d'œuvre sur des critères de santé³. La jurisprudence a heureusement enrichi cette notion dotant aujourd'hui les médecins du travail d'une capacité d'action – ou du moins d'interrogation – des conditions de travail et de l'organisation des postes imposées aux travailleurs⁴. Faut-il aussi voir dans cette évolution l'affaiblissement de la menace que la moindre santé des travailleurs faisait courir à l'activité économique ? De fait, l'investissement de santé publique réalisé depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale a écarté les grands fléaux qui hantaient les XIX^e et XX^e siècles, améliorant de façon décisive l'état de santé général de la population et spécifiquement celui de la population active.

Nous sommes loin en effet des périodes où les séquelles et handicaps de la Première Guerre mondiale s'ajoutaient aux effets de sévères pathologies, notamment pulmonaires⁵. Les premières formes de la médecine du travail visaient justement à trier la population selon son aptitude au travail au sens le plus immédiat du terme⁶. L'ingénieur Taylor lui-même, réputé insensible à la variabilité des capacités individuelles, en tenait néanmoins compte dans son organisation idéale du travail. La

¹ Célérier S., 2008, « Santé précaire au travail : quelques perspectives sociologiques », *Connaissance de l'emploi*, Centre d'études de l'emploi, n° 56.

² Cette description qui vient en complément des enquêtes statistiques de santé réalisées par l'Insee, la Drees et l'Irdes, est aujourd'hui organisée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cette dernière définit 100 objectifs de santé dont la réalisation est annuellement suivie donnant lieu à des rapports. La référence du dernier en date est : Danet S. (dir.), 2011, *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, Rapport 2011*, Paris, Drees.

³ Bourgeot S. et Blatman M., 2009, *L'état de santé du salarié*, Paris, Editions Liaisons, p. 385 et suivantes. Sur la question spécifique de la médecine du travail, se reporter à la thèse de Marichalar P., 2011, « Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010) », Paris, École normale supérieure.

⁴ Citons, pour l'obligation de motivation, l'arrêt du Conseil d'Etat du 3 décembre 2003 et, bien sûr, l'article du Code du travail L 241-10-1 sur lequel les médecins peuvent se fonder pour demander des aménagements de poste ou une mobilité interne.

⁵ Buzzi S. et Devinck J.-C. et Rosental P.-A., 2006, *La santé au travail, 1880-2006*, Paris, la Découverte, "Repères" ; Omnès C. et Pitti Laure (eds.), 2009, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes ; Rosental P.-A. et Omnès C., 2009, « Les maladies professionnelles : genèse d'une question sociale numéro spécial Revue d'histoire moderne et contemporaine /1 (n° 56-1) ».

⁶ Buzzi S. et al., *La santé au travail, 1880-2006*, op. cit. La sélection au travail par la santé prend aussi cette forme : une sélectivité accrue des employeurs si l'offre de travail tend à être surnuméraire. Voir Shah D., 2009, « Healthy worker effect phenomenon », *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 13, 2, pp. 77-79. Forme de sélection de la force de travail par la demande de travail dont certains auteurs dénoncent la possible – et radicale – remontée en puissance : voir Thébaud-Mony A., 2008, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte (Poche), à propos du développement des recherches des caractéristiques génétiques individuelles « susceptibles » de favoriser le développement de telle ou telle maladie professionnelle. À l'opposé même d'une politique de prévention, ces recherches concernent particulièrement l'exposition aux rayonnements ionisants et aux produits cancérogènes (pp. 222-229 en particulier). D'une lutte contre les risques collectifs, ce modèle ferait passer à une meilleure connaissance épidémiologique des facteurs de risque individuels, dans un objectif de tri de la main-d'œuvre et de prévention... des coûts d'indemnisation des maladies professionnelles !

« capacité naturelle » des travailleurs à laquelle il convient d'adapter la charge de travail exigée⁷ pour en faire des ouvriers « de première catégorie » n'est pas chez lui une norme fixe. Elle dépend directement de l'état de santé et de l'ampleur de la population prête à s'embaucher aux portes de l'usine. Dans certains sites de production, précisait-il, la main-d'œuvre est si rare et en si mauvaise santé qu'il faut adapter les standards et réduire en conséquence les exigences de la production⁸.

Si l'on redoute aujourd'hui les effets de contaminations massives de virus, notamment par voies aériennes⁹, la menace n'a jamais été assez durable pour interroger, sérieusement, la continuité de l'activité productive. L'exemple du VIH montre par ailleurs des capacités manifestes de contrôle de la puissance de contamination des virus, même si les effets de cette épidémie restent encore sensibles et lourds de conséquences pour les individus. En bref, hormis la menace des épidémies et comme dans tous les pays développés, la santé des Français s'est constamment améliorée portant notre espérance de vie à des niveaux inégalés dans toute l'histoire de l'humanité. Les bilans annuels établis par la Drees¹⁰ entérinent ce constat, sans doute plus vrai encore pour la population à l'âge du travail, par définition plus jeune que ne l'est en moyenne la population totale. Aujourd'hui, les populations qui suscitent l'inquiétude en raison de dégradations de leur santé constituent un « quatrième âge », loin de l'âge du travail, auquel est associée toute une série de problèmes afférents ; traités sous le registre de la « dépendance ».

Décrire l'arrangement de santé à la base de l'activité productive

La bonne santé à l'âge du travail trouve un autre argument dans les fréquences de déclarations de bonne santé chez les actifs en emploi, toujours plus élevées que chez les inactifs ou les chômeurs relevées par diverses enquêtes nationales. Les résultats des enquêtes qualitatives sur la maladie et ses représentations vont dans le même sens. Elles montrent l'étroite articulation que le sens commun organise entre les notions de santé et de travail¹¹. Si les individus peinent à décrire la santé ou la maladie en elles-mêmes, ils orientent en revanche clairement la variété des symptômes qu'ils ressentent en fonction d'une plus ou moins grande aptitude à poursuivre leur activité professionnelle¹². Pouvoir (encore) travailler forme un critère central du jugement de sens commun de la bonne santé ; ne plus pouvoir travailler, le signe de la gravité de l'atteinte subie. En somme, le travail joue comme un étalon de la santé. Nous dirons dans les termes de Georges Canguilhem qu'il en fixe une *normalité*.

Cette scission du « normal et du pathologique » de part et d'autre de l'activité professionnelle n'est pas indifférente aux politiques sociales et aux systèmes de protection sociale qui ont progressivement structuré le régime salarial depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. En dépit de l'effritement en cours¹³ du système assurantiel, ces protections sont encore, et de loin, bien meilleures qu'elles ne le furent jusque dans les années 1970. Le droit aussi a consolidé la position des malades et réduit les menaces qui pesaient sur leur contrat de travail, du moins les a rendues plus difficiles à exercer pour l'employeur¹⁴. Cette gestion collective des droits des salariés leur permet aujourd'hui de se retirer plus ou moins durablement du travail lorsqu'ils rencontrent des difficultés

⁷ La « limite sage de la besogne à imposer », disait F.W. Taylor, 1990, *Organisation du travail et économie des entreprises*, Paris, Editions d'organisation (pp. 382- 385). Pour une traduction française commentée voir : *Ibid.*

⁸ Discours dans lequel on retrouve parfaitement l'une des manifestations du « *healthy worker effect* », déjà signalée: sa variabilité selon le contexte conjoncturel caractérisant le marché du travail. Voir : Shah D., « *Healthy worker effect phenomenon* », *op. cit.*

⁹ La menace d'une épidémie de grippe H1N1 a ainsi suscité des plans d'action nationaux.

¹⁰ Bilans réalisés sur la base des indicateurs de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

¹¹ Herzlich C., 2005, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, 2e édition augmentée (1ère en 1969), Paris, EHESS.

¹² *Ibid.*

¹³ Tabuteau D., 2010, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 1, pp. 85-92..

¹⁴ Cf. notamment l'article L-122-45 du Code du travail qui stipule que le licenciement pour maladie ou handicap n'est possible qu'en cas de trouble du fonctionnement de l'entreprise et sous réserve d'en apporter la preuve solide. Voir Bourgeot S. et Verkindt P.-Y., 2010, « La maladie du salarié au prisme de la distinction de la vie personnelle et de la professionnelle », *Droit social*, 1, pp. 56-64.

de santé sans s'exposer à des risques économiques majeurs ou immédiats et en conservant des droits sur la société. Elle organise ainsi une séparation assez nette entre le travail et des situations de santé dégradées. C'est en ce sens qu'elle contribue à instaurer le travail comme *normalité* de la santé.

Cette normalité instituée peut contribuer à justifier l'absence de suivi spécifique de la santé « au travail ». Ceux qui sont malades ou reconnus « incapables » ne sont pas ou plus au travail. Ils ont aujourd'hui la possibilité de s'exempter pour une durée plus ou moins longue de l'obligation qui nous est faite de travailler pour vivre. Raison pour laquelle Talcott Parsons présentait la maladie et l'incapacité comme des « formes de conduite déviante » que l'expertise médicale doit soigneusement canaliser¹⁵ et dont elle seule peut attester le caractère involontaire. Notons que les conditions dans lesquelles s'organise concrètement cette exemption ne sont plus dans les seules mains des médecins, mais dûment prescrites par la loi *via* des catégories administratives telles qu'*incapacité, inaptitude, maladie*, etc.¹⁶

Bonne santé relative et protections sociales dispensant les plus fragiles de la contrainte du travail expliqueraient ainsi que la santé à l'âge du travail ne soit pas un objet central de préoccupation, devenant donc en quelque sorte un non-problème. Cependant, la littérature qui, depuis plus de trente ans, a accumulé des connaissances sur divers aspects de la relation entre santé et travail fournit de multiples indices contraires qui invitent à une exploration plus précise. Sous des évolutions générales favorables, elle a précisément décrit ce que Cottureau rassemblait en 1983 sous le terme *d'usure au travail*¹⁷. Les grandes enquêtes statistiques sur les conditions de travail et les expositions subies¹⁸ y ont apporté une contribution majeure. La notion *d'exposition à des risques* qui oriente fortement ces enquêtes s'est élargie au fil du temps à des effets potentiellement différés de certaines situations de travail et à de nouveaux types de risques. Les risques « psychosociaux » sont de ceux-là dont quelques drames récents ont montré une face extrême associant des suicides de salariés à certains modes de gestion de la main-d'œuvre¹⁹.

Ces mêmes travaux explorent une série d'effets du travail – effets délétères le plus souvent – sur la santé des travailleurs, dont on observe régulièrement qu'ils sont plus marqués pour les catégories d'exécutants que pour les cadres. Ils témoignent ainsi des fortes disparités qui persistent parmi les travailleurs dont les situations amalgament inégalités de santé et inégalités du travail, conduisant à de considérables écarts d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité selon la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance²⁰. L'étude de la santé au travail contribue ainsi largement au registre plus large de l'analyse des inégalités sociales de santé qui persistent (voire s'accroissent) dans notre pays.

Adoptant un autre point de vue, les chercheurs ont également montré que la mauvaise santé – qu'elle soit ou non d'origine professionnelle – pèse sur l'entrée, le maintien, le retour en activité des personnes ou sur leur aptitude à tenir leur poste. Le risque est gros, en effet, de sortir de l'emploi, quel

¹⁵ Parsons T., 1951, « Chapter X : Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », in *The social system*, London, Routledge & Kegan Paul Ltd, pp. 428-479.

¹⁶ Pour une histoire des deux premières catégories se reporter par exemple à Omnès C. et Bruno A.-S., 2004, *Les mains inutiles : Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Belin.

¹⁷ Cottureau A., 1983, « L'usure au travail : interrogations et refoulements », *Le Mouvement social*, 124, pp. 3-9.

¹⁸ On pense principalement à l'enquête *Conditions de travail* et à l'enquête *Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels* (SUMER) dont les derniers résultats disponibles datent d'enquêtes collectées respectivement en 2005 et 2003.

¹⁹ Voir notamment : *Mesurer les facteurs psychosociaux de risques 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*, 2011, Paris, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité ; et le projet d'enquête régulier sur la question des risques psychosociaux.

²⁰ Cambois E. et Laborde C., 2011, « Mobilité socioprofessionnelle et mortalité en France », *Population*, vol. 66, 2, pp. 373-400 ; Cambois E. et Laborde C. et Robine J.-M., 2008, « La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. », *Population et Sociétés*, 441, pp. 4 et s. ; Sieurin A. et Cambois E. et Robine J.-M., 2011, *Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que dans le passé*.

que soit l'âge, et le fait d'être une femme semble par exemple l'aggraver²¹. Ces travaux rejoignent en partie ceux conduits dans les années 1980 qui pointaient les déficits de l'état de santé des chômeurs par rapport aux actifs en emploi et tentaient de les comprendre. S'agissait-il d'un effet de sélection fondé sur la santé contraignant les plus fragiles à sortir de l'emploi ou des contrecoups du chômage lui-même ? Les travaux sur le thème articulent aujourd'hui les deux sens de cette causalité²².

Considérant les effets de l'avancée en âge qui, souvent, s'accompagne de limitations plus ou moins invalidantes²³, on a également exploré les façons d'accomplir les tâches et les adaptations dont les salariés étaient capables pour peu qu'ils disposent de conditions qui rendent ces adaptations possibles. De là s'est ouverte la réflexion récente sur le caractère soutenable des emplois qui, seul, permettrait de maintenir l'activité professionnelle dans des conditions acceptables. Car, reconnaître la *normalité* du travail pour la santé ne veut pas dire que le partage est net entre les actifs et ceux qui ne le sont pas ou plus, les premiers étant réputés tous bien portants. *Normalité* ne doit pas se confondre avec *uniformité*. Quantité d'actifs en emploi présentent en effet des *anomalies* – étymologiquement, des irrégularités – de santé sans que celles-ci comptent pour autant comme des anormalités.

Les sources d'anomalies peuvent être variées. La littérature sur la relation santé-travail suggère l'usure au travail, le jeu des inégalités sociales ou les effets du vieillissement. On peut également penser à des situations où l'arrêt de travail ne serait pas (complètement) utilisé, des situations où des symptômes éventuellement invalidants ne seraient pas reconnus par l'expertise médicale interdisant de bénéficier des garanties du système de santé. Le « syndrome de fatigue chronique » en donne un exemple²⁴. Les maladies, éventuellement invalidantes, peuvent encore ne pas être déclarées par les personnes. Par ailleurs – et sauf en cas d'« inaptitude » au travail formellement reconnue –, l'arrêt de travail reste provisoire et suppose un retour en emploi après un délai variable selon la maladie et le régime d'assurance auquel on cotise. Cette reprise de l'activité peut s'accompagner de séquelles plus ou moins lourdes et plus ou moins durables. Si le travailleur n'est plus, aux yeux de la loi, ni *malade* ni *inapte*, il lui faut peut-être faire avec d'éventuelles limitations, des obligations administratives ou thérapeutiques qui peuvent s'accommoder difficilement des exigences propres à son activité professionnelle.

Le recul historique des maladies infectieuses et parasitaires et l'entrée dans une ère où les maladies chroniques constituent les nouveaux éléments structurants du « paysage pathologique », sur lesquels Isabelle Baszanger attirait l'attention dès le milieu des années 1980, vont dans ce sens. Ces maladies, installées dans la durée, sans horizon certain de guérison et parfois sans guérison envisageable, créent pour ceux qui en souffrent une situation paradoxale, faite de répétition, de rupture et de continuité tout à la fois, dans une « alternance potentielle crise/non-crise » susceptible d'affecter toutes les dimensions de leur vie sociale (dont le travail)²⁵. Michel Setbon en propose une illustration à propos des personnes atteintes du VIH²⁶. Bref, toutes ces situations productrices d'anomalies nuancent la bonne santé générale que déclarent les actifs en emploi, sans pour autant la remettre en cause ou immédiatement menacer leur aptitude à travailler.

²¹ Voit Jusot F. et Khlat M. et Sermet C., 2006, « Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi », dans *Données sociales. La société française*, Insee, Paris, pp. 533-542. Voir également les différences entre femmes et hommes relevées en cas de cancer : Malavolti L. et Paraponaris A. et Ventelou B., 2008, « La reprise du travail après un diagnostic de cancer : un processus distinct entre hommes et femmes », in *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, Paris, La documentation française, pp. 260-270.

²² Khlat M. et Sermet C., 2004, « La santé des chômeurs en France : revue de littérature », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 52, 5, pp. 466-474.

²³ On fait référence ici aux travaux initiés par le Créapt, voir par exemple : Marquié J.-C. et Paumès D. et Volkoff S., 2000, *Le travail au fil de l'âge*, 2e éd. ; Volkoff S. et Molinier A.-F., 2002, *La démographie du travail pour anticiper le vieillissement*, Anact.

²⁴ Lorient M., 2003, « Faire exister une maladie controversée : les associations de malades du syndrome de fatigue chronique et Internet », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, 4, pp. 6-31.

²⁵ Baszanger I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, 1, pp. 3-27.

²⁶ Setbon M., 2000, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, vol. 41, 1, pp. 61-78.

La littérature a donc identifié quantités d'indices qui laissent penser que la santé à l'âge du travail n'est pas aussi uniformément bonne que le suggère l'examen des données de santé publique. En proposant de décrire les états de santé des personnes à l'âge du travail, nous prenons acte de ces résultats sans volonté, nous y insistons, de réactiver l'idée d'une sélection de la main-d'œuvre sur des critères de santé et dans un souci d'amélioration de la performance économique. Tout au contraire, il s'agit de comprendre plus précisément « l'arrangement de santé » sur lequel repose notre système productif, élargi aux dispositifs de protection sociale et d'indemnisation de la maladie qui caractérisent notre régime salarial. Cet « arrangement » coûte assurément à beaucoup de travailleurs exposés à des risques divers et imparfaitement combattus ; c'est la voie que désignait Alain Cotte-reau. Mais l'arrangement permet aussi ou il permet encore qu'un lien relativement lâche s'établisse entre l'état de santé et la situation de travail ou, disons, que ces deux termes ne s'entre-déterminent pas absolument. Autrement dit, il est (encore) possible de maintenir une activité professionnelle quand la maladie frappe ou qu'elle a laissé des séquelles pénalisantes. Cette fois, c'est l'enjeu du maintien de cet arrangement et la nécessité de le développer qui ressortent mieux de l'analyse. De ce point de vue, on peut aussi appréhender les effets qu'aurait un durcissement des exigences de productivité ou un affaiblissement des sécurités.

Entrer dans le travail par la santé

En conséquence, nous élargissons l'acception qu'il est possible de donner à la notion d'*anomalie* de la santé au travail au-delà de la seule responsabilité qu'y prennent les activités professionnelles. Autrement dit, nous tentons de mesurer tant l'usure au travail que la morbidité générale des personnes à l'âge du travail, que cette morbidité soit le résultat d'une exposition à un risque professionnel ou non. Pour ce faire, nous appréhendons ces anomalies, et plus globalement la santé, dans le lexique et avec les instruments proposés par les enquêtes « santé » et non avec ceux que mettent en œuvre les enquêtes centrées sur les conditions de travail. Nous entrons donc dans le travail « par la santé ». Nous mesurons une santé déclarée par les personnes et non une santé présumée à partir des conditions dans lesquelles se déroule le travail. Soit une option forte de notre recherche qui déroge à la règle des analyses les plus courantes de la santé au travail.

Adoptant cette posture atypique, nous souhaitons prendre la mesure d'une dimension des liens entre santé et travail, difficile à percevoir du seul point de vue de l'usure et qui fait assurément obstacle – c'est du moins notre hypothèse – à l'attention que mériterait la santé (dans sa globalité) de la population au travail, notamment quand les modalités de l'emploi se transforment et que la recherche de performance organisationnelle se fait insistante. On voit en effet combien les deux champs ou domaines qu'articule la thématique santé-travail sont disjoints et communiquent peu l'un avec l'autre, particulièrement du point de vue des enquêtes nationales qui y sont menées. Si le travail, d'un côté, et la santé, de l'autre, forment assurément deux préoccupations publiques d'égale importance et sont à l'origine d'une production pléthorique de mesures et de chiffres, ces dernières restent pour l'essentiel étanches les unes aux autres. Elles sont organisées par des institutions distinctes, pour des visées spécifiques et en appui sur des groupes professionnels très différents²⁷.

Du côté de la santé, priment les questions de santé publique, le suivi des prévalences²⁸ de pathologies et le souci de la prévention qu'il conviendrait de mettre en œuvre pour les réduire avec, on l'a dit, de vives interrogations sur les inégalités sociales de santé qui persistent et dans lesquelles certains aspects du travail s'enrôlent (particulièrement l'emploi et les classifications professionnelles). Du côté du travail, ce n'est pas la santé en tant que telle qui est appréhendée, mais plutôt les traces

²⁷ Nous avons examiné le détail de cette scission pour les dimensions mentales de la santé au travail. Voir : Cavalin C. et Célérier S., 2012, « La santé au travail : mesurer pour comprendre ? L'exemple des dimensions mentales de la santé au travail », in *XIII^e Journées internationales de sociologie du travail*, Bruxelles.

²⁸ Nombre de cas de maladies ou de personnes malades ou de tout autre événement tel qu'un accident rapporté à une population donnée et à un moment précis, sans distinguer les nouveaux cas des anciens.

que sont supposées y laisser certaines dimensions des conditions de travail. Effets directement appréciés pour la santé physique (par des questions sur les poids, sur la fréquence des manipulations de charges, par l'acuité visuelle exigée, etc.) ou indirectement par des modèles importés de l'épidémiologie (Karasek ou Siegrist²⁹) pour des dimensions psychosociales. Les liens santé-travail ne prennent donc pas le même sens selon qu'on les aborde par la santé ou par le travail.

Notre option de recherche modifie donc sensiblement, nous l'avons dit, l'approche usuelle. Elle veut apprécier la santé des personnes à l'âge du travail, non à partir des conditions de travail auxquelles elles sont exposées, mais par des critères utilisés dans les enquêtes de santé publique. Wolff et Tessier ont réalisé en 2005 une première tentative en ce sens appréciant la « qualité de santé » de l'offre de travail en France³⁰. Menée à partir de l'enquête *Emploi du temps* de 1999, leur étude exploite les réponses aux trois questions synthétiques de l'état de santé du « mini-module européen »³¹. Nous poursuivons d'une autre manière ce travail en enrichissant la mesure de la santé proposée par un faisceau d'indicateurs appréciant tant la santé mentale que la santé physique des personnes à l'âge du travail, de même qu'une série de pathologies avérées.

L'exercice est mené ici à partir des données de l'enquête *Événements de vie et santé (EVS)* réalisée auprès de 10 000 personnes en 2005-2006 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Elle est représentative de la population des 18-75 ans résidant en France en ménage ordinaire³². L'objectif de l'enquête vise le recueil d'informations sur la santé des personnes et sur des violences (de diverses natures) qu'elles ont subies et sur diverses difficultés traversées au cours de leur vie. Elle répondait aux attentes exprimées depuis 2002 par l'Organisation mondiale de la santé de voir les États membres se doter de dispositifs d'observation sur ces questions³³ et, dans cette perspective, envisage les violences sous l'angle des questions de santé publique. Son contenu en santé est particulièrement riche et offre une variété d'indicateurs, dont le choix, le potentiel de résultats, en même temps que les limites sont précisément documentés. Elle convenait donc à notre projet même si, comme toute enquête « santé », elle reste assez pauvre en données sur l'emploi des individus et plus encore sur leur travail. Nous avons cependant jugé que les quelques informations dont on dispose suffisent à réaliser ce que nous considérons comme une première étape d'un travail à poursuivre et qui mobilise déjà d'autres bases statistiques³⁴.

Comme tout dispositif statistique, *EVS* enregistre l'état de santé à partir d'un certain nombre de conventions cohérentes avec ses objectifs. Ses données portent également la trace de son mode d'enquête, lui aussi spécifique. Nous verrons par exemple que les maladies chroniques y ont fait l'objet d'une attention soutenue de la part des concepteurs qui ont cherché à en minimiser la sous-

²⁹ Niedhammer I. et David S. et Bugel I. et Chea M., 2001, « Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux au travail dans une cohorte professionnelle », *Travailler*, vol. 5, 1, pp. 23-45 ; Niedhammer I. et Chastang J.-F. et Levy D. et David S. et Degioanni S., 2007, « Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer », *Travailler*, vol. 17, 1, pp. 47-70.

³⁰ Tessier P. et Wolff F.-C., 2005, « Offre de travail et santé en France », *Economie et Prévision*, 2, pp. 17-41.

³¹ Nous aurons l'occasion de revenir sur ce mini-module préconisé dans toutes les enquêtes européennes pour permettre les comparaisons. Notons que, malgré cette préconisation, il n'est pas toujours présent dans les questions et que les questions n'y sont pas toujours libellées exactement dans les mêmes termes... problème récurrent des questionnaires réputés pourtant « standardisés ». Les trois questions concernent : l'appréciation générale et subjective de l'état de santé, les maladies chroniques en cours et les limitations fonctionnelles présentes dans les activités quotidiennes usuelles depuis six mois au moins.

³² Notons que dans le contexte français, l'enquête propose une suite à l'*Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)* réalisée en 2000, bien que les thématiques ne soient pas totalement juxtaposables, ni les populations enquêtées. Dans *EVS*, les hommes sont intégrés en effet et la population de l'enquête devient donc représentative de l'ensemble des 18-75 ans résidant en ménage ordinaire (là où l'ENVEFF couvrirait la population des femmes âgées de 20 à 59 ans).

³³ OMS, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

³⁴ Nous pensons notamment à l'*Enquête santé et protection sociale 2006 (ESPS)* pilotée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, l'*Enquête handicap-santé 2008 (Insee-Drees)*, l'enquête *Santé et itinéraire professionnel (SIP) 2006 (Dares-Drees)*, etc. dont nous avons par ailleurs commencé aussi à exploiter les contenus. Voir par exemple : Cavalin C. et Céliérier S. et Algava E., *La santé des indépendants, un avantage relatif à interpréter*, Noisy-le Grand, Centre d'études de l'emploi, coll. « Document de travail du CEE », 2011.

déclaration habituelle³⁵. L'objectif est atteint avec un nombre de maladies déclarées (et non diagnostiquées³⁶) bien supérieur à ce qui est usuellement compté et on dispose ainsi d'informations très précises, utiles à notre projet. Les résultats de notre investigation, comme ceux à venir à partir d'autres enquêtes, ne se comprennent qu'en rapport à ces conventions et ces modes de collecte. Il ne s'agit pas de, systématiquement, relativiser les résultats produits, mais de veiller à ce que le matériau et le cadre de leur production soient le plus lisibles possible.

Nous avons conçu la présentation des résultats de notre exploitation en deux temps. Le premier : « Approcher le travail par la santé », présente le détail de nos outils, précisant la définition des indicateurs retenus et les grandes options de l'enquête. Ces indicateurs sont également confrontés à leurs équivalents d'autres enquêtes nationales et internationales. Ce premier temps propose encore une première vue d'ensemble des états de santé à l'âge du travail à partir de deux scores agrégés de santé physique et de santé mentale disponibles dans *EVS*, calculés à partir du questionnaire de santé perçue et de qualité de vie SF12-v2. Rapportée aux caractéristiques d'âge, de sexe et d'emploi des enquêtés, cette vue témoigne de l'autonomie relative de la santé et du travail. Autonomie en effet, puisque le temps du travail ne correspond pas terme à terme à la période de meilleure santé déclarée (notamment pour les plus jeunes). Mais autonomie relative, car ces deux périodes de la vie restent très liées. Le travail comme normalité de santé se trouve confirmé de nouveau, les personnes présentant les scores de santé les moins favorables étant tendanciellement moins en emploi que les autres.

Dès cette vue générale, des dissonances apparaissent, y compris parmi les actifs en emploi et pas seulement entre personnes « d'âge actif ». Certains présentent des scores proches de ceux qui caractérisent plutôt les personnes écartées du marché du travail. Surtout, les jeux dissociés de la santé physique et de la santé mentale complexifient l'appréciation de la santé globale. On note que la normalité de santé que constitue le travail s'articule surtout aux dimensions physiques de la santé et moins nettement à ses dimensions mentales. Aussi travaille-t-on bien plus souvent avec des difficultés de nature mentale qu'on ne le fait avec des limitations physiques.

Pour vérifier et affiner ces premiers constats, nous avons cherché à nourrir davantage le contenu que nous pouvons donner aux « situations de santé » de chacun des enquêtés³⁷. Au-delà de leurs scores de santé physique et mentale, nous avons notamment considéré la présence éventuelle de maladie(s) chronique(s) ou de limitations fonctionnelles présentes. L'ensemble de ces variables a été engagé dans une analyse des correspondances multiples (ACM) associée à une classification de type *k-means* répartissant l'ensemble des 18-65 ans de l'enquête entre différents « types » d'états de santé. Les neuf combinaisons obtenues représentent pour nous autant de « situations de santé » appréhendées dans le second temps de ce rapport par grandes zones : zones de « bonne santé », « mauvaise santé » et « santé moyenne ».

La présentation de cette seconde partie poursuit plusieurs objectifs.

Nous souhaitons d'abord décrire chacune des trois zones identifiées le plus précisément possible en termes de santé. Que veut dire être en bonne santé et au travail ? Est-ce une santé sans nuages ou repère-t-on, déjà, quelque ombre au tableau ? Et si oui, de quelle nature ?

³⁵ Dauphinot V. et Naudin F. et Guéguen R. et Perronnin M. et Sermet C., 2006, « Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie », *Questions d'économie de la santé*, 114.

³⁶ Pour un rappel clair et rapide des grandes catégories d'informations recueillies dans les enquêtes santé : modèle subjectif, modèle médical ou biologique (que les données soient déclaratives ou diagnostiquées), modèle fonctionnel et social, voir Devaux M. et Jusot F. et Sermet C. et Tubeuf S., 2008, « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé », *Revue française des Affaires sociales*, vol. 62ème année, 1, pp. 29-47.

³⁷ Ce que permet la source sur laquelle nous travaillons, *EVS*, non seulement riche d'informations sur la santé mais documentée de telle sorte que les indicateurs de santé sont lisibles de manière critique, par exemple pour apprécier leur sensibilité ou leur spécificité en termes de détection de telle ou telle pathologie.

L'analyse de la « mauvaise santé » permet par ailleurs d'examiner le point de passage entre *normalité de santé* et *anormalité* que nous saisissons en fonction de la capacité à se maintenir en emploi. Peut-on identifier un moment où les écarts à la normalité se font trop grands pour poursuivre l'activité professionnelle ? Autrement dit, y a-t-il un point de partage entre travail et non-travail qui correspondrait à un ou des états de santé particuliers – par exemple des limitations majeures et bien identifiables – ou a-t-on au contraire du mal à le situer et à le qualifier du point de vue des caractéristiques de santé ? C'est à une combinaison de ces deux hypothèses que conduit le travail que nous présentons. Si certains individus dont la santé est particulièrement affectée par la maladie ou le handicap semblent souvent, depuis longtemps et définitivement, écartés du travail, les frontières entre travail et non-travail se font plus floues pour des situations nombreuses et moins extrêmes. Certains poursuivent une activité professionnelle avec ou malgré de très lourdes pathologies, tandis que d'autres (du même âge et partageant d'autres caractéristiques spécifiant leurs conditions de vie) l'ont arrêtée.

La santé n'est donc pas strictement prédictive des situations d'emploi et de travail. On touche ici un point central de la réflexion que nous proposons. La santé, en effet, ne s'appréhende pas comme substrat hors de tout contexte. Elle dépend du « milieu » où on l'observe, des exigences de celui-ci et des possibilités qu'il ouvre ou qu'il ferme. Si ce milieu exige par exemple de gros efforts physiques, les personnes déficientes cardiaques ou pulmonaires ne pourront pas s'y mouvoir longtemps. Placées dans un contexte moins exigeant physiquement, elles subiraient moins ou plus du tout les effets de leurs pathologies. On raconte ainsi qu'en apesanteur, les personnes dont le sang ne coagule pas seraient « supérieures » à celles dont l'organisme arrête les hémorragies. L'hémophilie, si invalidante sur la terre, se retourne ainsi en avantage, sans pour autant avoir changé de définition³⁸.

La maladie, dit Canguilhem, qu'elle soit reconnue ou non comme telle, augmente la sensibilité aux « infidélités du milieu »³⁹, tandis que la bonne santé les tolère. Mais le rapport de la santé au milieu ne s'arrête pas au jeu croisé des contraintes de la maladie et des exigences du milieu matériellement défini ou circonscrit, notamment dans notre société où travail et santé développent des dimensions institutionnelles multiples. Parmi les possibilités qui sont offertes ou refusées, comptent aujourd'hui les indemnités auxquelles les travailleurs peuvent prétendre, les conséquences pour les suites de la carrière, les droits que l'on peut ou non faire valoir, etc.

De ce point de vue, l'appréciation de la santé en rapport avec le travail ouvre des perspectives particulièrement intéressantes dans lesquelles santé et travail sont tous deux également pensés comme le produit de relations sociales et institutionnelles. Dans les sociétés salariales qui sont les nôtres, en effet, le milieu dans lequel la santé s'apprécie est imprégné des multiples dimensions du travail. Dimensions qui débordent donc la seule réalisation concrète des tâches. On y trouve l'organisation du travail et les rôles des collectifs variés qui s'y articulent, mais aussi les conditions réglementaires qui encadrent le travail et celles qui encadrent tout aussi précisément l'état de santé (maladie reconnue, règles d'exemption du travail, incapacité, etc.), le système assurantiel auquel on peut accéder, etc., comme nous venons de le dire. Il n'est pas équivalent de souffrir d'une tendinite dont l'origine professionnelle a été reconnue ou d'une tendinite similaire sans lien avec le travail.

L'indemnisation, le retour à l'emploi et les aménagements auxquels on peut prétendre sont très différents. Le statut d'emploi joue également, notamment par le régime assurantiel auquel il donne droit. Il n'est ainsi pas équivalent du point de vue de la santé d'être salarié ou d'être indépendant⁴⁰.

³⁸ Rapporté dans : Dagognet F., *Georges Canguilhem*, 1997, *Philosophie de la vie*, Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond.

³⁹ Canguilhem G., 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.

⁴⁰ Algava E. et Cavalin C. et Célièrier S., 2011, *La santé des indépendants : un avantage relatif à interpréter*, Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi, Document de travail, n° 150, octobre.

Une conclusion générale reprendra les principaux enseignements que nous retirons de cette recherche en lien avec des résultats produits par la littérature directement engagée sur le sujet ou sur un sujet proche.

Partie 1

APPROCHER LE TRAVAIL PAR LA SANTÉ

Comme toute enquête statistique, *Événements de vie et santé (EVS)* n'appréhende pas la santé « en général ». Elle la définit, à proprement parler, et lui fixe un périmètre par les outils dont elle se dote et qu'elle met en œuvre, le contenu de son questionnaire et sa méthode de collecte. Les résultats produits – s'ils sont représentatifs de l'ensemble des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire et s'ils se conforment aux exigences du travail statistique – conservent cependant trace des grandes options de l'enquête et des instruments de mesure retenus.

Le premier point de cette première partie revient donc sur les options et les instruments mobilisés par l'enquête *Événements de vie et santé*. Le deuxième point explore les liens qu'il est possible de globalement établir entre santé et travail en les comparant à d'autres sources et à d'autres pays. De cette exploration, nous déduisons le périmètre de « l'âge du travail » dans notre pays, c'est-à-dire la population sur laquelle l'analyse sera conduite. Le dernier point affine les premiers résultats obtenus sur les liens santé-travail à partir des scores agrégés de santé physique et de santé mentale disponibles dans l'enquête. L'exploitation de ces deux scores argumente et développe les aspects normatifs de la santé. On y voit le rôle central qu'y joue l'activité professionnelle, de même que la santé physique avant la santé mentale, et les écarts (nombreux) à la norme de santé, y compris chez les actifs en emploi.

1. LA SANTÉ DANS L'ENQUÊTE *ÉVÉNEMENTS DE VIE ET SANTÉ* (DREES, 2005-2006)

1.1. Une santé déclarée

L'enquête *EVS* appréhende la morbidité et plus largement diverses caractéristiques de l'état de santé⁴¹ à partir de l'auto-évaluation qu'en produisent les personnes interrogées. Il n'y a donc, dans cette enquête, aucun diagnostic ni mesure fonctionnelle « objective » réalisée par un tiers⁴², tel un médecin par exemple. La plupart des grandes enquêtes statistiques réalisées en population générale procèdent ainsi. Pour l'essentiel, elles s'appuient sur les déclarations des personnes en y adjoignant parfois des examens ou analyses « objectifs » ou à visée diagnostique (questionnaire rempli par un médecin chargé d'examiner la personne, mesure de la taille, du poids, de la force de préhension, analyses sanguines...)⁴³.

Cette option fondamentale ne fragilise pas les résultats obtenus, de nombreux travaux témoignant du grand intérêt que présentent certaines déclarations des personnes sur leur propre santé. Ces derniers montrent notamment que les déclarations sont convergentes avec des mesures plus « objectives » telles que la morbidité ou même la mortalité prédictives⁴⁴, mesures « objectives » soumises elles-

⁴¹ Telles que : qualité de vie, santé perçue, limitations fonctionnelles, santé mentale traitée sous divers angles.

⁴² Cases C. et Jouglé E. et Danet S., 2008, « Indicateurs synthétiques de santé », *Adsp*, 64, pp. 5-10 ; Devaux M. et al., « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé », *op. cit.*

⁴³ Une telle objectivation de l'état de santé des personnes par le dispositif même des enquêtes est relativement rare mais peut être recherchée, au moins sur des aspects particuliers qu'un enquêteur souhaite approfondir : exemple des analyses de prélèvements réalisés dans le cadre de l'enquête CSF (Contexte de la sexualité en France, 2005-2006, Ined-Inserm) pour établir la prévalence en population générale de l'infection à *chlamydiae*, maladie asymptomatique et donc méconnue et sous-déclarée par ceux qui en souffrent ; exemple de l'usage du dynamomètre utilisé par les enquêteurs de l'Insee pour mesurer la force de préhension des enquêtés de la première vague de l'enquête *SHARE* (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*, Insee-Irdes, 2004-2005).

⁴⁴ En matière de déclarations de santé perçue en particulier, voir : Miilunpalo S. et Oja P. et Pasanin M. et Urponen h, 1997, « Self-rated Health Status as a Health Measure. The predictive value of self-reported Health Status on Use of Physician Services and on mortality in the Working Age Population », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 50, 5, pp. 517-528. Erdogan-Ciftci E. et Van Doorslaer E. et Bago d'Uva T. et Van Lenthe F., 2010, « Do self-perceived health changes predict longevity ? », *Social Science &*

mêmes à des variations du jugement des spécialistes (ici, les médecins), notamment à travers les discussions sur la catégorisation des pathologies⁴⁵. Autrement dit, l'expérience des enquêtes statistiques de santé et la littérature méthodologique qui les accompagne garantissent la validité de tel ou tel questionnaire.

Par ailleurs, l'enquête EVS dispose d'une telle richesse d'informations sur la santé qu'il est la plupart du temps possible de contrôler la cohérence des réponses et, d'une certaine façon, de valider les résultats par une estimation de leur cohérence interne. C'est là notamment le résultat d'une option générale de l'enquête qui a cherché, chaque fois que cela était possible, à recouper ou à compléter les déclarations de santé les unes par les autres. L'interrogation portant sur les maladies chroniques⁴⁶ en particulier procède d'une manière très spécifique. L'objectif poursuivi était d'éviter leur sous-déclaration, bien connue dans les enquêtes de santé⁴⁷ (voir encadré 1).

Encadré 1 : Un relevé minutieux des maladies chroniques dans EVS

La sous-déclaration des maladies chroniques est attribuable à de multiples causes : refus de dire et sentiment de honte, refus pour soi-même de reconnaître une pathologie (obésité, par exemple), méconnaissance le plus souvent (maladies qui sont ou peuvent être asymptomatiques telles que l'infection à *chlamydiae*, le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, etc.), difficulté à comprendre la caractéristique de « chronicité », telle que l'entend la médecine (le cancer est par exemple une maladie chronique, ce qui ne coule pas de source dans le sens commun), etc. Une forme de questionnement et un mode de passation particuliers ont été mis en œuvre pour surmonter ce type d'obstacles.

Après avoir répondu à la question usuelle : « Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies chroniques ? Une maladie chronique est une maladie qui dure (ou durera) longtemps ou qui revient (ou reviendra) régulièrement », les enquêtés d'EVS ont été relancés par la question : « À part cette (ces) maladie(s) chronique(s), avez-vous actuellement d'autres maladies ou problèmes de santé ? », s'ils en avaient déclaré au moins une précédemment, ou par la question : « Mais avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies ou des problèmes de santé ? », s'ils avaient rapporté en premier lieu ne souffrir d'aucune maladie chronique.

Dans les deux cas (question « *princeps* » et question de relance, sous ses deux formes), les enquêtés ont été guidés par les enquêteurs pour répondre en s'appuyant sur une carte de réponse comportant cinquante-huit modalités⁴⁸, toutes orientées vers la détection de pathologies chroniques. Le protocole, insistant, consiste à désigner d'abord explicitement les pathologies comme « chroniques » dans la première question, puis ne parle plus, dans la question de relance, que de « maladies ou problèmes de santé », tout en proposant la même liste de réponses précodées (et donc en recherchant bien, à nouveau, à repérer des maladies chroniques... mais sans le dire !). Lorsqu'il est ici question de maladies chroniques déclarées, les réponses prises en compte sont par conséquent saisies à l'une ou l'autre des occurrences du questionnaire. Cette acception élargie des maladies chroniques et l'attention portée à leur recueil concourent, sans surprise, à l'enregistrement d'une prévalence des maladies chroniques déclarées dans EVS supérieure aux résultats d'autres enquêtes.

Medicine, 71, pp. 1981-1988 ; DeSalvo K.B. et Fan V.S. et McDonnell M.B. et Finh S.D., « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, vol. 40, 4, August, pp. 1234-1246.

⁴⁵ Voir par exemple : Prescrire, 2010, « DSM-V : au fou ! (éditorial) », *Prescrire*, vol. 30, 323, pp. 699 et s..

⁴⁶ Dont le libellé exact est : « Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies chroniques ? Une maladie chronique est une maladie qui dure ou durera qui revient ou reviendra régulièrement ». Notons que la même question, qui constitue la première du mini-module européen de santé largement diffusé dans les enquêtes européennes et (à quelques nuances près) dans les enquêtes réalisées aussi hors d'Europe, était soumise aux enquêtés de l'*Enquête décennale Santé 2002-2003* (Insee-Drees) mais la définition de la chronicité était lue « en option » par les enquêteurs lorsque les enquêtés hésitaient à répondre. Dans EVS, la référence à la chronicité est systématique. Voir Beck F. et Cavalin C. et Maillochon F., 2010, *Violences et santé en France. Etat des lieux*, Paris, La documentation française.

⁴⁷ Dauphinot V. et al., «Ecart entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie», *op. cit.*

⁴⁸ Une réponse « non, aucune maladie, aucun problème de santé » et 57 autres réponses possibles, désignant autant de types de maladies calées sur les grandes lignes de la classification internationale des maladies (CIM10, OMS) et telles que les présente aussi l'*enquête Santé et protection sociale* de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (enquête ESPS, Irdes), référence en matière d'analyse statistique des maladies chroniques en France. Difficile passation d'une question ouvrant sur 58 réponses possibles ! Pour cette raison, un moment particulier de la formation des enquêteurs y a été consacré, de même que des consignes précises rassemblées dans le « cahier d'instructions » qu'ils ont reçu pour réaliser l'enquête. Une technique d'aide à la réponse leur a été proposée, de façon à rendre la passation le plus rapide possible tout en conservant l'efficacité attendue.

Le protocole de collecte a permis d'établir que 71 % des personnes âgées de 18 à 65 ans déclarent avoir au moins une maladie chronique actuellement, là où le dernier rapport en date sur l'état de santé des Français évalue cette part à quelque 34 %⁴⁹. Parmi les personnes recensées, on trouve de nombreux cas des plus fréquentes pathologies oculaires (myopie, presbytie, hypermétropie... : 22 % des 18-65 ans) qui auraient très certainement été omises si l'enquêteur n'avait suivi le protocole. Ces pathologies ne posent, sauf exception, pas de problème de limitation ou n'entraînent pas de souffrance particulière puisqu'elles sont couramment corrigées par le port de lunettes⁵⁰.

1.2. Une notion de santé composite

Un autre parti pris d'*EVS* a été de ne pas réduire la santé à ses dimensions physiques, mais de l'ouvrir à ses aspects mentaux, fonctionnels et sociaux ainsi qu'au recours aux soins des personnes dans les douze mois précédant l'enquête. La santé mentale fait l'objet d'une attention particulière et est abordée à plusieurs occasions dans le questionnaire : par la déclaration de maladies chroniques guidée que nous venons d'expliquer, par le repérage de pathologies mentales tels les épisodes dépressifs majeurs, le trouble anxieux généralisé et trois autres types de troubles anxieux spécifiques (*via* le *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*), par des questions portant sur diverses formes de troubles du sommeil, par le calcul enfin d'un score agrégé de santé mentale (*via* le questionnaire standardisé de qualité de vie SF12-v2).

Notons qu'*EVS* a en outre repris un certain nombre d'indicateurs de santé usuels au premier rang desquels le mini-module européen, du moins une version proche de ce module⁵¹, qui interroge sur l'état de santé perçu par les personnes, la présence d'une maladie chronique et d'éventuelles limitations fonctionnelles « dans les activités que les gens font habituellement » et qui durent depuis plus de six mois. La recherche d'une bonne cohérence interne des données dont il a été question plus haut n'exclut donc pas, évidemment, qu'il existe aussi des moyens de confronter la source *EVS* à des résultats produits par d'autres sources, comme on vient d'ailleurs de le voir à propos des maladies chroniques. Le souci de cette bonne comparabilité externe a également guidé la conception de l'enquête, tant par rapport aux enquêtes portant sur la santé, en France ou en Europe, que par rapport aux rares enquêtes concernant les violences précédemment réalisées en France.

Les instruments de mesure disponibles dans l'enquête

Qualité de vie-santé perçue : le SF12-v2⁵², dérivé du SF-36 utilisé depuis plus de quarante ans, notamment dans de nombreuses enquêtes Santé⁵³, permet d'explorer huit dimensions de la santé : l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, les douleurs physiques, la vie et les relations avec les autres, la santé psychique, les limitations dues à l'état psychique, la

⁴⁹ Drees, 2010, *L'état de santé de la population. rapport 2009-2010*, Paris, La documentation Française, "Bibliothèque des rapports publics", pourcentage établi à partir de l'*Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC*, Insee-Eurostat, 2007 concernant la population des 15 ans et plus en ménage ordinaire, plus large que celle d'*EVS*. Cette enquête européenne n'est pas centralement préoccupée par des raisons de santé et adopte donc un protocole de collecte beaucoup plus « léger » : l'écart de résultats s'explique très logiquement, de part et d'autre.

⁵⁰ Nous tenons compte de l'abondance des maladies déclarées dans l'enquête en isolant (voir « Variables de l'ACM » dans la partie II du rapport) les personnes qui présentent au moins deux maladies chroniques hors troubles « bénins » de la vue du reste de la population. Elles représentent 42 % des 18-65 ans. L'avantage de disposer de déclarations si « appuyées » des maladies chroniques est également, en creux, de pouvoir accorder un crédit important aux déclarations des personnes qui se déclarent exemptes de toute pathologie : même avec un mode de recueil insistant, elles n'ont signalé aucune maladie chronique. Elles peuvent certes en dissimuler sciemment certaines ou surtout en ignorer d'autres, mais il est presque certain que ces individus sont ceux parmi lesquels un examen diagnostique trouverait aussi le plus grand nombre de sujets « sains ».

⁵¹ Raisons liées à la passation du SF-12v2, dont les modalités de réponse à la première question ne sont pas exactement conformes à la version « canonique » du mini-module européen de santé.

⁵² Parmi les autres instruments de mesure connus dans le même domaine, citons le Profil de Duke, le Whoqol ou l'EuroQol.

⁵³ L'enquête décennale 2003 ou *HSM* 2008 intègrent le SF636. *HSM* a également intégré le calcul des scores du SF-12v2 en 2008, à partir des réponses données en mode auto-administré au SF-36 par les enquêtés âgés de 15 ans et plus.

vitalité et la santé perçue. Les questions sont posées en face à face et regroupées par grands thèmes. Par calcul de sommes pondérées des réponses⁵⁴, le SF12-v2 produit notamment un *score agrégé de santé physique*, un *score agrégé de santé psychique*, l'un et l'autre sur une échelle allant de 0 à 100.

Construits en prenant en compte les huit dimensions incluses dans le SF-12v2 comme nous l'avons expliqué ci-dessus, les scores sont construits comme des variables normées-centrées (moyenne=50, écart-type=10), calculées à partir des moyennes relevées parmi les répondants à l'enquête EVS (et non en s'appuyant sur les moyennes constatées sur des populations américaines) et des pondérations appliquées aux populations américaines. Celles-ci ont été considérées comme transposables à des répondants français au vu de l'usage du SF-36 et des conclusions tirées des contacts pris à ce sujet avec les concepteurs américains du questionnaire.

À titre d'illustration, nous mentionnons ci-dessous trois des questions du SF12-v2 avec leurs modalités de réponse.

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules : oui, beaucoup limité(e), oui, un peu limité(e), Non, pas du tout limité (e)

Monter plusieurs étages par l'escalier : oui, beaucoup limité(e), oui, un peu limité(e), Non, pas du tout limité (e)

Au cours de ces quatre dernières semaines et en raison de votre ETAT PHYSIQUE, y a-t-il eu des moments où, dans votre travail ou vos activités habituelles.

Vous avez accompli moins de choses que vous auriez souhaitées ? En permanence, une bonne partie du temps, de temps en temps, rarement, Jamais.

Modules du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) consacrés au repérage des *épisodes dépressifs majeurs* et du *trouble anxieux généralisé* calés sur les critères diagnostiques du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual – Revision 4*, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux qui appuie la construction normée des catégories de pathologies mentales). Compte tenu des objectifs généraux de l'enquête, il semblait important d'identifier le plus sûrement possible les symptômes de ces deux pathologies spécifiques et graves en évitant d'enregistrer de vagues états d'humeur dépressive ou d'anxiété. Les personnes repérées comme « positives » à propos de ces deux pathologies peuvent être considérées comme très proches d'états qu'un diagnostic médical (en référence aux critères du DSM-IV) qualifierait de la même manière.

L'utilisation de trois questions-filtres du *MINI* permet également de repérer (mais avec moins d'exigence en termes de spécificité des pathologies, étant donné que l'intégralité du module n'est pas déroulée) *les troubles paniques, l'agoraphobie et la phobie sociale*.

Tests de consommation d'alcool (DETA et AUDIT) et de drogues illicites (cannabis et autres substances) : les questions portant sur ces sujets ont été intégrées au module auto-administré par ordinateur⁵⁵. Les questionnaires standardisés portant sur ces sujets sont utilisés par d'autres

⁵⁴ Chacune des huit dimensions possède un poids spécifique, différent dans le calcul du score agrégé de santé mentale et dans celui du score agrégé de santé physique, déterminé par les travaux de validation des outils SF-36 et SF-12 réalisés par leurs concepteurs américains et, nationalement, par les équipes chargées de traduire et valider à leur tour le questionnaire dans un contexte national donné. Voir à ce sujet les modalités de construction et d'utilisation des instruments que mettent en œuvre les questionnaires SF-36 et SF-12v2 : Leplège Alain, Écosse Emmanuel, Pouchot Jacques, Coste Joël, Perneger Thomas, 2001, *Le Questionnaire MOS SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*, Paris, éditions Estem, 158 p. Et : Ware John E., Kosinski Mark, Turner-Bowker Diane M., Gandek Barbara, 2005, *How to score Version 2 of the SF-12® Health Survey*, Lincoln, QualityMetricIncorporated, Boston, Health Assessment Lab, 267 p.

⁵⁵ Compte tenu du caractère « sensible » de certaines questions de cette enquête portant sur la violence subie, les personnes répondaient au questionnaire auto-administré sur ordinateur et seules, en présence de l'enquêteur qui pouvait répondre à

enquêtes à l'étranger et, en France, inclus dans des questionnaires tels que ceux du Baromètre santé (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, INPES), des enquêtes réalisées par l'Office français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et de diverses enquêtes s'adressant aux plus jeunes (enquête européenne *ESPAD* ou enquête *ESCAPAD*, par exemple).

Le mini-module européen (*Mini European Health Module, MEHM*) :

La santé perçue (Excellente/très bonne/bonne/médiocre/mauvaise)⁵⁶

Les maladies chroniques déclarées (sur la base d'une liste organisée de maladies et une question de contrôle⁵⁷)

Les limitations ou les handicaps déclarés présents et passés.

La question qui interroge la présence ou l'absence de limitations dues à la santé n'appelle pas de remarque particulière : elle est formulée dans les termes habituels, « standards » (« *Actuellement, êtes-vous limité-e depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?* ») et est simplement suivie d'une question (non mobilisée ici) permettant de connaître l'ancienneté du problème de limitation, lorsqu'il y en a un.

Les recours aux soins :

Consommations médicales des douze derniers mois : consultations auprès de généralistes ou de spécialistes, consommation de médicaments anti-douleur, d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et d'hypnotiques sur la base d'une liste organisée de médicaments présentée aux répondant-es⁵⁸.

Hospitalisations, recours aux urgences, arrêts de travail et incapacités temporaires de travail.

Divers événements en rapport avec la traumatologie sur les douze derniers mois (entorses, fractures, plaies ouvertes).

La qualité du sommeil :

Le questionnaire d'*EVS* intègre aussi un ensemble de questions portant sur la qualité du sommeil, en distinguant plusieurs manifestations spécifiques des troubles du sommeil (réveils trop précoces et impossibilité de se rendormir, difficultés à s'endormir, difficultés à dormir « à cause de ses soucis »...). Sans que cet ensemble de questions constitue un questionnaire standardisé de santé qui, à ce titre, permettrait de calculer un score ou un indicateur « normé », les questions sont empruntées à un tel questionnaire, le *Nottingham Health Profile (NHP)*. Le *NHP* est un questionnaire de santé perçue explorant les dimensions émotionnelle, physique et sociale de la santé, utilisé par exemple dans le questionnaire de la cohorte *GAZEL* suivie par l'Inserm auprès des salariés d'EDF-GDF.

Si les réponses données au mini-module européen de santé révèlent un bon état de santé pour les 18-65 ans, plus jeunes en moyenne que l'ensemble de la population adulte, le tableau 1 montre cependant que les variables « limitations actuelles » et « deux maladies chroniques ou plus, hors troubles « bénins » de la vue » permettent de mettre en évidence la fréquence relativement élevée de certains problèmes de santé.

d'éventuelles questions « techniques » sur le questionnaire ou le maniement de l'ordinateur mais qui n'avait (ni pendant ni après) accès aux réponses données.

⁵⁶ Modalités de réponse non exactement « standards », comme dit plus haut (très bonne/bonne/assez bonne/mauvaise/très mauvaise), car c'est ici la première question du SF-12v2 qui fait office de première question du *MEHM* et ses modalités de réponse déplacent le jugement de la santé « vers le haut », *i.e.* vers une appréciation subjectivement meilleure de son propre état de santé.

⁵⁷ Voir précision sur ce point ci-dessus.

⁵⁸ Protocole de collecte là encore particulier visant à minimiser les sous-déclarations et à maximiser la précision de celles-ci quant au classement – connu comme très difficile pour les profanes, même consommateurs de ces produits – des substances entre ces grandes classes de médicaments.

Tableau 1 : Caractéristiques des 18-65 ans et les 18-75 ans en matière de maladies chroniques actuelles déclarées et de limitations fonctionnelles

Avoir actuellement au moins deux maladies chroniques (hors troubles de la vue)		Être limité-e depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé	
18-65 ans	18-75 ans	18-65 ans	18-75 ans
Oui 42 %	46 %	Oui 21 %	24 %
Non 58 %	54 %	Non 79 %	76 %

2. PREMIÈRE APPROCHE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Nous mobilisons deux indicateurs de santé de l'enquête *EVS* qui permettent d'appréhender largement l'état de santé de la population enquêtée :

- d'une part, l'appréciation générale que les enquêtés portent sur leur état de santé, indicateur très couramment utilisé dans les analyses, car il est le plus souvent présent dans les enquêtes menées sur la santé en France et en Europe⁵⁹.
- d'autre part, les deux scores synthétiques produits par le SF12-v2 : l'un de santé physique, l'autre de santé psychique⁶⁰.

Ces données sont représentées par le graphique 1, distinguées par classe d'âge et selon le sexe⁶¹. On y adjoint les taux d'activité moyens par classe d'âge, également distingués selon le sexe des personnes⁶². Première observation, l'histogramme des moyennes de déclaration de bonne santé par sexe et tranche d'âge dessine clairement une pente descendante de la première classe d'âge à la dernière, de 30 points pour les hommes et de 35 pour les femmes. Les scores moyens de santé physique suivent la même tendance dans un mouvement synchrone avec respectivement une baisse de 13,6 et 17,6 points. Les personnes se déclarent donc moins souvent en bonne santé lorsqu'elles sont plus âgées, ce que conforte l'évolution de leurs scores moyens de santé physique. On retrouve là des résultats bien connus de la littérature⁶³. Le rapport 2009-2010 sur l'état de santé des Français observe ainsi, par exemple, la montée régulière des problèmes de santé au fil de l'âge. Les 1,2 million de nouvelles affections de longue durée (ALD) prises en charge par les trois principales caisses d'assurance-maladie (CNAMTS, RSI, MSA⁶⁴) 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 psychiatriques⁶⁵.

Il en va autrement pour la santé mentale dont les scores moyens à 18-24 ans et à 70-75 ans sont très proches, notamment grâce à une amélioration des valeurs à partir de 50 ans pour les deux sexes. Amé-

⁵⁹ Opinion subjective sur sa propre santé qui équivaut à la première question du mini-module européen avec ici, rappelons-le, les modalités suivantes (telles que libellées dans la première question du SF-12v2) : « Excellente » / « très bonne » / « bonne » / « médiocre » / « très mauvaise », au lieu de : « très bonne » / « bonne » / « assez bonne » / « mauvaise » / « très mauvaise » pour la première question « standard » du *MEHM*. D'où la prudence nécessaire dans la lecture comparée des résultats avec d'autres sources : voir plus loin données d'*EVS* versus celles de l'enquête *HSM*.

⁶⁰ Également disponibles à partir de l'auto-questionnaire de l'enquête *HSM* 2008. Voir plus bas.

⁶¹ Le graphique représente la part des personnes jugeant leur état de santé excellent, très bon ou bon (trois premières modalités de réponse).

⁶² Gris pour les hommes et noir pour les femmes sur le graphique.

⁶³ Devaux M. *et al.*, "Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé", *op. cit.* ; Drees, *L'état de santé de la population. rapport 2009-2010, op. cit.*

⁶⁴ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Régime social des indépendants, Mutualité sociale agricole.

⁶⁵ Drees, *L'état de santé de la population. rapport 2009-2010, op. cit.*

lioration d'autant plus notable qu'elle correspond au moment où les scores agrégés de santé physique commencent à chuter nettement. De fait, et pour les deux sexes, les courbes des scores de santé physique et de santé mentale tracent une forme en ciseaux dont les couteaux se croisent dans la tranche des 45-49 ans. Dès cette première caractérisation, ressortent donc à la fois les affinités au fil de l'âge entre déclaration de bonne santé et santé physique des personnes et les mouvements dissemblables de la santé physique et de la santé mentale, du moins telle qu'appréciée par les scores du SF12-v2.

Le graphique 1 retrouve également les différences connues en matière de santé entre les hommes et les femmes bien que de façon moins nette que ne l'observe en général la littérature sur le sujet⁶⁶. Ces différences sont ici insignifiantes entre 25 et 29 ans et les femmes se déclarent en meilleure santé que les hommes de 30 à 39 ans⁶⁷. Dans cette dernière tranche d'âge, leur score moyen de santé physique est même supérieur à celui des hommes (53,2, contre 52,6). La différence semble ici surtout porter sur les liens de l'âge à la santé. Les déclarations de bonne santé des femmes décrivent en effet trois grands paliers bien distincts à 40-44 ans, 50-54 ans et 70-75 ans, tandis que la baisse des scores enregistrés par les hommes se fait plus progressive. Pour la santé mentale en revanche, les scores des femmes restent inférieurs à ceux des hommes quel que soit l'âge.

2.1. L'autonomie relative du travail et de la santé

La prise en compte à présent des taux d'activité moyens par tranche d'âge rapportés aux indicateurs de santé (graphique 1) témoigne de l'autonomie relative des dimensions du travail et de la santé dans la vie des individus. Autonomie en effet, car la période que les individus consacrent au travail et celle où ils apprécient le plus favorablement leur état de santé ne coïncident pas terme à terme. Les plus jeunes se déclarent plus que les autres en bonne santé, mais ne sont pas (encore) au travail. Plus tard, à l'âge où la participation à l'activité productive se réduit, les déclarations de santé ne se dégradent pas subitement. Jusqu'à 70 ans, les trois quarts des personnes interrogées se déclarent toujours en bonne santé. Il y a donc une vie avant et après le travail.

Autrement dit, l'amélioration des conditions sanitaires qui a permis d'allonger la période de la vie consacrée au travail⁶⁸ concerne aujourd'hui d'autres périodes. Les dernières estimations démographiques annoncent ainsi une espérance de vie à 60 ans de 22,4 ans pour les hommes et de 27,2 ans pour les femmes⁶⁹, témoignant de l'ouverture de nouveaux âges sans travail et en relativement bonne santé physique⁷⁰. Cela ne veut pas dire que l'influence du travail sur l'ensemble de la vie diminue pour autant. Les plus jeunes s'y préparent et il conditionne une grande part des retraites des plus âgés, sans compter les diverses formes de travail que ces derniers assurent pour leurs proches et au-delà⁷¹.

⁶⁶ Voir à ce sujet : Montaut A., 2010, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008, *Études et résultats*, 717.

⁶⁷ Sur une si courte tranche d'âge, impossible d'en tirer des conclusions très puissantes, faute d'effectifs suffisants. Toutefois, que les écarts de santé sur les indicateurs de santé déclarée soient beaucoup moins marqués entre hommes et femmes à l'âge du travail se trouve confirmé par ailleurs et apporte une nuance à ce constat généralement établi tous âges confondus. Voir à ce sujet : Algava E. et al., *La santé des indépendants : un avantage relatif à interpréter*, op. cit.

⁶⁸ Allongement que Pierre Naville a été un des premiers à mettre en évidence dans les années 1970 (Naville P., 1972, *Temps et technique : Structures de la vie de travail*, Paris, Droz).

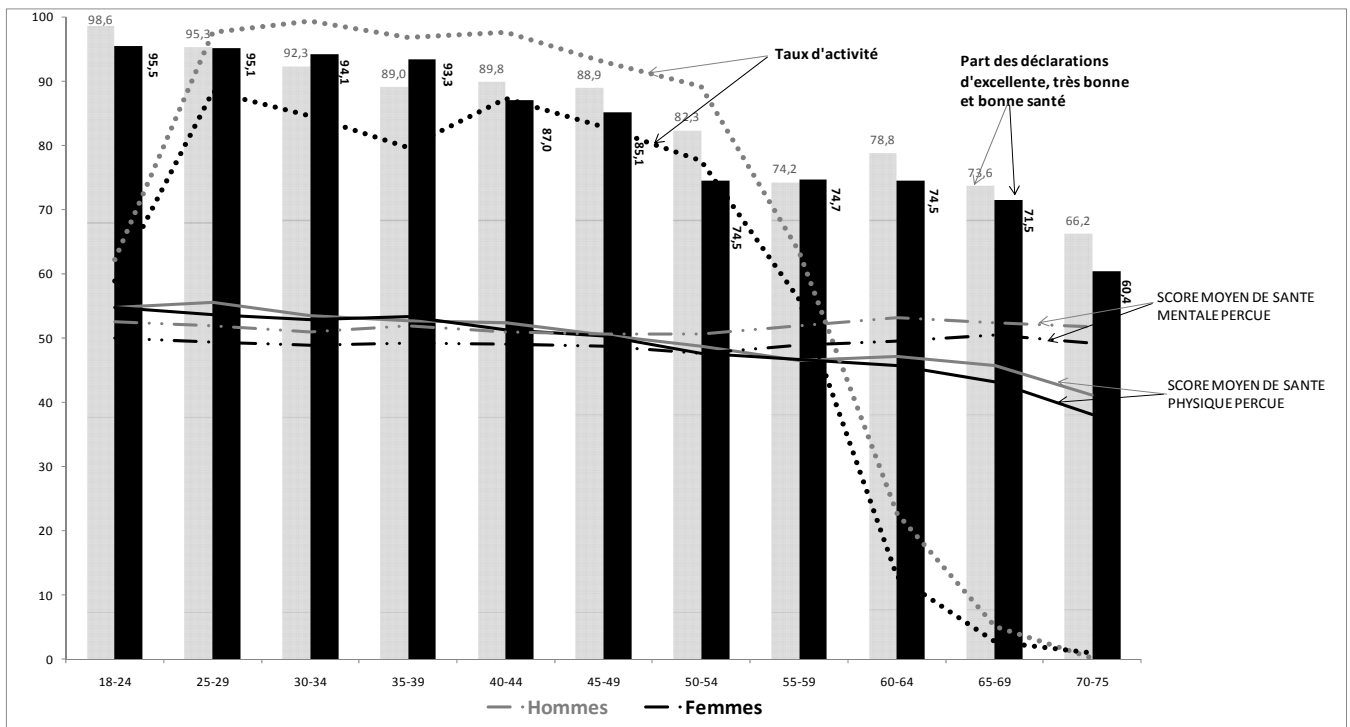
⁶⁹ Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil, 2011. Voir aussi les travaux sur l'espérance de vie sans incapacité : Sieurin A. et Cambois E. et Robine J.-M., 2011, *Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que dans le passé*.

⁷⁰ À noter, parmi les différences importantes entre hommes et femmes sur ce point : les femmes ayant une espérance de vie plus longue, elles sont plus exposées aux incapacités liées aux grands âges. Mais même à âge égal, elles sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à subir des limitations. Elles vivent donc en moyenne plus longtemps que les hommes mais vivent aussi plus longtemps en étant confrontées à des incapacités. Danet S. et Olier L., 2009, *La santé des femmes en France*, Paris, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, coll. « Etudes et statistiques ». Saurel-Cubizolles M.-J. et Blondel B., 1996, *La santé des femmes*, Paris, Flammarion.

⁷¹ Friot B., 2010, *L'enjeu des retraites*, La Dispute.

Cette autonomie entre travail et santé reste relative cependant, il faut y insister. D'une part, le travail – saisi ici par les taux d'activité⁷² – s'exerce dans les périodes de la vie où la santé s'apprécie le plus favorablement, particulièrement pour ce qui concerne la santé physique. Par ailleurs, le taux d'activité, le jugement de santé et le score de santé physique s'engagent dans un mouvement semblable de baisse à partir de 55 ans. Plus exactement, le taux d'activité rejoint un mouvement de baisse que les indicateurs de santé amorcent dès l'âge de quarante ans.

Graphique 1 : Taux de déclaration de bonne santé*, scores SF12-V2 moyens et taux d'activité par tranche d'âge



Source : enquête : EVS, Drees, 2005-2006.

Champ : personnes résidant en France en ménage ordinaire de 18 à 75 ans, n = 9953.

Lecture : 98,6 % des hommes âgés de 18 à 24 ans résidant en ménage ordinaire déclarent présenter un état de santé excellent, très bon ou bon. C'est le cas de 95,5 % des femmes dans la même tranche d'âge.

Le graphique 1 permet enfin de fixer les bornes de la période de travail que nous cherchons à caractériser du point de vue de la santé. On y voit que l'activité professionnelle devient exceptionnelle à partir de 65 ans, de façon cohérente avec l'âge légal de la retraite légale à 60 ans en 2006. On note également que le taux d'activité atteint ses plus hauts niveaux entre 25 et 55 ans. Soulignons enfin, et sans suggérer une corrélation trop ferme, la synchronie de la chute brutale des taux d'activité et de l'amélioration des scores moyens de santé mentale perçue à partir de 50 ans, que nous avons relevée plus haut.

Le graphique 1 précise donc notre champ d'observation – à savoir l'âge du travail – de deux façons : l'une extensive renvoie à un champ de population de **18 à 65 ans**⁷³, l'autre, restrictive, à une population âgée de 25-55 ans, âge des taux d'activité maximaux. La suite du travail portera sur le premier champ de population, ce qui nous permet d'inclure dans l'analyse les actifs les plus âgés – de 55 à 65 ans – qui sont aujourd'hui soumis à des mouvements contradictoires : poussés vers

⁷² Qui ne distingue pas temps partiel et temps complet.

⁷³ On trouvera dans les annexes de ce document les principales caractéristiques comparées de trois populations : 18-75 ans, 18-65 ans et 25-55 ans. Notons également qu'un travail préalable portant sur l'ensemble de la population interrogée par EVS (les 18-75 ans résidant en ménage ordinaire) a été réalisé : Cavalin C. et Céliérier S., 2011, « Santé au travail : quelle santé, quel travail ? », in *Actes du 6ème colloque francophone sur les sondages, Tanger 2010*, Paris, Dunod.

l'inactivité par diverses mesures dont usent à l'envi les entreprises et maintenus en activité en raison, dit-on, du déséquilibre budgétaire du régime des retraites. Ce groupe s'est ainsi trouvé au cœur d'une partie des débats et des conflits de l'année 2010 suscités par le report de l'âge de la retraite⁷⁴.

2.2. Autres enquêtes et autres pays

Les données représentées par le graphique 1 permettent de situer l'enquête *EVS* par rapport à d'autres enquêtes nationales ou européennes. On voit ainsi et déjà que le mouvement des taux d'activité moyens d'*EVS* est cohérent avec les résultats des travaux sur l'activité en France⁷⁵ et qu'il recoupe les résultats réguliers de l'enquête *Emploi* en continu. Dans son édition 2008 par exemple, celle-ci enregistrait une chute de plus de 22 points du taux d'activité lors du passage de la tranche des 50-54 ans à celle des 55-59 ans (85,7 % à 63,1 %) et un taux d'activité de 1,7 %⁷⁶ pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Tableau 2 : Taux d'activité par tranche d'âge pour quelques-uns des pays de l'Union européenne

	France	UE 27	Italie	Allemagne	Espagne	Pays-Bas	Royaume-Uni	Portugal	Belgique
15-24	39,3	44,2	30,1	52,4	46,8	73,0	62,0	41,4	34,0
25-29	87,6	82,8	71,5	82,8	86,9	90,7	84,3	88,5	88,1
30-34	88,8	86,1	80,8	87,7	88,4	91,6	85,1	91,1	90,0
35-39	90,7	87,1	81,2	89,8	86,4	90,3	84,9	90,7	87,8
40-44	90,6	87,3	80,4	90,5	85,2	89,5	85,9	89,2	88,2
45-49	90,3	85,9	79,0	90,1	82,2	88,1	86,5	86,7	83,3
50-54	85,0	79,8	73,6	85,2	74,9	84,0	82,7	80,1	74,8
55-59	60,5	63,1	50,3	75,7	62,1	73,0	73,5	62,8	53,5
60-65	17,1	31,7	20,6	39,5	36,9	37,6	47,3	43,3	17,7
65-69	4,2	10,4	7,4	8,3	6,2	13,9	17,8	25,5	3,8
70-74	1,1	5,0	3,2	3,7	1,3	6,0	6,8	19,7	0,9
75 et +	0,3	1,2	0,8	1,2	0,4	1,6	1,5	11,4	0,6

Source : Eurostat, enquête sur les forces de travail (données 2008).

Au niveau européen, un tel resserrement de la période d'activité sur les âges médians est une spécificité de la France, qu'elle ne partage qu'avec la Belgique et l'Italie. Partout en effet, les taux d'activité baissent sensiblement à partir de 60 ans, mais nulle part autant que dans ces trois pays. À

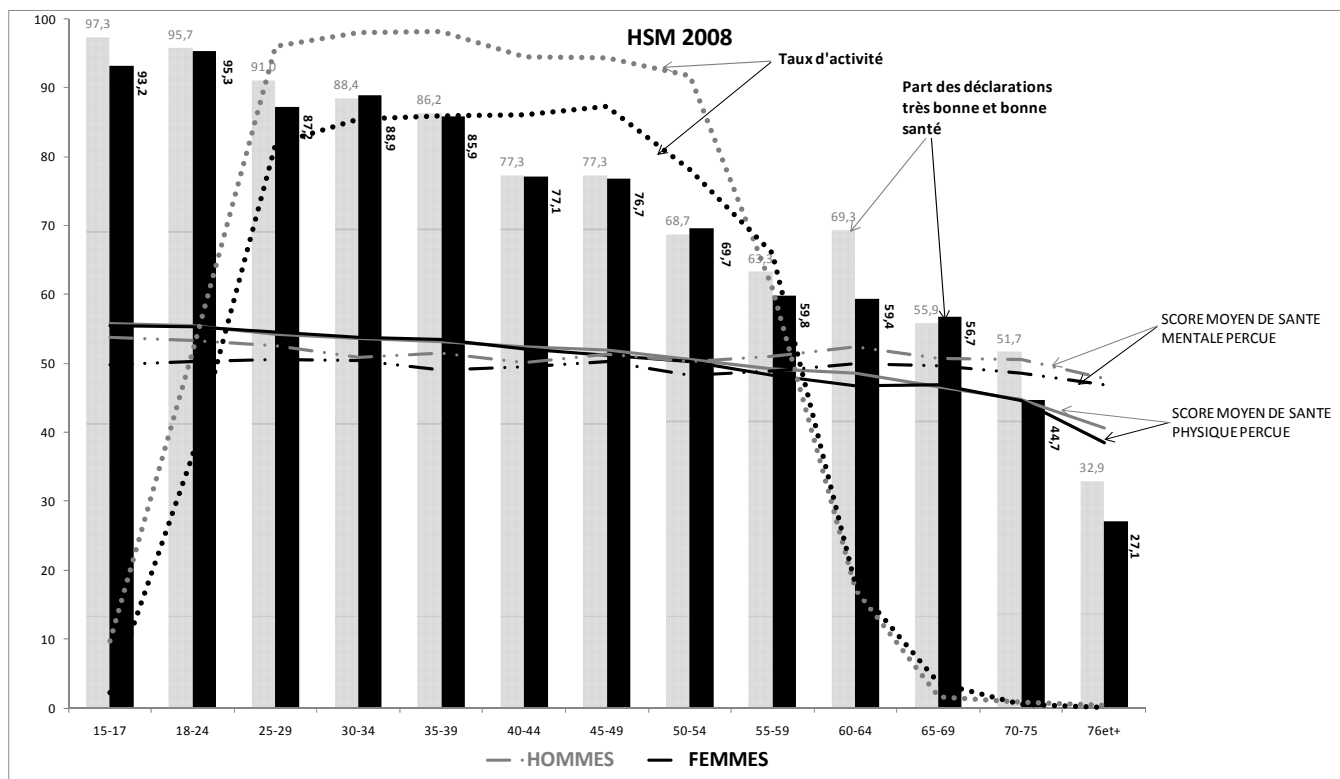
74 Loi n°2010-13330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. Cette loi institue le recul de l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans, à l'horizon 2018 (effectif pour les personnes nées en 1956). D'ici là, l'âge légal de départ augmentera progressivement de quatre mois par an, à compter du 1er juillet 2011. La durée de cotisation s'allonge progressivement (conformément au principe en vigueur depuis 2003) en fonction des gains d'espérance de vie. Actuellement de 40,5 ans, cette durée de cotisation doit passer à 41 ans d'ici 2012 et la réforme prévoit qu'elle passera ensuite à 41 ans et un trimestre en 2013. Une des principales questions, au cœur des conflits de 2010, porte sur la pénibilité du travail. Le départ à 60 ans est maintenu pour les personnes pouvant faire valoir un taux d'incapacité physique supérieur ou égal à 20 % (30 000 personnes sur les 700 000 partant en retraite chaque année devraient être concernées). Il est prévu que la Fonction publique aligne le taux de cotisation retraite des fonctionnaires sur celui du privé (passage de 7,85 % à 10,55 %) sur une période de dix ans.

75 Fournier J.-Y. et Givord P., 2001, « La réduction des taux d'activité aux âges extrêmes, une spécificité française ? », *Document de travail*, 16.

76 Soit deux fois plus faible que le taux de l'enquête *EVS*.

ces âges, les taux restent plus élevés au Royaume-Uni, au Portugal (voir tableau 2), mais surtout en Suède (63,3 %), Norvège (60,3 %) et Islande (75,8 %).

Graphique 2 : Taux de déclaration de bonne santé, scores SF12 moyens et taux d'activité par tranche d'âge



La spécificité française concerne également les taux d'activité des plus jeunes, très peu présents sur les marchés du travail nationaux, situation commune, là encore, avec celle de la Belgique et surtout de l'Italie. Ces pays se différencient fortement des Pays-Bas (73 %) et du Danemark (73,9 %).

Du point de vue des indicateurs de santé, l'enquête *Handicap Santé* – volet Ménages 2008 (Insee, « HSM 2008 »)⁷⁷ permet les comparaisons les plus intéressantes, notamment parce qu'elle utilise des scores de santé mentale et physique similaires à ceux calculés à partir du SF12-v2 inclus dans *EVS*⁷⁸. Le graphique 2 reproduit la forme du graphique 1 avec les valeurs prises dans *HSM*. On y retrouve donc, par tranche d'âge et selon le sexe, les taux d'activité moyens, les taux moyens de déclarations de bonne santé et les scores moyens de santé physique et de santé mentale. L'enquête *HSM* portant sur l'ensemble de la population et, pour ce qui concerne les questions de travail et d'emploi, les 15 ans et plus, deux tranches d'âge sont ajoutées : les 15-17 ans et les personnes âgées de 76 ans et plus.

Rapporté aux données d'*EVS*, le graphique 2 montre d'emblée une moindre part des déclarations de bonne santé. Cela s'explique par les modalités différentes qui sont offertes aux répondants des deux

⁷⁷ Cette enquête, pilotée conjointement par la Drees et l'Insee, prend le relais des enquêtes Santé décennales (la dernière datait de 2003) et de l'enquête *Handicap-Incapacité-Dépendance (HID, 1998-2001)*, en interrogeant conjointement les thèmes de la santé et du handicap. Un peu plus de 30 000 personnes vivant en « ménage ordinaire » et 10 000 dans des institutions (volet « Institutions ») ont été interrogées. Elle permet donc d'actualiser les données dernièrement collectées et instaure un dispositif régulier d'information sur la santé et le handicap. Elle comporte également un troisième volet : « Handicap Santé Aidants » a permis d'interroger 5 000 aidants informels de personnes qui se sont déclarées handicapées ou dépendantes dans *HSM 2008*, de façon à connaître les conditions et la qualité de vie de ces aidants.

⁷⁸ Il s'agit précisément d'un calcul du SF-12 à partir des réponses au module du SF-36, qui ont été données en mode auto-administré (par questionnaire papier) par les 15 ans et plus.

enquêtes⁷⁹. Plus que les valeurs exactes, il faut donc observer les mouvements des séries pour les comparer. Cette comparaison permet de constater que la tendance observée (de façon transversale, ne l'oublions jamais) avec la croissance de l'âge rejoint celle que décrivent aussi les données d'*EVS*. La diminution au fil de l'âge des déclarations de bonne santé pour les hommes et les femmes se fait par paliers successifs pour les secondes et de façon plus régulière pour les premiers. Les données des deux enquêtes sont donc cohérentes sur ce point.

La cohérence se vérifie également pour les deux scores de santé physique et mentale dont les mouvements sont quasiment superposables dans les deux enquêtes. Les scores de santé physique baissent continûment sans que les femmes se distinguent des hommes et les scores de santé mentale progressent au moment où le taux d'activité décroît le plus nettement. Là encore, les différences entre hommes et femmes semblent moins constantes que ne le dit la littérature à propos de la population tous âges confondus même si, en tendance, les femmes présentent des scores inférieurs. Signalons une dernière cohérence, mais de façon plus attendue, des taux d'activité dont les courbes dans les deux enquêtes sont proches, voire superposables, fixant les maximales d'activité entre 25 et 55 ans. Seule la baisse d'activité à partir de 55 ans se fait plus nette dans *HSM* et moins différenciée entre hommes et femmes.

La proximité des données tirées d'*EVS* avec celles de l'enquête *HSM* conforte nos résultats et donne des éléments de réassurance mutuelle sur la représentativité des deux enquêtes et, en particulier, sur la possibilité de traiter les données d'*EVS* comme celles d'une enquête de santé à vocation « générale »⁸⁰. Il est en revanche plus difficile de situer la France dans le paysage européen de façon précise. On ne dispose pas d'équivalent des scores pour l'Europe et nous utiliserons donc les réponses aux trois questions du mini-module européen de santé extraites, pour l'Europe, de l'enquête européenne *SILC* (*Statistics on Income and Living Conditions*) 2006⁸¹.

Tableau 3 : Réponses *SILC*-2006 au mini-module européen de santé

	France	UE 27	Italie	Allemagne	Espagne	Pays-Bas	Royaume-Uni	Portugal	Belgique
Très bonne et bonne santé	69,4	54,7	56,95	60,6	67,9	76,9	76,65	48,1	74,3
Pb santé ou handicap de longue durée	34,3	31,4	21,5	38,2	23,8	32	38,1	30,8	24,7
Restrictions perçues depuis 6 mois au moins	6,3	7,8	7	8,2	8,6	8,2	8,5	11,5	7,8

Source : Eurostat, enquête *Statistics on Income and Living Conditions* (*SILC*), données 2006.

Champ : 21 136 personnes vivant dans 16 000 ménages.

Lecture : 69,4 % des personnes vivant seules ou dans un groupe de personnes vivant ensemble et partageant les dépenses et participant à une économie ménagère commune (définition du ménage au sens de l'enquête⁸²) déclarent en France un état de santé perçu très bon ou bon.

⁷⁹ Rappel : « l'échelle » des modalités de réponse proposées par la question de santé perçue posée dans *EVS* est liée à sa formulation dans le SF-12v2.

⁸⁰ D'autres exploitations sont aussi allées dans ce sens mais il faut le rappeler ici, tant il n'est pas « évident » ou « naturel » de trouver dans une enquête dont le centre d'intérêt premier est constitué des relations entre violences subies et état de santé des éléments « généraux » ou « standards » de mesure de la santé.

⁸¹ Pour rester cohérent avec *EVS*, mais les données pour 2008 n'introduisent aucun changement majeur. « *SILC* » ou « *ERCV* » en français : *enquête sur les Revenus et les Conditions de vie*.

⁸² Notons que cette définition diffère de la définition usuelle du ménage telle que l'utilisait l'Insee dans ces enquêtes jusqu'en 2006. On rappelle que le ménage correspondait alors à l'ensemble des personnes habitant un même logement occupé comme résidence principale. 2 % des logements dans l'enquête *SILC* contiennent plusieurs ménages qui constituent des unités de vie indépendantes au sens de l'Insee.

Le tableau 3 présente les réponses à ces questions pour quelques pays européens (dont la France) en détaillant : la part des personnes déclarant un état de santé très bon ou bon⁸³, celle des personnes déclarant un problème de santé ou un handicap de longue durée et enfin la part des personnes déclarant ressentir des restrictions d'activité depuis les six derniers mois au moins. Le tableau 4 rappelle les valeurs prises par ces trois variables ou les variables homologues dans l'enquête EVS.

Tableau 4 : Réponses EVS au mini-module européen ou questions associées

	EVS 18-75 ans	EVS 18-65 ans
Excellente, très bonne et bonne santé	75 %	87,3 %
Deux maladies chroniques ou plus	45,6 %	42,1 %
Limitations actuelles	23,5 %	20,8 %
Limitations passées	17,9 %	17,4 %

La France, dans ce tableau, occupe une position médiane pour les deux premières variables et plutôt favorable pour ce qui concerne les limitations qui, dans l'ensemble de l'Europe s'échelonnent de 4,1 % des personnes interrogées à Malte à 13,4 % en Hongrie. Toutefois et comme nous l'avons déjà souligné, la sous-déclaration est la règle tant pour les maladies chroniques que pour les limitations. La bonne déclaration de ces dimensions de la santé étant un des objectifs de l'enquête EVS, il est logique qu'elle enregistre des prévalences supérieures dont témoigne le tableau 4. En limitant la définition très extensive qu'y prend la maladie chronique par le repérage des personnes qui, dans EVS, déclarent deux maladies de ce type ou plus, les résultats, fondés sur un phénomène rendu plus comparable, approchent ceux de l'enquête SILC. En revanche, les limitations restent trois fois supérieures quelle que soit la population considérée : 18-75 ans ou 18-65 ans.

3. EXPLOITER LES SCORES DE SANTÉ ET TRAVAIL

On retient donc des exploitations précédentes une définition conventionnelle de l'âge de l'activité en France comme période allant de 18 à 65 ans, tout en sachant que la définition restrictive de la période allant de 25 à 55 ans particularise plus nettement la France dans l'espace européen⁸⁴.

La santé et le travail, avons-nous dit, sont en partie autonomes l'un par rapport à l'autre. La situation de santé ne détermine pas, terme à terme, la situation de travail et réciproquement la situation de travail ne prédit pas la situation de santé des personnes. Quantité de facteurs sont susceptibles de jouer sur l'un et l'autre et leurs rapports eux-mêmes sont médiatisés par un ensemble complexe de conventions, règles administratives et autres dispositifs. On observe cependant une concordance évidente entre santé et travail qui signale le jeu du travail comme *normalité* de la santé, bien que l'autonomie entre santé et travail soit, par définition, plus large dans la population des 18-65 ans

⁸³ Plus proche donc des données de l'enquête HSM qui reprend les mêmes modalités.

⁸⁴ En fait, nous avons mené l'exercice sur les deux champs de population. Dans beaucoup de cas, les résultats des deux exploitations se révèlent redondants, la référence systématique aux 25-55 ans alourdissant donc inutilement le propos. Cependant, nous avons pu mieux apprécier le jeu de la définition du champ de population sur les résultats. En particulier, un effet constaté est paradoxal : en première analyse, la santé des 18-65 ans semble globalement meilleure que celle des 25-55 ans (et ce d'autant plus que l'on réduit le nombre des indicateurs), mais des analyses plus précises vérifient que les situations de santé dégradée le sont davantage et concernent une part plus importante de la population étudiée pour les 18-65 ans. Le « noyau dur » (voir plus bas) de la mauvaise santé parmi les 18-65 ans est ainsi trois fois plus important et, hors de ce noyau, les situations de mauvaise santé relative sont également plus présentes. L'élargissement du champ de population modifie donc les termes dans lesquels se posent, globalement, les questions de santé au travail et le champ de population des 18-65 ans semble le plus complexe des deux possibles, au sens où il permet d'embrasser une meilleure diversité de situations de santé et de travail à l'âge de l'activité. Cette dernière observation nous a convaincus de centrer notre présentation sur cette dernière population.

que pour les 25-55 ans⁸⁵. Le terme *normalité* renvoie ici à la notion de « fréquence de situation », ici celle de se trouver dans un état de santé plutôt favorable quand on est actif. Il n'a pas le caractère impératif d'une norme absolue, mais l'attendu d'une probabilité dont l'inverse n'est pas l'absence, mais la rareté.

3.1. Le travail comme normalité de santé

Le tableau 5 donne à voir cette *normalité* en présentant les différentes valeurs des scores de santé physique et mentale selon le statut d'emploi des personnes : actifs vs inactifs, d'une part, actifs occupés vs chômeurs vs inactifs, d'autre part. Les actifs présentent toujours des scores plus favorables que les inactifs et l'avantage se creuse pour les actifs en emploi (voir les cases grisées), tant pour la santé mentale que physique. Les actifs se déclarent également plus souvent en bonne santé que les inactifs et, là encore, particulièrement quand ils sont en emploi.

Tableau 5 : Valeurs des médianes et des moyennes des scores SF12-V2 EVS 2006

SCORE SANTE PHYSIQUE							
		ENS POP	ACTIFS	INACTIFS	OCCUPÉS	CHOMEURS	INACTIFS
1	EFFECTIF	8488	6312	2176	5587	725	2176
2	MEDIANE	54,1	54,93	51,88	55,07	53,75	51,88
3	MOYENNE	51,31	52,5	47,86	52,71	50,83	47,86
4	Ecart-Type	10,02	8,71	12,38	8,55	10,01	12,38
5	Moyenne +1ET	61,3	61,2	60,2	44,3	60,8	60,2
6	Moyenne -1ET	41,3	43,8	35,4	61,4	40,8	35,4
7	Moyenne +2ET	71,3	69,9	72,6	69,9	70,8	72,6
8	Moyenne -2ET	31,3	35,1	23,1	35,7	30,8	23,1
SCORE DE SANTE MENTALE							
9	MEDIANE	51,67	51,86	51,15	52,29	48,51	51,15
10	MOYENNE	49,9	50,07	49,4	50,46	47,08	49,4
11	Ecart-Type	9,45	9,14	10	8,86	11,4	10
12	Moyenne +1ET	59,4	59,3	59,4	59,3	58,5	59,4
13	Moyenne -1ET	40,4	41	39,4	42,7	35,7	39,4
14	Moyenne +2ET	68,8	68,4	69,4	68,2	69,9	69,4
15	Moyenne -2ET	31	31,9	29,4	32,7	24,3	29,4

Source : enquête : EVS, Drees, 2005-2006.

Champ : personnes résidant en France en ménage ordinaire de 18 à 65 ans, n = 8488.

Lecture : compte tenu de la distribution normale des séries, les scores compris entre Moyenne + - la valeur d'un écart-type concerne au moins 68,30 % des individus et, Moyenne + - 2 valeurs d'écart-type, 95 %. Ainsi, 95 % des chômeurs présentent un score de santé mentale qui se situe entre 24 et 70, tandis que la part équivalente des actifs occupés se situe entre 33 et 68.

Le tableau 5 montre également que la santé physique et mentale des actifs est non seulement plus favorable, mais encore plus homogène que les autres. Les moindres valeurs des écarts-types des séries correspondantes (lignes 4 et 11) le confirment tout comme la plus faible amplitude de score

⁸⁵ On veut dire que le jeu de l'âge de la retraite, fixé à l'époque à 60 ans, et celui des dispositifs de mise à la retraite anticipée font attendre plus de personnes en inactivité. Pour les plus jeunes (moins de 25 ans) également, puisque nous avons vu qu'ils étaient à plus de 60 % (encore) inactifs.

entre lesquels 95 % d'entre eux se distribuent⁸⁶. Pour 95 % des actifs occupés, les scores de santé physique s'échelonnent entre 36 et 70 et de santé mentale entre 33 et 68. Les scores de 95 % des chômeurs se distribuent respectivement entre 31 et 71 et entre 24 et 70. Les bornes inférieures sont plus basses et les écarts aux bornes supérieures plus amples. Il en va de même des inactifs (voir détail dans tableau 5).

3.2. Une normalité de la santé physique

Le double avantage des actifs en emploi – en termes de valeurs de score et de moindre hétérogénéité des situations de santé – ressort plus clairement encore de la représentation graphique, dite « boîte à moustaches »⁸⁷ des autres variables examinées ici (voir graphique 3). Au centre du graphique, la comparaison actifs-inactifs montre bien ces deux dimensions, mais de façon beaucoup plus nette pour la santé physique que pour la santé mentale. La « boîte de santé physique » des inactifs se situe plus bas sur le graphique, ce qui signale leur position relative défavorable. Elle est également de plus grande taille, ce qui signale une plus forte hétérogénéité en leur sein.

Dans le même sens, les valeurs des « moustaches » – c'est-à-dire les valeurs extrêmes mais encore significatives enregistrées – des deux séries centrales⁸⁸ sont nettement distinctes : 71,50-35,17 pour les actifs et 69,06-18,39 pour les inactifs. Comme annoncé par les données du tableau 5, l'avantage s'accroît pour les actifs en emploi à droite du graphique dont les « boîtes » se situent plus haut sur le graphique et sont de moindre taille que les autres.

Au final, les situations d'emploi semblent organiser les déclarations de santé, notamment de santé physique. Pour cette dernière, cette organisation calque un mouvement de distanciation de l'emploi. Les chômeurs se déclarent en moins bonne santé physique que les personnes en emploi et leurs situations de santé sont plus diverses. Ces observations s'accroissent pour les inactifs qui, globalement, déclarent la moins bonne santé de la population de référence et recouvrent les situations de santé les plus hétérogènes. La partie droite du graphique 3 des scores de santé physique montre ces divers mouvements descendants.

Les observations sont un peu différentes pour les scores de santé mentale, pour lesquels l'avantage des actifs ne ressort vraiment que dans le détail du statut d'activité, distinguant les actifs en emploi des chômeurs. Sinon, les différences entre actifs et inactifs demeurent plus ténues que pour la santé physique. Dans la partie droite du graphique, les chômeurs prennent la position qu'occupaient les inactifs pour les scores de santé physique. Ils présentent les valeurs les plus basses – notamment une valeur minimale de 14,90 particulièrement basse – et sont plus beaucoup plus hétérogènes que les autres (étendue en longueur de la « boîte »). La proximité des scores des inactifs et des actifs en

⁸⁶ Moyenne + - écart type ($m \pm \sigma$), (voir mode de lecture des valeurs du tableau 5).

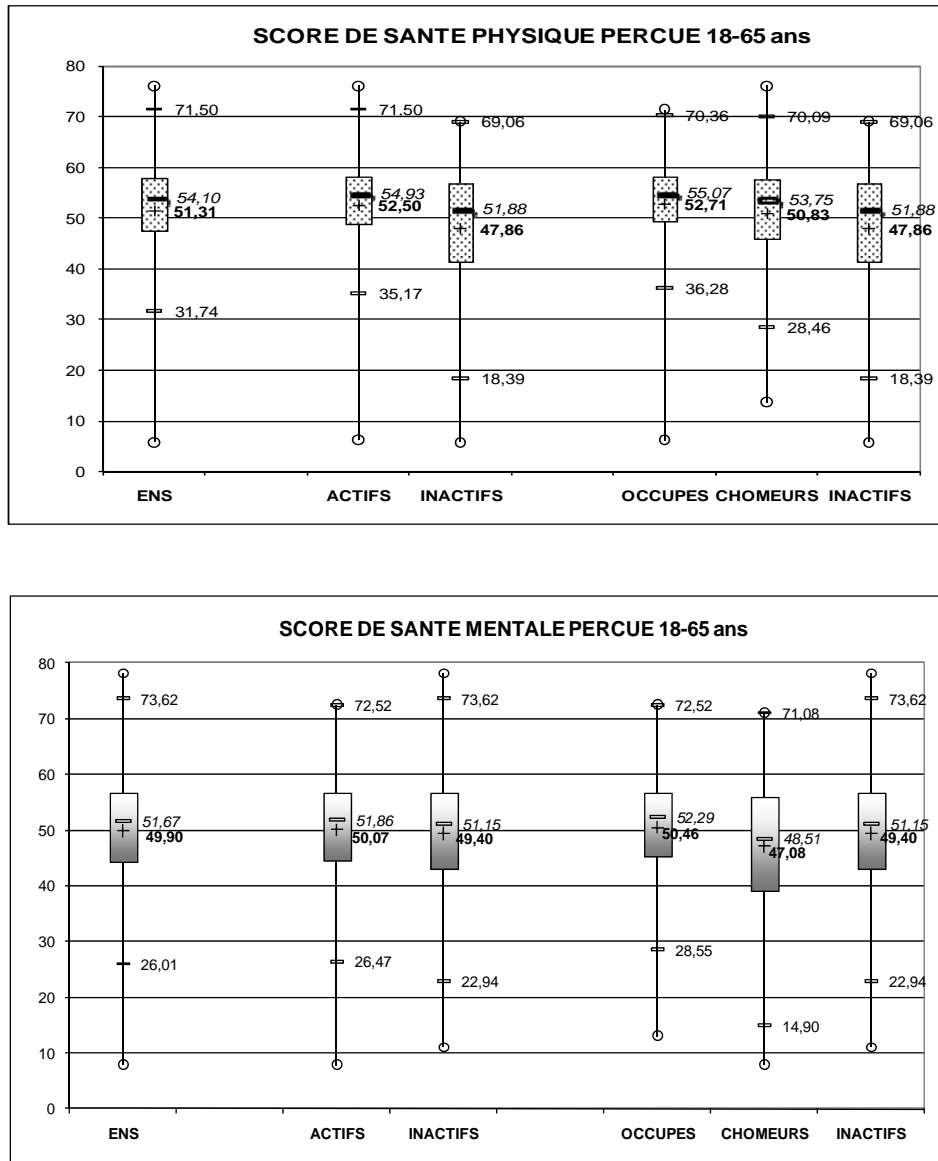
⁸⁷ Cette représentation utilise les « box-and-whisker plots », en abrégé « box plots » ou « boxplots » (boîtes à moustaches en français), inventées par Tukey en 1977 (pour les détails sur cette représentation, voir le précieux article de Monique Le Guen, 2001, « La boîte à moustaches de TUKEY : un outil pour initier à la Statistique », *Statistiquement Votre - SFDS*, 4, pp. 1-3. Cette représentation matérialise quelques paramètres de distribution des variables dont on trouvera, pour ceux qui sont retenus ici, - les valeurs en annexes :

- les premier et troisième quartiles (q_1 et q_3) correspondant aux bordures inférieure et supérieure de la boîte rectangulaire,
- la médiane représentée par le trait horizontal long au sein de la boîte rectangulaire,
- la moyenne marquée par le signe (+) ou le signe (x) dans la boîte,
- les extrémités inférieure et supérieure des « moustaches » signalées par un tiret allongé (-) située sur le trait vertical. Ces extrémités correspondent respectivement à la plus petite donnée supérieure à $q_1 - 1.5*(q_3 - q_1)$, et à la plus grande donnée inférieure à $q_3 + 1.5*(q_3 - q_1)$,
- les extrémités des traits verticaux symbolisées par un petit cercle (o) indiquent les minimum et maximum. Quand ils ne sont pas confondus avec le tiret d'extrémité de moustache, il s'agit d'une valeur atypique ("outlier") : sa valeur est alors mise en rouge dans le tableau.

⁸⁸ Hors des valeurs aberrantes qu'on trouve dans toute série et qui sont représentées par des ronds sur le graphique.

emploi n'est pas sans rapport avec le mouvement de remontée des scores de santé mentale au fil de l'âge (voir graphique 1).

Graphique 3 : Représentation des variables de distribution des scores agrégés de santé perçue physique et mentale



Source : enquête EVS, Drees, 2005-2006.

Champ : 18-65 ans résidant en France en ménage ordinaire, n= 8488, soit 85,3 % de la population totale de l'enquête.

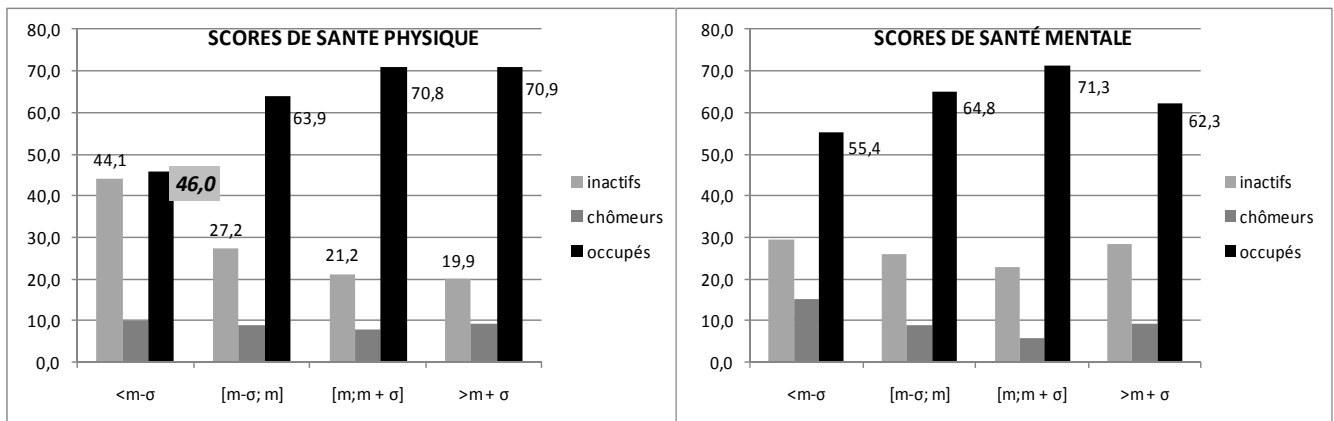
À l'âge du travail, la santé que déclarent les personnes s'accorde donc à leur situation d'emploi. On vérifie encore le jeu du travail comme normalité de santé, mais ce constat vaut surtout pour la santé physique. Les rapports entre santé mentale et travail semblent plus complexes, comme on le voit encore en inversant le sens de l'analyse. On part, cette fois, des scores de santé physique et mentale pour chercher les statuts d'emploi auxquels ils correspondent (graphique 2). Le taux d'activité pour les plus mauvais scores de santé mentale est nettement plus élevé que pour la santé physique. Par ailleurs et surtout, ce taux d'activité chute sensiblement pour les scores de santé mentale les plus élevés, tandis qu'il est à son plus haut niveau pour les scores de santé physique.

3.3. Les anomalies de la normalité

La *normalité* de la santé que fixe le travail ne doit cependant pas s'entendre comme une réalité trop unifiée, ni parfaitement cohérente. Quantité d'actifs présentent des *anomalies* (étymologiquement, irrégularités) dont les sources sont potentiellement variées : vieillissement, maladies et accidents professionnels ou non, usure au travail, inégalités sociales de santé, etc., qui ne conduisent pas forcément à l'arrêt de travail.

De même, la fin d'un arrêt de travail ne signifie pas forcément la fin des symptômes, gênes ou handicaps quand les salariés reprennent leur activité. Ils peuvent également être contraints de poursuivre un traitement que la médecine ambulatoire rend aujourd'hui possible avec d'éventuels effets secondaires. Certaines maladies chroniques en particulier posent ces problèmes, telles que le cancer, mais aussi l'hépatite C ou le VIH pour lesquels, malgré les progrès, les effets secondaires demeurent souvent lourds et invalidants. Les situations hybrides entre santé et travail se multiplient assurément et les données que nous avons présentées jusqu' alors en portent témoignage. Les anomalies habitent le cœur du normal sans pour autant devenir des *anormalités*.

Graphique 4 : Répartition des statuts d'emploi par tranches de score de santé physique et mentale



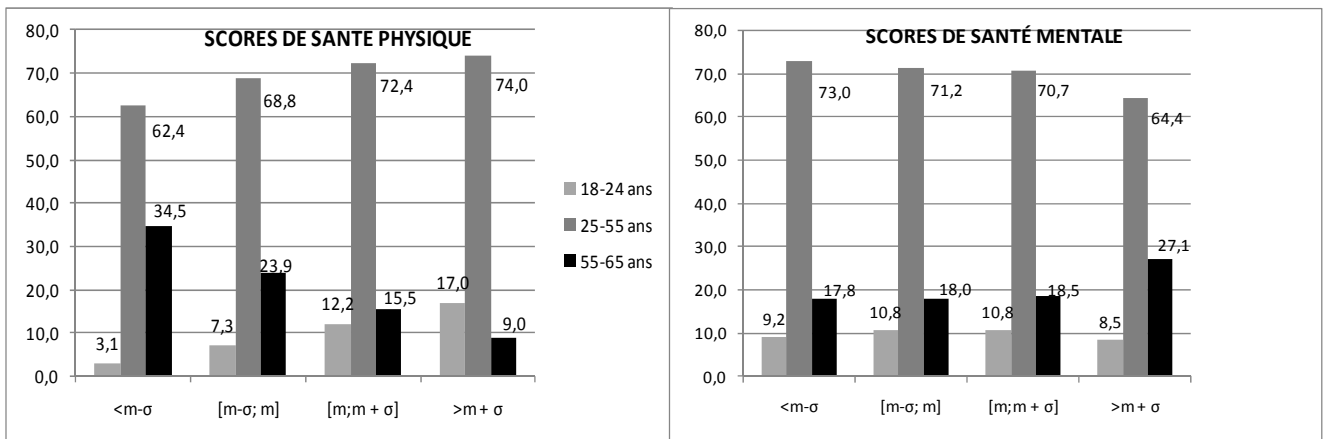
Source : enquête EVS, Drees, 2005-2006.

Champ : 18-65 ans résidant en France en ménage ordinaire, n= 8488, soit 85,3 % de la population totale de l'enquête.

Lecture : 46 % des personnes dont le score de santé physique est strictement inférieur à la moyenne – la valeur d'un écart-type, sont en emploi (cf. le tableau 5 pour le détail des différentes valeurs : moyenne, écart-type, etc.).

Avant de survoler à nouveau les données disponibles, reprenons le schéma du graphique 4 – par tranches de score de santé mentale et physique – en représentant cette fois la part qu'y prennent trois grandes tranches d'âge : les 18-24 ans, les 25-55 ans et les 55-65 ans. L'avancée en âge, nous l'avons dit, s'associe le plus fermement à la montée des symptômes et des troubles. On peut du reste en apprécier le jeu dans la détérioration des deux scores (voir graphique 5), mais plus nettement pour les scores de santé physique. En témoigne la progression régulière de la part occupée par les 55-65 ans lorsque ces scores indiquent une dégradation. La tendance n'est pas si nette pour la santé mentale qui semble encore une fois beaucoup moins sensible aux effets de l'âge. Les parts respectives se modifient à la marge, sauf dans les meilleurs scores pour lesquels la part des 55-65 ans augmente nettement, comme le laissait entendre la remontée des scores de santé mentale au fil de l'âge des 18-65 ans.

Graphique 5 : Répartition des grandes tranches d'âge par tranches de score de santé physique et mentale



Source : enquête EVS, Drees, 2005-2006.

Champ : 18-65 ans résidant en France en ménage ordinaire, n= 8488, soit 85,3 % de la population totale de l'enquête.

Lecture : 3,1 % des personnes dont le score de santé physique est strictement inférieur à la moyenne –la valeur d'un écart type, sont âgées de 18 à 24 ans (cf. le tableau 5 pour le détail des différentes valeurs : moyenne, écart-type, etc.).

Si l'âge joue indéniablement dans la dégradation des scores de santé physique, il ne peut rendre compte de toutes les facettes du phénomène. De très jeunes individus présentent des scores bas et réciproquement.

Le jeu différencié de l'âge selon qu'il s'agit des scores de santé physique ou de ceux de santé mentale confirme, s'il en était besoin, les différences de mouvements de ces deux dimensions de santé. L'une et l'autre sont par ailleurs sensibles aux situations d'emploi, mais de façon différente. Pour la santé physique, l'éloignement de l'emploi s'articule à une dégradation des scores. Pour la santé mentale, les écarts de scores les plus sensibles concernent d'un côté, ceux qui sont en emploi et de l'autre, les chômeurs.

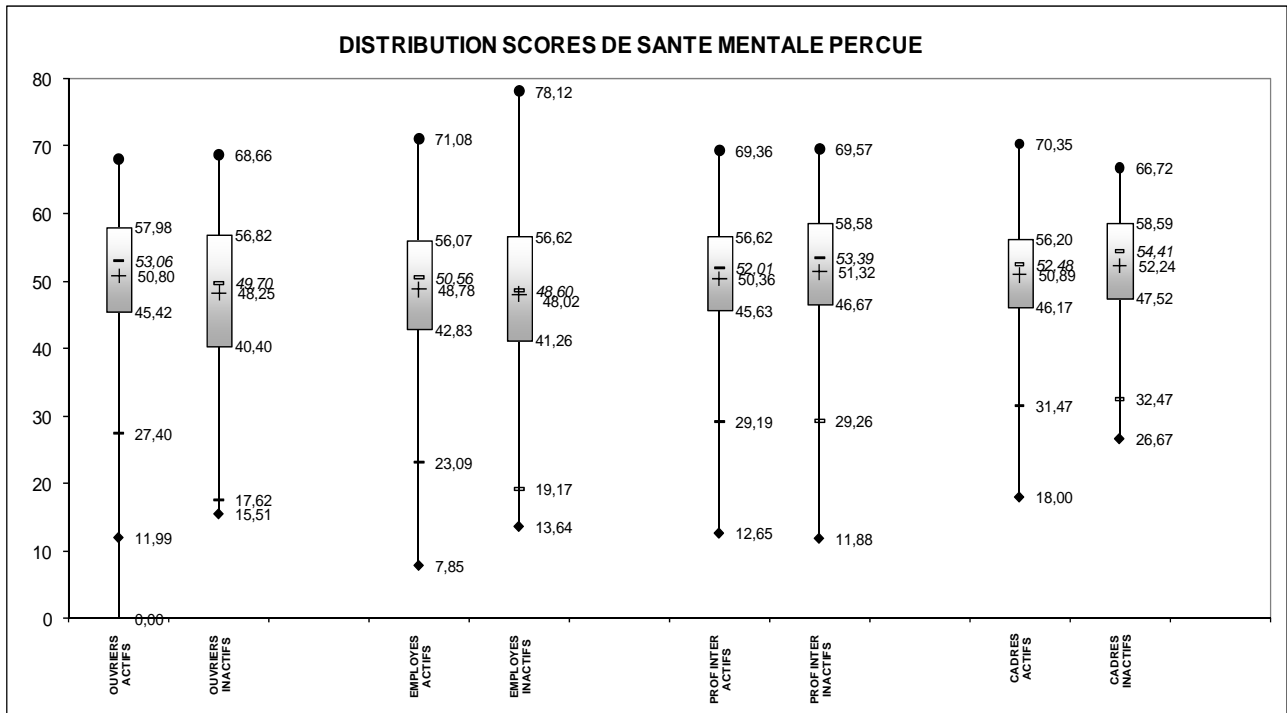
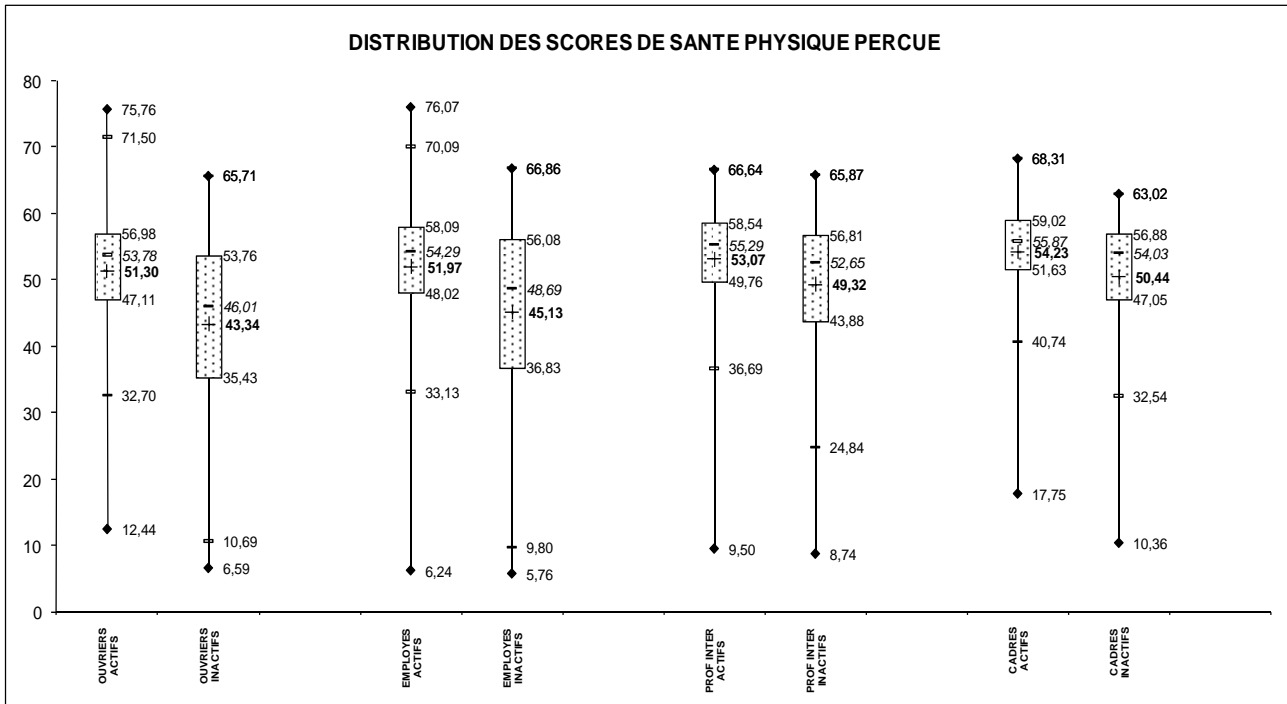
On peut resserrer encore l'observation des liens entre score de santé et situation de travail en ne retenant, d'une part, que les personnes ayant déjà travaillé et en comparant, d'autre part, les principales catégories socioprofessionnelles. Le graphique 6 reprend le principe du graphique 5 et la représentation des variables de distribution des séries sous forme de *box plots* pour les ouvriers, les employés, les professions intermédiaires et les cadres. Pour chaque catégorie, les actifs sont rapportés aux inactifs ayant occupé un emploi de la catégorie. À l'exception des ouvriers (à l'extrême gauche du graphique) dont les scores de santé physique et mentale sont homologues, on observe partout des différences substantielles – en valeur de score et en hétérogénéité des situations entre les deux indicateurs, les discordances étant particulièrement nettes pour les employés.

3.4. La santé de l'activité à l'inactivité

Les données présentées jusqu'ici ne permettent pas d'identifier clairement des états de santé qui seraient articulés à la rupture entre d'une part statut d'actif occupé et inactivité pour la santé physique et d'autre part statut d'actif occupé et chômage pour la santé mentale. Tout juste peut-on dire que les personnes dont le score de santé physique est inférieur à 36 sont de façon quasi universelle hors de l'emploi, de même que celles dont le score de santé mentale est inférieur à 28. Ces deux bornes sont peu discriminantes cependant : 8,8 % de personnes sont concernées par la première et 2,6 % par la seconde⁸⁹.

⁸⁹ Moins nombreux encore ceux qui cumulent les deux contraintes : 0,5 % de la population de référence.

Graphique 6 : Distribution des scores de santé physique et de santé mentale de quelques groupes d'emploi



Source : enquête EVS, Drees, 2005-2006. Champ : 18-65 ans résidant en France en ménage ordinaire. Ouvriers, n= 1758 (dont 383 inactifs), employés, n=2588 (dont 593 inactifs), professions intermédiaires, n=1848 (dont 336 inactifs) et cadres, n= 1093 (dont 163 inactifs).

Le graphique 4 qui, plus haut, répartissait les statuts d'emploi par tranche de score montrait que la tranche la moins favorable (premier quartile) pour la santé physique correspondait au taux d'actifs occupés le plus faible et d'inactifs le plus élevé. Quelque 1 200 personnes sont concernées, équitablement réparties entre ces deux statuts, ce qui atténue considérablement la frontière que le travail organiserait entre santé et mauvaise santé. La *normalité* du travail y est nettement moins sensible.

On peut également dire les choses ainsi : les plus faibles scores de santé physique s'articulent étroitement à l'inactivité sans qu'il y ait, pour autant, un caractère systématique. L'observation n'est pas

vérifiée pour la santé mentale, les scores les plus défavorables s'articulant à plus d'activité occupée et moins d'inactivité que pour la santé physique. Autrement dit, il est beaucoup moins rare que des personnes travaillent avec des troubles marqués de santé mentale qu'avec un très mauvais état de santé physique⁹⁰. Si on excepte la situation de jeunes au chômage et dont le score de santé mentale n'est pas parmi les plus défavorables, on retrouve dans le reste des cas la « polarité » des scores de santé mentale « emploi vs chômage », que nous avons observée à plusieurs reprises.

L'activité professionnelle est donc assurée dans des conditions de santé variées quelle qu'en soit la dimension considérée. On note cependant que, du point de vue de la situation d'emploi, les problèmes physiques de santé semblent plutôt rapprocher de l'inactivité, tandis que les troubles de nature mentale s'associent plus souvent au chômage.

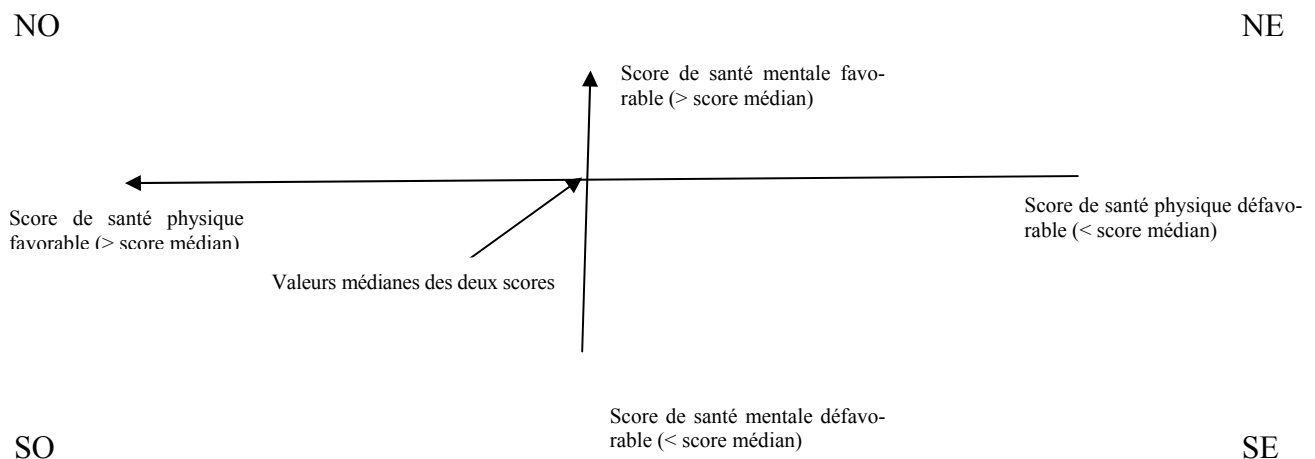
Cette indépendance relative des deux indicateurs compose une source potentielle d'hétérogénéité au sein même des états de santé individuels. Il nous faut donc à présent interroger la façon dont les deux dimensions de santé se combinent pour chaque individu.

3.5. L'autonomie de la santé physique et de la santé mentale

Le graphique 7 présente un diagramme de dispersion des scores de santé physique (en abscisses) et des scores de santé mentale (en ordonnées)⁹¹. Pour en faciliter la lecture, le graphique est centré sur les valeurs médianes des deux variables (leur intersection définit l'origine du repère), les valeurs les plus élevées étant placées en haut de l'axe des ordonnées et à gauche de celui des abscisses.

Quatre quadrants se dessinent selon que les scores prennent des valeurs supérieures ou inférieures à la médiane. Au nord-ouest, les individus cumulent deux scores supérieurs aux médianes respectives des scores, tandis qu'ils sont tous deux inférieurs au sud-est. Dans les deux autres quadrants, l'un des deux scores est supérieur à la médiane, et l'autre inférieur (voir tableau 6). Le schéma ci-dessous présente et redonne la structure du graphique 7.

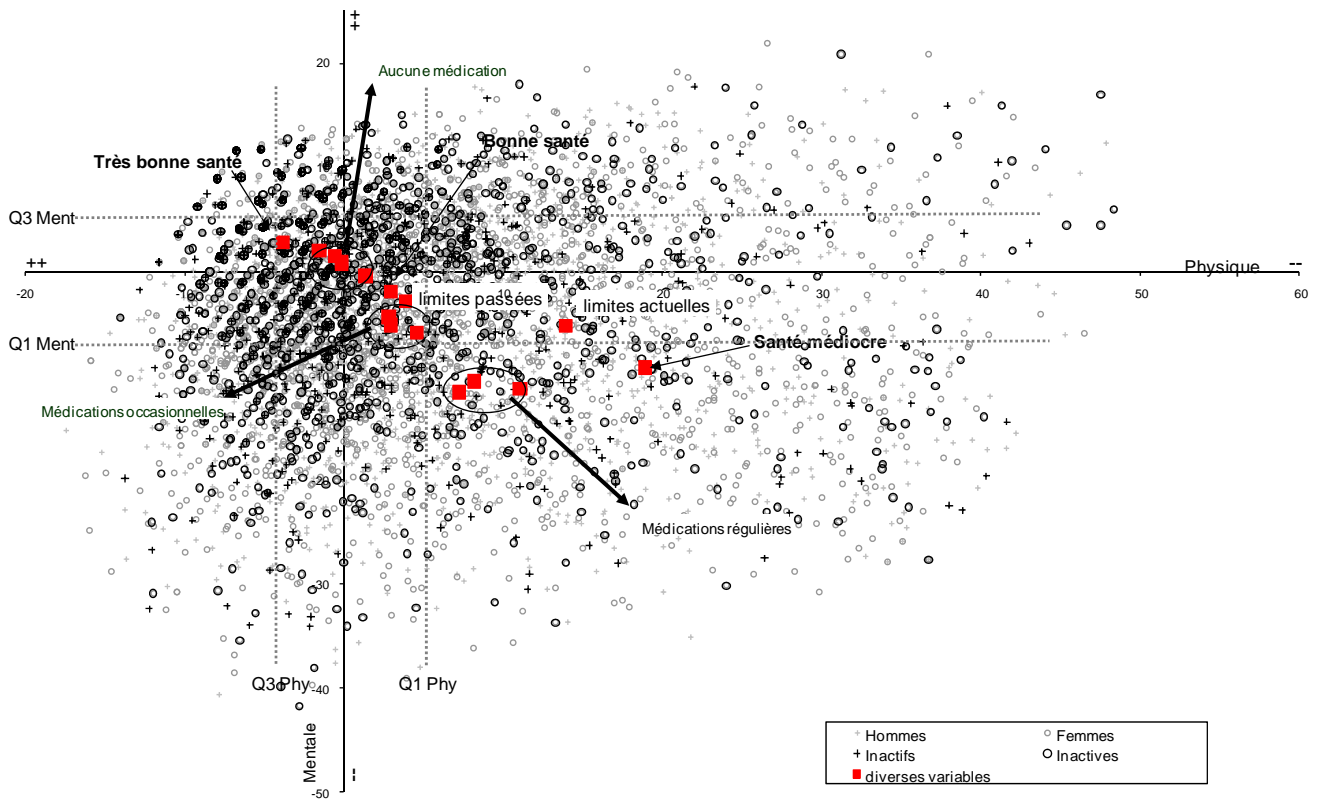
Axes du repère permettant de figurer les scores agrégés individuels de santé physique et mentale



⁹⁰ Remarque qui compare implicitement le caractère invalidant des troubles déclarés en matière physique d'un côté et mentale de l'autre. Cette comparaison fait sens et vaut pour deux raisons principales. En premier lieu, les problèmes psychiques ou physiques dont il est question sont mesurés par les scores du SF-12v2 associés à ces deux dimensions. Cela signifie que les questions posées pour déterminer le niveau des scores sont les mêmes dans les deux cas, ce qui garantit une bonne cohérence aux éléments comparés. En second lieu, parce que les mêmes questions sous-tendent le calcul des scores dans les deux dimensions. Dans les deux cas, il s'agit d'une approche de la santé en termes d'aptitudes fonctionnelles (d'où les conclusions ou hypothèses possibles posées en termes de caractère plus ou moins invalidant pour le travail).

⁹¹ C'est-à-dire une représentation visuelle des individus selon les valeurs que prennent leur score de santé physique et leur score de santé mentale, qui définissent leurs coordonnées dans le plan.

Graphique 7 : Dispersion des scores de santé physique et des scores de santé mentale des 18-65 ans



Source : Enquête EVS, Drees, 2005-2006.

Champ : 18-65 ans résidant en France en ménage ordinaire, n= 8 488, soit 84,3 % de la population totale de l'enquête.

Lecture : le croisement des deux axes correspond aux deux valeurs médianes des deux scores, soit 54,10045 pour la santé physique et 51,67445 pour la santé mentale. Les autres variables projetées sont placées aux valeurs médianes prises par chacune d'entre elles pour l'ensemble des 18-65 ans. Les variables retenues sont : l'appréciation générale de l'état de santé (très bon – regroupant les modalités « excellent » et « très bon », bon, médiocre et mauvais ; les limitations actuelles et passées, la prise d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et d'hypnotiques, prise distinguée selon sa fréquence : régulière, occasionnelle ou jamais au cours des douze mois précédant l'enquête. Les positions des actifs et des inactifs sont signalées pour les premiers par un marqueur plus sombre que pour les seconds.

La forme du nuage de points écarte d'emblée l'hypothèse d'une très forte corrélation entre les deux variables, comme les analyses des scores menées jusqu'alors le laissaient supposer. Le score de santé physique ne prédit pas celui de santé mentale, non plus que l'inverse. Bien que les quadrants nord-ouest et sud-est – où les deux scores se situent pareillement par rapport à la médiane – soient légèrement surreprésentés⁹², le coefficient de corrélation linéaire mesurant l'association des deux variables assure de la faible intensité de leurs liens (0,13). Il faut donc poursuivre l'analyse en traitant chacune des deux variables, sinon indépendamment de l'autre, du moins pour elle-même.

La projection des valeurs médianes de quelques indicateurs-clefs de santé disponibles dans EVS pour l'ensemble des 18-65 ans précise la description des différents quadrants et témoigne d'affinités intéressantes (le graphique 8). Ainsi, la déclaration d'une santé « médiocre » en réponse à la question de santé perçue (première question du SF-12v2) se révèle-t-elle plutôt sensible aux scores de

⁹² Chacun des deux concentre 26,5 % de la population tandis que les deux autres en regroupent 23,4 %, alors qu'une répartition totalement neutre aurait dû partager la population en quatre quarts égaux. Les personnes dont les dimensions mentale et physique de la santé sont congruentes sont donc légèrement plus nombreuses que celles pour lesquelles on observe des dissonances.

santé physique, tandis que les deux autres appréciations combinent plus harmonieusement les deux dimensions mesurées par les scores agrégés : la « très bonne santé »⁹³ se place au nord-ouest et la « bonne santé » proche du croisement des deux axes. La fréquence de recours à certains médicaments – les anxiolytiques, les antidépresseurs et les hypnotiques – emprunte une droite parfaitement linéaire allant du croisement des deux axes pour l'absence de médication au centre du quadrant sud-est pour les prises régulières.

Tableau 6 : Caractéristiques principales des quadrants du graphique 7

QUADRANTS	Médiane santé physique	et	Médiane de santé mentale	FEMMES	HOMMES	18-24	25-55	56-65	INACTIFS	Nbr
Nord-Ouest	Supérieur	et	Supérieur	1121	1131	279	1613	360	458	2252
Sud-Ouest	Supérieur	et	Inférieur	1232	761	287	1488	218	407	1993
Nord-Est	Inférieur	et	Supérieur	1008	985	153	1308	532	580	1993
Sud-Est	Inférieur	et	Inférieur	1418	833	147	1558	546	731	2251

QUADRANTS	Médiane santé physique	et	Médiane de santé mentale	FEMMES	HOMMES	18-24	25-55	56-65	INACTIFS	Total (en%)
Nord-Ouest	Supérieur	et	Supérieur	49,8	50,2	12,4	71,6	16,0	20,3	100
Sud-Ouest	Supérieur	et	Inférieur	61,8	38,2	14,4	74,7	10,9	20,4	100
Nord-Est	Inférieur	et	Supérieur	50,6	49,4	7,7	65,6	26,7	29,1	100
Sud-Est	Inférieur	et	Inférieur	63,0	37,0	6,5	69,2	24,3	32,5	100
ENS				50,9	49,1	14	69,9	13,2	23,3	100

Lecture : Au sud-ouest où les individus présentent un score de santé physique supérieur à la médiane et un score de santé mentale inférieur à la médiane, 61,8 % d'entre eux sont des femmes, 20,4 % sont inactifs et 20,4 % ont plus de 55 ans.

Cette prise régulière marque une situation très dégradée de santé dans les deux dimensions mesurées ici. Enfin, les limitations se distinguent très nettement selon qu'elles sont passées ou présentes, les secondes se situant logiquement dans le quadrant sud-est en lien direct avec une dégradation du score de santé physique. Les limitations passées occupent en revanche une zone « plus neutre », proche de l'appréciation de « bonne santé » laissant penser que la normalité présente de santé intègre également l'expérience de la maladie ou du handicap passés.

Du point de vue des variables de santé usuellement étudiées en lien avec les grandes caractéristiques sociodémographiques, on note la plus forte présence des femmes dans la zone sud du graphique, indiquant les moindres valeurs que prennent leurs scores de santé mentale par rapport aux hommes, résultat déjà observé dans le premier graphique de ce chapitre. Quant à la distribution selon l'âge, les plus jeunes sont, comme on pouvait le prévoir, notamment moins présents dans la zone est – ce qui traduit leur meilleure santé physique. De façon complémentaire, on retrouve les plus âgés dans cette même zone est où la santé physique est moins favorable, en notant qu'ils sont loin d'être absents notamment dans le quart nord-ouest qui type la « meilleure santé » relative, où les scores de santé physique et mentale sont, ensemble, les plus favorables. Ils sont plus nettement absents des situations qui combinent une relativement bonne santé physique à une santé mentale moins favorable (sud-est).

⁹³ La mention « très bonne santé » agrège ici les deux premières modalités de la réponse à la première question du mini-module européen (version SF-12 v2) : Excellente et très bonne.

