



Dossier



Emploi, conditions de travail et santé des 30-50 ans : des trajectoires contrastées entre 2006 et 2010

Corinne Mette, Nicolas de Riccardis, Lucie Gonzalez, Thomas Coutrot*

Les inégalités sociales de santé sont fortement liées aux carrières professionnelles. Pour analyser finement ces liens d'interdépendance, 4 600 hommes et femmes âgés de 30 à 50 ans en 2006 ont été interrogés en 2006 puis en 2010 sur leur situation d'emploi, leurs conditions de travail et leur état de santé. Au cours de ces quatre années marquées par le début de la crise économique de 2008, leur situation sur le marché du travail est relativement stable : 86 % des hommes et 73 % des femmes sont en emploi à la fois en 2006 et en 2010. Les conditions de travail déclarées se dégradent pour les personnes en emploi, sans toutefois d'effet notable sur leur santé. Ces évolutions globales masquent des disparités importantes au niveau individuel, dans les situations initiales et les évolutions entre 2006 et 2010. Six grands types de parcours permettent d'illustrer la diversité des trajectoires d'emploi, de conditions de travail et de santé entre 2006 et 2010. En particulier, la dégradation comme l'amélioration de l'exposition aux risques psychosociaux au travail (travailler sous pression, vivre des tensions avec le public, avoir des difficultés à concilier travail et obligations familiales, ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité, etc.) s'accompagnent d'une évolution parallèle de la santé mentale (épisodes dépressifs ou troubles anxieux).

À 35 ans, un homme ouvrier a une espérance de vie inférieure de 6,3 ans à celle d'un cadre [Blanpain, 2011] : c'est une des traductions du lien existant entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. Ces inégalités sociales de santé, observées dans tous les pays, ont des causes multiples, qui ne se limitent pas à des conditions inégales d'accès aux soins de santé [OMS, 2008]. Le travail fait partie des déterminants majeurs des inégalités sociales de santé tout d'abord parce qu'il détermine pour une large part les conditions de vie, de revenus, de logement et de protection sociale des personnes. En outre, la situation sur le marché du travail et les conditions de travail contribuent elles aussi directement à la consolidation ou à la dégradation de l'état de santé. Depuis une vingtaine d'années, le travail se densifie, les rythmes s'accroissent, l'autonomie se réduit [Gollac et Volkoff, 1996 ; Askenazy, 2004]. Dans ce contexte « d'intensification » du travail, la prévention des risques professionnels – dans leurs dimensions physiques et environnementales mais aussi organisationnelles et psychosociales – est un enjeu majeur de santé publique.

Le rôle protecteur ou néfaste du travail sur la santé est difficile à mesurer car il relève de multiples dimensions : le statut sur le marché du travail et les contraintes qui lui sont associées, incluant notamment la précarité de l'emploi (CDD, intérim et temps partiel subi, sécurité et dynamique de la carrière professionnelle, etc.), mais aussi la pénibilité physique, les contraintes organisationnelles et l'articulation avec la vie personnelle. En outre, les effets du travail sur la santé passent par de multiples canaux : ils peuvent affecter la santé physique ou mentale de façon positive ou négative [Bodier et Gollac, 2011 ; Lasfargues, 2005]. Ces effets peuvent être

* Thomas Coutrot, Corinne Mette, Dares ; Lucie Gonzalez, Nicolas de Riccardis, Drees.

immédiats ou différés, réversibles ou non. La mesure est rendue plus délicate encore par le fait que la santé joue aussi sur la participation au marché du travail et les conditions de travail de l'emploi occupé – ce que l'on appelle la sélection par la santé. Les situations d'emploi, de travail et de santé sont donc imbriquées de façon complexe.

L'objectif de ce dossier est de décrire la diversité des situations d'emploi, de travail et de santé en 2006 et de leurs dynamiques entre 2006 et 2010, pour les personnes au cœur des âges actifs. L'ambition est descriptive et non explicative ; on ne cherchera pas ici à se prononcer sur le sens causal des relations entre travail et santé. L'étude repose sur un panel de 4 600 personnes âgées de 30 à 50 ans fin 2006, interrogées en 2006 et à nouveau en 2010, sur leur situation d'emploi, leurs conditions de travail (pour les personnes en emploi) et leur santé dans le cadre de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (*encadré 1*). En combinant l'information disponible sur l'emploi et la santé des répondants en 2006 et 2010, six grandes classes de trajectoires types sont distinguées. Leur description permet de faire ressortir les associations entre santé et conditions de travail et de les mettre en regard des parcours professionnels et personnels antérieurs à 2006. Les influences réciproques entre travail et santé sont en effet de nature à se cumuler dans le temps et à interagir avec des éléments de la vie personnelle ou familiale des personnes [Volkoff, 2000 ; Lang, 2009].

86 % des hommes et 73 % des femmes sont en emploi à la fois en 2006 et en 2010

Parmi les répondants âgés de 30 à 50 ans en 2006 et ayant travaillé au moins un an avant 2010, la part des hommes qui occupent un emploi reste stable entre 2006 (91 %) et 2010 (92 %), tandis que celle des femmes progresse de 6 points pour atteindre 84 % en 2010 (*figure 1*).

Les allers et retours entre emploi et non-emploi sont plus fréquents chez les femmes : 11 % d'entre elles sont passées du chômage ou de l'inactivité à l'emploi entre 2006 et 2010, contre un peu moins de 6 % des hommes. Inversement, près de 5 % des hommes et des femmes sont sortis de l'emploi entre ces deux dates. Pour l'écrasante majorité, leur situation vis-à-vis de l'emploi est la même en 2006 et en 2010. Ainsi, 86 % des hommes et 73 % des femmes sont en emploi aux deux dates, et 11 % des femmes et 4 % des hommes sont au chômage ou inactifs en 2006 comme en 2010.

1. Évolution des situations d'emploi entre 2006 et 2010 selon le sexe

en %

	Situation d'emploi en 2006	Situation d'emploi en 2010		
		Emploi avec de bonnes conditions de travail	Emploi avec de mauvaises conditions de travail	Non-emploi
Hommes		36	55	8
Emploi avec de bonnes conditions de travail	40	24	15	2
Emploi avec de mauvaises conditions de travail	51	11	37	3
Non-emploi	9	2	4	4
Femmes		44	40	16
Emploi avec de bonnes conditions de travail	44	29	14	2
Emploi avec de mauvaises conditions de travail	34	9	22	2
Non-emploi	22	6	5	11

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondantes aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : 3 % des hommes passent d'un emploi avec de « mauvaises » conditions de travail en 2006 à une situation de chômage ou d'inactivité (non-emploi) en 2010.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

À partir des déclarations des personnes en emploi, il est possible de construire un score synthétique d'exposition à de mauvaises conditions de travail, tant physiques qu'organisationnelles ou psychosociales (encadré 2). On considère ici par convention que, tant en 2006 qu'en 2010, les personnes en emploi dont le score d'exposition est inférieur à la médiane calculée en 2006 ont de « bonnes » conditions de travail, tandis que l'autre partie de la population en emploi a de « mauvaises » conditions de travail.

Encadré 1

Source et champ de l'étude

L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP)

En France, le système statistique public fournit depuis des décennies des évaluations chiffrées sur les risques professionnels à partir des enquêtes *Conditions de travail* et *Surveillance médicale des risques professionnels* (SUMER), et sur la santé de la population et la présence de handicaps avec les enquêtes décennales *Santé*, l'enquête *Handicaps-incapacités-dépendance* et l'enquête *Handicap-Santé*. L'enquête SIP apporte un éclairage novateur en abondant de façon combinée et dynamique les interactions entre, d'une part, les conditions de travail et d'emploi et d'autre part l'état de santé, sur un échantillon représentatif de toute la population, en emploi ou non. Cette enquête a été conçue dans le cadre d'un partenariat entre la Drees et la Dares, avec l'appui scientifique du Centre d'études de l'emploi. Sa mise en œuvre a été assurée par l'Insee.

L'enquête SIP comporte une approche rétrospective biographique collectée lors de la première vague de l'enquête fin 2006-début 2007, ainsi qu'une approche longitudinale reposant sur une réinterrogation à quatre ans d'intervalle (fin 2010). Ainsi, 11 000 individus âgés de 24 à 78 ans en 2010 et vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine ont répondu aux deux vagues de l'enquête, quelle que soit leur situation vis-à-vis de l'emploi (études, emploi, inactivité, retraite, etc.). L'attrition liée au panel est relativement modeste (19 %) et a été corrigée à l'aide d'un modèle de correction de la non réponse totale suivi d'un calage sur marges [de Riccardis, 2012].

Lors de la première vague de l'enquête ont été identifiés : les événements marquants dans l'enfance (problèmes de santé, épisodes traumatiques) et dans la vie adulte (naissances,

hébergements précaires, etc.), l'ensemble des étapes de l'itinéraire professionnel depuis la fin des études initiales et les événements de santé. De plus, chacune de ces deux vagues décrit de façon détaillée la situation, au moment de l'enquête, des personnes interrogées au regard du travail, de l'emploi et de la santé.

Deux limites sont inhérentes à ce type d'enquête. D'une part, comme on n'interroge que les personnes vivant en ménage ordinaire, sont exclues du champ celles dont les conditions de travail ou les expositions professionnelles ont pu contribuer à entraîner des décès ou des hébergements en institution, ce qui conduit à une légère sous-estimation des effets négatifs du travail sur la santé. D'autre part, le caractère principalement rétrospectif et déclaratif des informations recueillies a des limites bien connues de la statistique et des sciences humaines : les effets de mémoire, de reconstruction ou de rationalisation (relativisation, légitimation, etc.) *a posteriori* des événements vécus. La subjectivité des réponses est aussi une richesse dans la mesure où elle reflète la perception que les personnes ont de leur situation [Guilho-Bailly *et al.*, 2009 ; Caroly et Cholez, 2009].

Le champ de l'étude

L'échantillon de l'étude est composé des personnes âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondantes aux deux vagues de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010. Sont exclues les quelques personnes qui, malgré la tranche d'âge restreinte retenue, se déclarent retraitées (12 en 2006 et 32 en 2010), de même que, bien entendu, les 40 répondants de la première vague décédés entre les deux vagues. On dispose ainsi de près de 4 600 répondants représentant 17 millions de personnes.

Globalement, les hommes sont plus exposés aux risques professionnels

Ce score synthétique de mauvaises conditions de travail est décliné selon cinq dimensions : les contraintes horaires, les contraintes physiques, la latitude décisionnelle, les exigences du travail et les autres contraintes organisationnelles. En ligne avec les résultats des enquêtes sur les conditions de travail [Arnaudo, 2012], les agriculteurs, les artisans et les ouvriers déclarent des conditions de travail globalement plus difficiles que les autres catégories, en raison des contraintes physiques (charges lourdes, produits toxiques, etc.) et horaires (travail de nuit, travail posté, journées morcelées, etc.). Les cadres et les professions intermédiaires signalent

Encadré 2

La construction d'un score d'exposition aux conditions de travail

Dans l'enquête SIP, les personnes en emploi sont interrogées de manière détaillée sur leurs conditions de travail. Au total, ont été introduites 29 questions issues d'autres enquêtes portant sur les conditions de travail ou de la littérature, notamment épidémiologique, sur le lien entre expositions professionnelles et santé. Pour les expositions psychosociales en particulier, le questionnaire SIP repose sur les travaux du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail [Bodier et Gollac, 2011] (pour le libellé exact des questions, voir le questionnaire de l'enquête en ligne www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire_enquete_sip_2010.pdf).

Les 29 questions sont réparties en cinq groupes :

– **les contraintes horaires** : travail entre minuit et 5 heures du matin ; durée du travail souvent supérieure à 48 heures par semaine ; travail posté ; déplacements fréquents obligeant à dormir hors du domicile ; horaires irréguliers difficilement prévisibles ; journée de travail morcelée ;

– **les contraintes physiques** : travail physiquement exigeant ; port de charges lourdes ; postures pénibles ou fatigantes à la longue ; bruit ; froid, chaleur, humidité ou saleté ; vibrations ; produits nocifs ou toxiques ;

– **la latitude décisionnelle** ou **l'autonomie** : travail répétitif ; ne pas employer pleinement ses compétences ; avoir peu de liberté pour décider comment faire le travail ; ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité ;

– **les exigences du travail** : travail sous pression ; penser à trop de choses à la fois ;

penser encore à son travail avant de s'endormir ; effectuer une quantité de travail excessive ;

– **les autres contraintes organisationnelles** : devoir cacher ses émotions ; travailler avec la peur de perdre son emploi ; faire des choses que l'on désapprouve ; avoir peur pendant son travail ; vivre des tensions avec le public ; ne pas voir son travail reconnu à sa juste valeur ; difficultés à concilier travail et obligations familiales ; pas de bonnes relations de travail avec les collègues.

La fréquence des expositions est mesurée à partir de quatre modalités : jamais, parfois, souvent et toujours. Pour chaque question posée, on attribue une valeur en fonction de la réponse donnée par l'enquêté, de 0 pour « jamais » à 3 pour « toujours ». Un indicateur synthétique global est ensuite construit en sommant les indicateurs partiels, pondérés de façon à ce que chacun d'eux contribue pour 20 % à l'indicateur global. Ainsi le poids de chacune des cinq dimensions dans l'indicateur global est le même et ne dépend pas du nombre de questions du groupe. Le score global croît entre 0 et 15, en fonction du nombre de contraintes au travail déclarées.

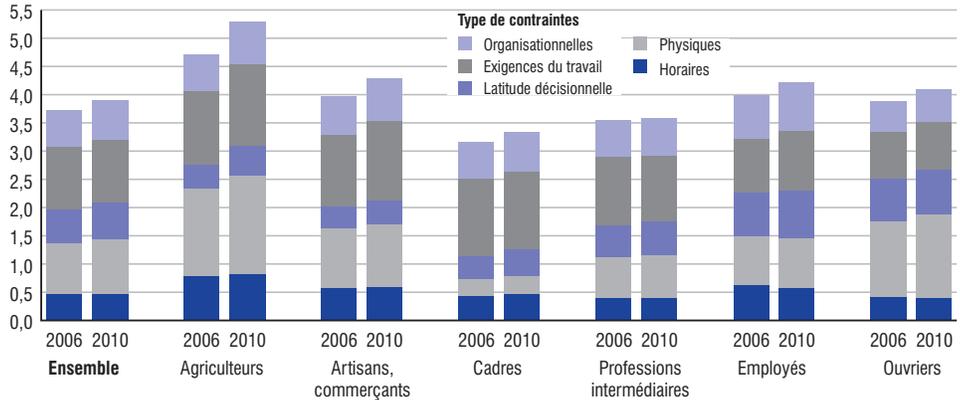
Enfin, les personnes sont classées en fonction de leur situation vis-à-vis de la médiane du score de 2006. Ainsi, les personnes en emploi dont le score est strictement inférieur à la médiane de 2006 sont considérées comme bénéficiant de « bonnes conditions de travail », les autres de « mauvaises conditions de travail ».

Les résultats présentés dans ce dossier résistent à des modifications du choix du seuil au-dessus duquel le score correspond à de « mauvaises » conditions de travail.

davantage que les employés et les ouvriers subir de fortes exigences dans leur travail (« travailler sous pression », « devoir penser à trop de choses à la fois », « avoir une quantité de travail excessive », etc.) (figures 2 et 3).

Avec les indicateurs ici retenus, les hommes apparaissent plus souvent exposés à des conditions de travail difficiles que les femmes. C'est notamment le cas pour les agriculteurs, les employés et les artisans. Chez les hommes agriculteurs ou artisans, les contraintes physiques

2. Score moyen d'exposition aux risques professionnels par catégorie sociale chez les hommes



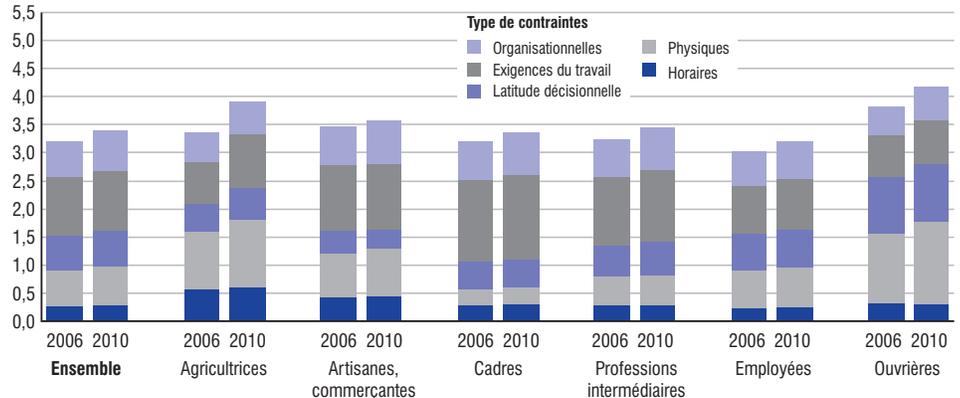
Champ : France métropolitaine, hommes en emploi, âgés de 30 à 50 ans en 2006, répondants aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : les hommes en emploi en 2010 affichent un score moyen d'exposition aux risques professionnels de 3,9, contre 3,7 pour les hommes en emploi en 2006. Avec un score moyen de 5,3, les agriculteurs en emploi en 2010 sont particulièrement exposés. Ce score se décompose en contraintes horaires (0,80), contraintes physiques (1,75), faible latitude décisionnelle (0,55), exigence au travail (1,45) et contraintes organisationnelles (0,75).

Note : le score moyen d'exposition aux risques professionnels est calculé de la sorte : en 2006 parmi les hommes en emploi en 2006, et en 2010 parmi les hommes en emploi en 2010.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

3. Score moyen d'exposition aux risques professionnels par catégorie sociale chez les femmes



Champ : France métropolitaine, femmes en emploi, âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondantes aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : les femmes en emploi en 2010 affichent un score moyen d'exposition aux risques professionnels de 3,4, contre 3,2 pour les femmes en emploi en 2006. Avec un score moyen de 4,2, les ouvrières en emploi en 2010 sont particulièrement exposées. Ce score se décompose en contraintes horaires (0,3), contraintes physiques (1,5), latitude décisionnelle (1,0), exigence au travail (0,8) et contraintes organisationnelles (0,6).

Note : le score moyen d'exposition aux risques professionnels est calculé de la sorte : en 2006 parmi les femmes en emploi en 2006, et en 2010 parmi les femmes en emploi en 2010.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

sont particulièrement fortes, chez les hommes employés, ce sont les contraintes horaires. Chez les cadres et les ouvriers, hommes et femmes ont des niveaux d'expositions semblables¹.

Les conditions de travail déclarées se dégradent entre 2006 et 2010

Le score moyen de mauvaises conditions de travail augmente d'environ 6 % entre 2006 et 2010. En effet, pour les hommes, il passe de 3,7 en 2006 à 3,9 en 2010, et pour les femmes, de 3,2 à 3,4 (figure 4).

4. Score moyen d'exposition aux risques professionnels selon les situations d'emploi en 2006 et 2010

	score moyen									
	Hommes					Femmes				
	Emploi en 2006		Non-emploi en 2006		Ensemble	Emploi en 2006		Non-emploi en 2006		Ensemble
	Emploi en 2010	Non-emploi en 2010	Emploi en 2010	Non-emploi en 2010		Emploi en 2010	Non-emploi en 2010	Emploi en 2010	Non-emploi en 2010	
2006	3,7	4,6	///	///	3,7	3,2	3,6	///	///	3,2
2010	3,9	///	4,5	///	3,9	3,4	///	3,2	///	3,4

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondantes aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : les hommes en emploi en 2006 et en 2010 ont un score moyen d'exposition aux risques professionnels de 3,7 en 2006 et de 3,9 en 2010.

Note : en raison des effectifs relativement faibles d'hommes et de femmes dont la situation d'emploi change entre 2006 et 2010, les scores moyens d'ensemble se distinguent peu des scores moyens des hommes et des femmes en emploi à la fois en 2006 et en 2010 (l'écart n'est apparent que sur la deuxième décimale du score d'ensemble).

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

Ces tendances se retrouvent également pour les personnes en emploi à la fois en 2006 et en 2010. Par définition, il n'est pas possible d'examiner l'évolution des conditions de travail de ceux n'ayant pas d'emploi à l'une ou l'autre de ces dates. On peut néanmoins remarquer que les personnes n'ayant plus d'emploi en 2010 déclaraient des conditions de travail en 2006 en moyenne moins bonnes que celles en emploi aux deux dates. Par ailleurs, en 2010, les hommes en emploi qui étaient au chômage ou inactifs en 2006 déclarent en moyenne des conditions de travail plus mauvaises que l'ensemble des hommes en emploi (score moyen de 4,5 contre 3,9). Ce n'est pas le cas pour les femmes qui ont retrouvé un emploi entre 2006 et 2010 : leurs conditions de travail en 2010 sont en effet meilleures que dans l'ensemble (3,2 contre 3,4). Ces contrastes, purement descriptifs, soulignent l'intérêt de construire une typologie prenant en compte à la fois la situation des personnes vis-à-vis de l'emploi et leurs conditions de travail aux deux dates.

La crise économique survenue à compter de 2008 s'est accompagnée d'une dégradation des conditions de travail en Europe [Eurofound, 2012]. L'évolution défavorable des conditions de travail observée ici pourrait donc partiellement s'expliquer par les effets du contexte économique. Ainsi, 14 % des répondants ayant un emploi à chacune des vagues ont déclaré avoir vécu, dans l'année précédant l'enquête de 2010, une diminution non souhaitée de leur temps de travail et de leur rémunération (assimilable pour les salariés à du chômage partiel), ou un plan de licenciement au sein de leur établissement employeur. Pour ces personnes, l'autonomie dans le travail a plus fortement reculé et les exigences du travail se sont davantage accrues que pour l'ensemble du panel.

1. Ces résultats issus de SIP diffèrent sur ce point de ceux observés dans l'enquête SUMER 2010 où les femmes subissent un peu plus de tension au travail, de manque de latitude décisionnelle et de manque de soutien social que les hommes.

Entre 2006 et 2010, à l'effet de vieillissement près, l'état de santé déclaré est stationnaire

La mesure de l'état de santé est complexe car multidimensionnelle. Dans cette étude, sept indicateurs, répartis en quatre groupes, permettent d'appréhender diverses facettes de l'état de santé déclaré par les enquêtés en 2006 et en 2010. Il s'agit de l'état de santé « perçu », des limitations fonctionnelles et d'activité, des troubles du sommeil ou musculo-squelettiques, et enfin, de la santé mentale (encadré 3).

Comme dans toutes les enquêtes, les femmes se déclarent plus souvent en mauvaise santé que les hommes. Cela s'explique en partie par le fait que, tout au long de leur vie, les femmes sont plus attentives à leur état de santé et sont plus proches du système de soins que les hommes [Fourcade *et al.*, 2013]. Ainsi, en 2006, 18 % des hommes et 22 % des femmes interrogés déclarent un état de santé altéré (figure 5). Concernant la santé mentale, les femmes sont plus nombreuses à déclarer des épisodes dépressifs majeurs ou des troubles anxieux généralisés.

5. Les indicateurs de santé par sexe

	en %					
	Hommes			Femmes		
	30-50 ans en 2006	34-54 ans en 2010	34-54 ans en 2006	30-50 ans en 2006	34-54 ans en 2010	34-54 ans en 2006
Santé altérée	18	23	22	22	27	26
Limitations						
fonctionnelles	9	13	12	10	15	13
d'activité	10	14	13	12	15	14
Troubles						
musculo-squelettiques	42	47	44	43	48	46
du sommeil	42	43 ¹	56 ¹	49	55 ¹	49 ¹
Santé mentale						
Épisodes dépressifs majeurs	4	6	5	8	8	9
Troubles anxieux généralisés	4	4	5	7	8	7

1. Les écarts entre le chiffre de la deuxième colonne et celui de la troisième colonne (pour les hommes et pour les femmes respectivement) sont significatifs au seuil de 5 % : cela signifie que l'évolution de la prévalence des troubles du sommeil entre 2006 et 2010 pour les personnes du panel est significativement différente de celle qui aurait découlé du seul vieillissement de 4 ans.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondantes aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010, ainsi que les personnes âgées de 34 à 54 ans en 2006 et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : en 2006, 18 % des hommes âgés de 30 à 50 ans déclarent un état de santé altéré ; ils sont 23 % en 2010. Parmi les répondants de la première vague âgés de 34 à 54 ans en 2006 et ayant travaillé au moins un an, 22 % déclaraient une santé altérée.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

Entre 2006 et 2010, la santé déclarée par les enquêtés se dégrade : ainsi 25 % d'entre eux signalent une santé altérée en 2010 contre 20 % en 2006. Cependant, cette évolution est pour l'essentiel imputable au vieillissement des personnes interrogées. En effet, entre 2006 et 2010, celles-ci ont vieilli de 4 ans et sont donc âgées de 34 à 54 ans. Leurs indicateurs de santé en 2010 sont similaires à ceux des personnes âgées de 34 à 54 ans en 2006. Seule la prévalence des troubles du sommeil apparaît plus élevée qu'attendue chez les femmes en 2010, mais moins élevée chez les hommes. La santé des personnes interrogées ne s'est donc pas dégradée au-delà de l'effet naturel de l'âge.

Ces résultats ne rejoignent pas complètement les résultats obtenus jusqu'ici dans les travaux sur les liens entre crise économique et santé [Jusot, 2012]. Contrairement aux idées reçues, en raison d'une moindre intensité du travail, la mortalité et les problèmes de santé ont tendance à se réduire pendant les récessions, en dehors des suicides et des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, le nombre de personnes en emploi étant plus faible, le nombre

La mesure de la santé dans l'enquête SIP

Les sept indicateurs de santé retenus sont répartis en quatre groupes.

Le premier groupe est le plus général et concerne l'état de santé « perçu ». Bien que très générale et subjective, la santé perçue est reconnue comme une mesure synthétique de l'état de santé [Montaut, 2010]. Ainsi, la santé perçue sera dite « altérée » lorsque l'enquêté perçoit son état général de santé comme « moyen », « mauvais » ou « très mauvais », et inversement « non altérée » lorsqu'il le perçoit comme « bon » ou « très bon ». Ce regroupement permet de mieux identifier les personnes qui ont une vision négative de leur santé.

Le deuxième groupe se rapporte aux limitations fonctionnelles et aux limitations d'activité. Les limitations fonctionnelles sont des altérations de fonctions physiques non passagères rencontrées dans la vie quotidienne. Quatre d'entre elles ont été retenues ici : difficultés pour manipuler de petits objets, pour se baisser ou s'agenouiller,

pour monter ou descendre un escalier ou pour se couper les ongles des orteils (afin de traduire le manque de souplesse). Ces limitations fonctionnelles peuvent à leur tour conduire ou non à des limitations d'activité, approchées par les déclarations des personnes sur leurs difficultés, pour des raisons de santé, à effectuer seules certains actes de la vie quotidienne.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) concernent les douleurs ressenties à l'épaule, au coude, au poignet, à la main, au dos ou au bras. Déclarer au moins une de ces douleurs est ainsi associé à un TMS. Ces derniers sont regroupés avec les troubles du sommeil dans un troisième groupe sous le libellé « troubles ».

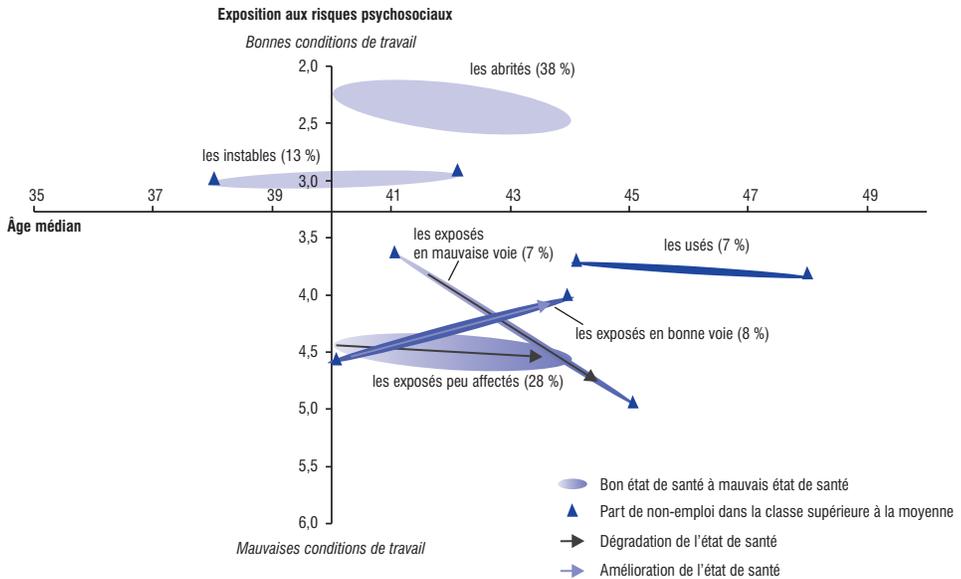
Enfin, le groupe « santé mentale » rassemble deux indicateurs relatifs aux épisodes dépressifs majeurs et aux troubles anxieux généralisés, calculés à l'aide d'un outil statistique diagnostique, le MINI (*Mini international neuropsychiatric interview*).

d'accidents du travail ou de maladies professionnelles tendent à diminuer. Mais, dans le panel SIP étudié ici, la crise économique ne se traduit à ce stade ni par une baisse de la proportion de personnes en emploi, ni par une plus faible intensité du travail (c'est plutôt l'inverse pour ce dernier point). Par ailleurs, les récessions tendraient à aggraver les inégalités sociales de santé car les effets de court terme seraient plus néfastes pour les moins favorisés. Les résultats présentés dans la suite sur les grands types de trajectoires d'emploi, de travail et de santé entre 2006 et 2010 illustrent ces phénomènes, même s'ils restent descriptifs et ne permettent pas d'établir de liens de cause à effet. Il ressort enfin de cette revue de littérature que les difficultés économiques peuvent dégrader la santé à long terme si elles sont durables, notamment en raison du renoncement aux soins pour raisons financières.

Six grands types de trajectoires emploi-travail-santé entre 2006 et 2010 se distinguent

À l'aide d'indicateurs synthétiques résumant les situations sur le marché du travail et les états de santé en 2006 et en 2010, les trajectoires individuelles sur la période 2006-2010 peuvent se regrouper en six grands types de parcours. Ces six « classes » rassemblent des personnes dont les situations d'emploi, de conditions de travail et de santé sont proches, aussi bien en niveau en 2006 qu'en évolution entre 2006 et 2010 (encadré 4). On distingue d'une part deux groupes faiblement exposés aux risques professionnels, les « abrités » et les « instables », et d'autre part, quatre groupes plus fortement exposés mais dont les situations au regard de la santé ou de l'emploi se différencient : il s'agit des « exposés peu affectés », des « exposés en bonne voie », des « exposés en mauvaise voie » et des « usés » (figure 6).

6. Les six classes de la typologie



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 30 à 50 en 2006, répondantes aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010. Lecture : les deux dimensions du plan correspondent, en abscisse, à l'âge médian de la classe et, en ordonnée, au niveau d'exposition médian aux risques professionnels. Les deux axes se croisent à l'âge médian et au niveau d'exposition médian en 2006 du panel d'étude. Pour chacune des classes, l'extrémité gauche des aires représente donc le positionnement de la classe en 2006 et l'extrémité droite son positionnement en 2010 sur les deux dimensions (âge médian et niveau d'exposition aux risques professionnels). L'aire traduit le poids de la classe dans l'ensemble de la population. Les triangles de couleur bleue signalent une part de personnes sans emploi dans la classe supérieure à la moyenne. L'état de santé déclaré est indiqué par le dégradé de couleurs allant du violet clair (bon) au violet foncé (mauvais) ; son évolution, lorsqu'elle est significativement différente de l'évolution moyenne, est matérialisée par les flèches de couleurs noire (dégradation) et violette (amélioration).

L'âge médian des « exposés en mauvaise voie » est de 41 ans en 2006 (et donc 45 ans en 2010). Leur niveau médian d'exposition aux risques professionnels augmente (aire inclinée vers le bas à droite), de 3,6 en 2006 à 4,9 en 2010. En 2010, 24 % des personnes de cette classe n'ont pas d'emploi, une part supérieure à la moyenne obtenue sur l'ensemble de la population (12 %). L'aire est colorée en clair en 2006 et en foncé en 2010. Son état de santé déclarée s'est donc dégradé et de manière significative (flèche noire).

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

Encadré 4

La construction des typologies

La construction de la typologie est faite en deux étapes. Tout d'abord, une analyse factorielle multiple (AFM) permet d'identifier les principaux axes factoriels expliquant l'évolution temporelle conjointe des situations d'emploi, de conditions de travail et de santé. Ainsi, les variables utilisées pour cette AFM sont : emploi avec de bonnes conditions de travail, emploi avec de mauvaises conditions de travail, non-emploi, santé altérée, présence (oui ou non) de limitations fonctionnelles, de limitations d'activité, de troubles musculo-squelettiques, de troubles du sommeil, d'épisode

dépressif majeur ou de trouble anxieux généralisé en 2006 et 2010. Sept axes factoriels représentant 60 % de l'inertie sont retenus. Ensuite, une classification ascendante hiérarchique (CAH) permet de regrouper les personnes « proches » en fonction de leurs distances aux axes factoriels précédemment obtenus. La typologie a été construite à partir des données tous sexes confondus, les écarts d'état de santé entre les classes ainsi obtenues sont de bien plus grande ampleur que ceux observés entre hommes et femmes.

Les âges médians des personnes de ces six classes sont assez proches, autour de 40 ans, sauf pour la classe des « instables », un peu plus jeune, et celle des « usées », un peu plus âgée (figure 7).

7. Caractéristiques des six classes de la typologie

	Poids de la classe dans le panel	Âge médian en 2006 (en années)	Part de femmes
Les abrités	38	40	49
Les instables	13	38	71 ¹
Les exposés peu affectés	28	40	37 ¹
Les exposés en bonne voie	8	40	62 ¹
Les exposés en mauvaise voie	7	41	59 ¹
Les usés	7	44	54
Ensemble	100	40	51

en %

1. Ces données présentent des écarts à la moyenne significatifs au seuil de 5 %.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondant aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : la classe des « instables » rassemble 13 % des individus du panel, dont la moitié à moins de 38 ans en 2006, et 71 % sont des femmes.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

Les « abrités » : pas de chômage et des conditions de travail salutaires

Près de quatre enquêtés sur dix appartiennent à la classe des « abrités » (38 %). Ils ont tous un emploi à la fois en 2006 et en 2010, avec pour la plupart de « bonnes » conditions de travail (83 % en 2006 et 74 % en 2010) (figure 8). Les « abrités » ont passé en moyenne plus des trois quarts de leur carrière dans des emplois non exposés au travail de nuit, aux travaux répétitifs ou physiquement exigeants, ou aux produits nocifs (figure 9) ; autant de « pénibilités physiques » reconnues comme susceptibles de dégrader durablement la santé [Lasfargues, 2005]. Parmi les « abrités », une personne sur deux est cadre ou profession intermédiaire contre environ deux sur cinq dans l'ensemble du panel d'étude. En matière de parité, avec près de 49 % de femmes, la classe des « abrités » est la plus équilibrée.

8. Situation d'emploi aux deux vagues d'enquête des six classes de la typologie

	Situation d'emploi en 2006				Situation d'emploi en 2010			
	En emploi avec de relatives bonnes conditions de travail	En emploi avec de mauvaises conditions de travail	Non-emploi	Ensemble	En emploi avec de relatives bonnes conditions de travail	En emploi avec de mauvaises conditions de travail	Non-emploi	Ensemble
Les abrités	83	17	0	100	74	26	0	100
Les instables	10	9	82	100	27	22	52	100
Les exposés peu affectés	13	87	0	100	12	88	0	100
Les exposés en bonne voie	16	56	28	100	24	51	24	100
Les exposés en mauvaise voie	35	48	17	100	19	57	24	100
Les usés	29	45	26	100	28	45	27	100
Ensemble	42	42	16	100	40	48	12	100

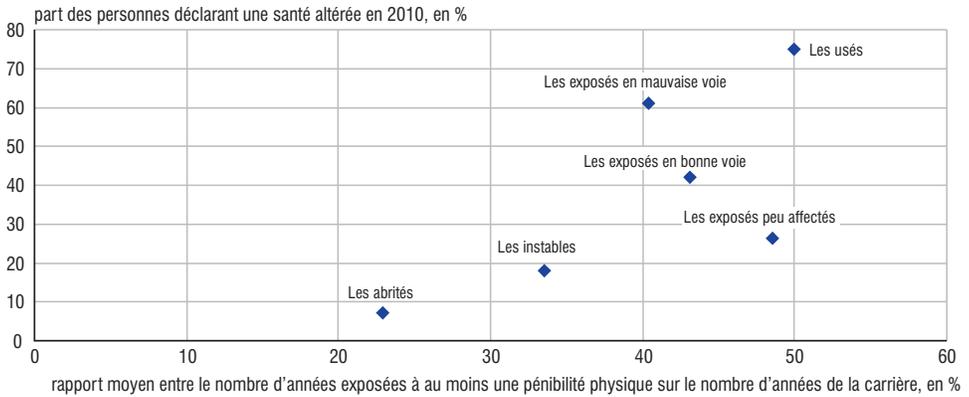
en %

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondantes aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : en 2010, dans la classe des « exposés en mauvaise voie », 19 % sont en emploi avec de bonnes conditions de travail, 57 % sont en emploi avec de mauvaises conditions de travail et 24 % sont inactifs ou au chômage.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

9. État de santé et pénibilité des carrières dans les six classes de la typologie



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondantes aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : les « abrités » ont passé 23 % de leurs années de carrière professionnelle en étant exposés aux pénibilités physiques, et 7 % d'entre eux signalent une santé altérée en 2010.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

La santé des « abrités » est meilleure que celle des autres enquêtés tant en 2006 qu'en 2010 (figure 10). Ainsi, seulement 7 % des « abrités » déclarent une santé altérée en 2010, contre 25 % dans l'ensemble du panel. Un tiers des « abrités » signale souffrir de troubles musculo-squelettiques ou de troubles du sommeil, contre la moitié des enquêtés en 2010.

10. Les indicateurs de santé par classe aux deux vagues

en %

	Santé altérée		Limitations				Troubles				Épisodes dépressifs majeurs		Troubles anxieux généralisés	
			fonctionnelles		d'activité		musculo-squelettiques		du sommeil		2006	2010	2006	2010
	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010				
Les abrités	4	7	2	3	1	2	32	31	32	35	0	0	0	0
Les instables	14	19	2	10 ¹	6	11	31	40	36	38	0	0	0	0
Les exposés peu affectés	18	26 ¹	7	14 ¹	7	16 ¹	47	55	46	52 ¹	0	0	0	0
Les exposés en bonne voie	51	41 ¹	17	19	21	23	57	60	86	74 ¹	66	31 ¹	64	30 ¹
Les exposés en mauvaise voie	34	61 ¹	16	33 ¹	18	43 ¹	50	74 ¹	62	92 ¹	8	64 ¹	1	53 ¹
Les usés	79	75	69	65	76	57 ¹	80	83	77	72	13	0 ¹	7	1 ¹
Ensemble	20	25	10	14	11	15	43	47	46	49	6	7	5	6

1. L'évolution entre 2006 et 2010 est significativement plus forte que celle associée au vieillissement de quatre ans.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondantes aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : en 2006, 20 % des individus du panel d'étude déclarent un état de santé altéré, et 25 % en 2010. Cette évolution est liée au vieillissement des répondants entre les deux dates.

Note : voir l'encadré 3 pour une description des indicateurs de santé.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

Les « instables » : sans emploi ou en emploi instable, de santé moyenne

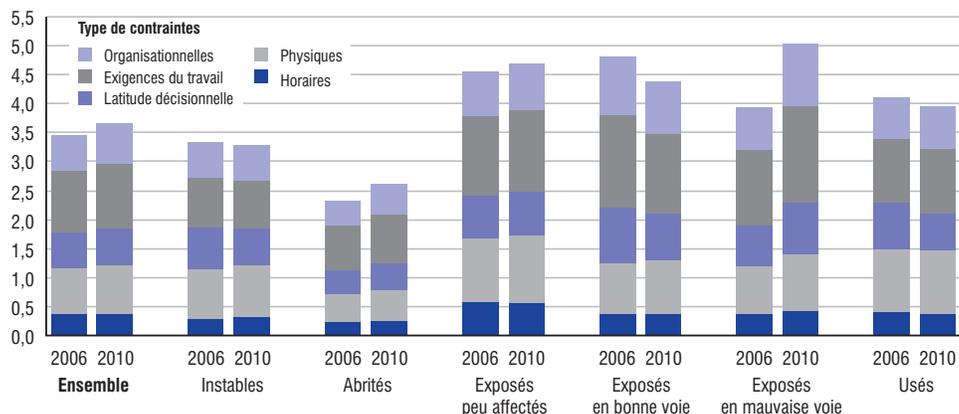
Les « instables » (13 % des personnes du panel) sont souvent au chômage ou inactifs, particulièrement en 2006. Près de 82 % des « instables » n'avaient pas d'emploi en 2006, contre seulement 16 % dans l'ensemble. Si nombre d'entre eux ont accédé à l'emploi en 2010, ils sont encore 52 % sans emploi à cette date contre 12 % pour l'ensemble du panel étudié.

Quand les personnes de cette classe ont un emploi, c'est un emploi qui n'a pas duré puisqu'aucune de celles qui étaient en emploi en 2006 ne l'est encore en 2010. Par ailleurs, un quart des « instables » n'a exercé aucun emploi entre les deux dates, contre seulement 7 % dans l'ensemble du panel. Pour ceux qui ont occupé un emploi entre 2006 et 2010, c'est plus souvent sur une courte période : 41 % d'entre eux ont travaillé de un à trois ans, contre seulement 9 % du panel.

La classe des « instables » est la plus jeune ; l'âge médian y est de 38 ans. Elle est aussi très féminine (71 %). Les femmes y sont souvent employées, et les hommes majoritairement ouvriers. Les femmes ont plus souvent été continûment sans emploi sur toute la période 2006-2010 que les hommes : 30 % contre 10 %. Trois femmes sur quatre dans cette situation se sont déclarées « au foyer » en 2010. L'inactivité de certaines de ces femmes « instables » pourraient donc être en partie liée à la maternité et à l'éducation de leurs enfants.

Lorsqu'ils sont en emploi, les « instables » sont plus exposés aux risques professionnels que les « abrités », mais moins que l'ensemble du panel, hormis pour les contraintes physiques et le manque d'autonomie (figure 11). D'une santé meilleure que l'ensemble des personnes du panel d'étude, les « instables » déclarent néanmoins beaucoup plus souvent que les « abrités » un état de santé altéré (14 % contre 4 % en 2006, et 19 % contre 7 % en 2010) et des limitations d'activité.

11. Score moyen d'exposition aux risques professionnels dans les six classes



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 30 à 50 ans en 2006, répondant aux vagues 2006 et 2010 de l'enquête et ayant travaillé au moins un an avant 2010.

Lecture : en 2006, le score moyen d'exposition aux mauvaises conditions de travail des personnes en emploi est de 3,5, il passe à 3,7 en 2010. Pour les personnes en emploi de la classe des « instables », le score moyen est de 3,3 en 2006. Il peut être décomposé en « contraintes horaires » (0,30), « contraintes physiques » (0,85), « latitude décisionnelle » (0,70), « exigences du travail » (0,85) et « autres contraintes organisationnelles » (0,60).

Note : le score moyen d'exposition aux risques professionnels dans chaque classe est calculé de la sorte : en 2006 parmi les personnes en emploi en 2006, et en 2010 parmi les personnes en emploi en 2010.

Sources : Dares, Drees, enquête Santé et itinéraire professionnel 2006 et 2010.

Les « exposés peu affectés » : des travailleurs exposés, plutôt en bonne santé, quoiqu'en dégradation

La classe des « exposés peu affectés » regroupe 28 % des personnes du panel. Ils ne sont pas touchés par le chômage ou l'inactivité : tous sont en emploi en 2006 comme en 2010. En revanche, dans près de neuf cas sur dix, ils sont exposés à de mauvaises conditions de travail, notamment des contraintes horaires (travail de nuit, travail en équipes, etc.) et un travail physiquement exigeant. En moyenne, ils ont passé près de la moitié de leur carrière dans des emplois exposés à la pénibilité physique.

Pour autant, leur santé n'est initialement pas mauvaise : pour tous les indicateurs étudiés, ils se situent en 2006 autour de la moyenne, hormis pour la santé mentale où ils sont et demeurent exempts de troubles anxieux généralisés ou d'épisodes dépressifs majeurs.

Si leur niveau d'exposition aux risques professionnels ne connaît pas d'aggravation sur la période, leur santé se dégrade entre 2006 et 2010 plus vite que ce que le passage de quatre années aurait laissé attendre. C'est particulièrement le cas pour les limitations fonctionnelles et les limitations d'activité. Les troubles musculo-squelettiques touchent 55 % d'entre eux en 2010 (contre 47 % dans l'ensemble).

Dans cette classe, les hommes sont majoritaires (63 %) et ils occupent plus souvent que la moyenne des postes d'artisans ou d'agriculteurs. Il s'agit sans doute de personnes dont la santé relativement robuste a résisté à des expositions fortes, au moins jusqu'en 2006², même si une dégradation semble alors s'enclencher pour certains d'entre eux.

Les « exposés en bonne voie » : des conditions de travail et une santé mentale en amélioration, notamment grâce à une plus forte mobilité professionnelle

Deux classes se distinguent par des évolutions marquées mais en sens opposés de leurs conditions de travail et de leur santé : les « exposés en bonne voie » (8 % du panel) connaissent une forte amélioration de leurs conditions de travail et de leur santé entre 2006 et 2010, alors que les « exposés en mauvaise voie » (7 %) subissent une nette détérioration de leur situation dans ces deux domaines. Ces deux classes sont composées en majorité de femmes (62 % et 59 % respectivement).

Les « exposés en bonne voie » ont les plus hauts scores moyens de mauvaises conditions de travail en 2006, notamment sur la dimension « exigences du travail », et sur les autres contraintes organisationnelles. L'amélioration de leurs conditions de travail résulte d'une plus grande autonomie et d'exigences au travail et autres contraintes organisationnelles moins fortes en 2010. Cette évolution favorable des conditions psychosociales du travail est associée à une amélioration de leur santé, particulièrement sur le plan mental. Ainsi, la part des personnes déclarant un épisode dépressif majeur ou un trouble anxieux généralisé, initialement très élevée (respectivement 66 % et 64 %), est divisée par deux entre 2006 et 2010 ; les troubles du sommeil se réduisent eux aussi. L'amélioration de leurs conditions psychosociales de travail et de leur santé mentale est associée à une mobilité professionnelle plus fréquente : 27 % des « exposés en bonne voie » ont changé d'employeur entre 2006 et 2010, contre 19 % dans l'ensemble du panel.

Les « exposés en mauvaise voie » : des risques psychosociaux en forte hausse et une santé mentale très dégradée

Les « exposés en mauvaise voie » qui restent en emploi, voient leurs conditions de travail se dégrader de manière importante entre les deux vagues de l'enquête. Leur niveau médian d'exposition aux risques professionnels, déjà élevé en 2006, augmente de 37 % entre 2006 et 2010 (+ 8 % pour l'ensemble du panel). Cette augmentation touche davantage les hommes que les femmes, et s'explique surtout par un durcissement des exigences du travail et des autres contraintes organisationnelles.

2. Lasfargues [2005], notamment, montre que la santé n'est pas nécessairement plus dégradée pour les personnes exposées physiquement le plus longtemps. En effet, les travailleurs dont l'état de santé est dégradé, que ce soit dû ou non à des expositions professionnelles, tendent à quitter plus précocement ces emplois, voire le marché du travail. À l'inverse, les travailleurs initialement en meilleure santé ou plus résistants que les autres parviennent mieux à supporter de longues périodes de conditions de travail pénibles : ce phénomène est appelé « effet du travailleur sain » dans la littérature épidémiologique.

Les « exposés en mauvaise voie » connaissent aussi une dégradation de leur situation sur le marché du travail puisque la part des personnes au chômage ou inactives passe de 17 % en 2006 à près de 24 % en 2010.

Parallèlement, les « exposés en mauvaise voie » connaissent une nette dégradation de l'ensemble de leurs indicateurs de santé, particulièrement de santé mentale, avec une apparition marquée d'épisodes dépressifs majeurs et de troubles anxieux généralisés. Ainsi 8 % d'entre eux signalaient un épisode dépressif en 2006, cette proportion monte à 64 % en 2010.

Ces deux classes – « exposés en bonne ou mauvaise voie » – se distinguent donc fortement du reste du panel par la prévalence des problèmes de santé mentale. Au-delà des conditions psychosociales du travail, difficiles pour ces deux classes, ces problèmes font écho à une histoire personnelle parfois éprouvante, comme en témoigne la proportion importante dans ces classes de personnes ayant vécu un événement traumatique, comme un deuil ou des violences familiales dans l'enfance (23 % pour les « exposés en bonne voie » et 15 % pour les « exposés en mauvaise voie »³, contre 9 % dans l'ensemble du panel).

Enfin, les « exposés en bonne ou mauvaise voie » s'estiment plus souvent en situation d'isolement social. En effet, 27 % des « exposés en bonne voie » et 22 % des « exposés en mauvaise voie » déclarent au moins à l'une des deux dates n'avoir personne dans leur entourage pour « discuter de choses personnelles pour prendre une décision difficile », contre 12 % pour l'ensemble du panel d'étude.

Néanmoins, au-delà de ces traces durables laissées par l'histoire personnelle, le contraste entre ces deux classes indique le caractère potentiellement réversible de brusques dégradations ou de fortes améliorations conjointes des conditions de travail et de l'état de santé.

Les « usés », avec une santé dégradée, connaissent des fins de carrière difficiles

La dernière classe est celle des « usés » (7 % des personnes du panel). Ils sont pour les deux tiers d'entre eux en emploi en 2006 et en 2010, souvent avec de mauvaises conditions de travail (trois fois sur cinq en 2006 comme en 2010). Les « usés » présentent cependant des niveaux d'exposition aux risques du travail en 2006 et 2010 moins élevés que les « exposés peu affectés ». Mais comme ces derniers, les « usés » ont passé en moyenne presque la moitié de leur carrière exposés à des pénibilités physiques. Cependant, à la différence des « exposés peu affectés », l'autonomie au travail des « usés » s'améliore assez nettement entre 2006 et 2010.

C'est sur le plan de la santé que les « usés » se distinguent le plus fortement. Ils sont près de trois sur quatre à déclarer une santé altérée en 2006 comme en 2010. Les « usés » déclarent très fréquemment des limitations fonctionnelles (69 % en 2006) et des limitations d'activité (76 %) ; ces dernières sont moins souvent signalées en 2010 mais restent à un niveau élevé (57 %). Leur santé mentale, un peu plus dégradée que la moyenne en 2006, s'améliore néanmoins en 2010, probablement en lien avec une plus grande autonomie au travail observée chez les « usés » en emploi.

C'est une classe un peu plus âgée que les autres – l'âge médian y est de 44 ans – et qui compte davantage d'ouvriers, plutôt peu diplômés. Là encore, on observe une interaction entre cette usure de la santé associée au travail et des fragilités personnelles : les « usés » sont 20 % à signaler avoir connu de sérieux problèmes de santé dans leur enfance contre 9 % du panel (et 5 % des « abrités »). De même, 22 % d'entre eux signalent avoir manqué de soutien social dans leur vie personnelle au cours de la période contre 14 % pour l'ensemble du panel et 8 % des « abrités ». ■

3. La différence n'est pas significative « toutes choses égales par ailleurs » avec l'ensemble du panel pour les « exposés en mauvaise voie ».

Pour en savoir plus

Askenazy P., « Les désordres du travail, enquête sur le nouveau productivisme », *La République des idées*, Seuil, 2004.

Arnaudo B., Cavet M., Coutrot T., Léonard M., Rivalin R., Sandret N., « L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER », *Dares Analyses* n° 023, 2012.

Blanpain N., « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », *Insee Première* n° 1372, octobre 2011.

Bodier M., Gollac M. (sous la direction de), « Rapport du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail », 2011.

www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Rapport-College-SRPST.pdf

Caroly S., Cholez C., « Santé et itinéraires professionnels des moins de 35 ans : insertion, apprentissage et construction identitaire », *Document de travail, série Études et recherches* n° 96, Drees, décembre 2009.

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

Eurofound, « After restructuring : Labour markets, working conditions and life satisfaction », Publications Office of the European Union, ERM report 2012.

Fourcade N., Gonzalez L., Husson M., Rey S., « La santé des femmes en France », *Études et résultats* n° 834, Drees, mars 2013.

Gollac M., Volkoff S., « Citius, altius, fortius, l'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 114, p.54-67, 1996.

Guiho-Bailly M.-P., Bertin C., Dubre J.-Y., Lancien N., Machefer J., Parent D., « Rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et construction de la santé. Rapport final », *Document de travail, série Études et recherches* n° 95, Drees, décembre 2009.

Jusot F., « Les récessions économiques sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? », *Les Tribunes de la santé*, 2012/3 n° 36, p.73-80.

Lang T., « La santé se construit dans un environnement social » *Questions de santé publique* n° 7, décembre 2009.

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

Montaut A., « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes », *Études et résultats* n° 717, Drees, 2010.

OMS, « Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », Commission on social determinants of health (CSDH), Rapport final, août 2008.

Volkoff S., « Santé au travail : l'inégalité des parcours » in *Les inégalités sociales de santé*, sous la direction de Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang Th., La Découverte, 2000.
