



De nombreuses données montrent le rôle important des conditions de travail et des itinéraires professionnels – chômage, précarité... – sur les inégalités sociales de santé. Pourtant ces données ne sont que très peu prises en compte dans les politiques.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

Thomas Coutrot
Économiste et statisticien

Le travail : un point aveugle des inégalités sociales de santé

Pour justifier la priorité accordée à la réduction des inégalités sociales de santé, la stratégie nationale de santé 2018-2022 (SNS) rappelle d'emblée qu'il existe « un différentiel d'espérance de vie à 35 ans de 6,4 ans en moyenne entre les ouvriers et les cadres supérieurs masculins, et de 3,2 ans en moyenne entre les ouvriers et les cadres supérieurs féminins ». Le texte affirme ensuite que « chacun des objectifs de la stratégie nationale de santé vise à la réduction de l'ensemble des inégalités en matière de santé ». Toutefois le mot « ouvrier », employé deux fois dans les premières lignes, n'apparaît plus qu'une seule fois dans les cent autres pages du texte.

Dans un premier temps, nous montrerons que les autorités sanitaires françaises et européennes ne voient pas de rapport entre travail et inégalités sociales de santé. Dans un second temps, nous évoquerons quelques raisons pour lesquelles c'est tout à fait regrettable, avant de nous interroger, en conclusion, sur les raisons possibles de cette cécité et les moyens d'en sortir.

Des politiques de santé publique aveugles au travail

On ne peut pourtant pas dire que l'importance des conditions de travail soit totalement ignorée par la SNS : quatre pages (56-59) et trois actions prioritaires sont dédiées à la prévention des risques professionnels dans le secteur de la santé pour « prendre soin de ceux qui soignent », préserver la qualité des soins et l'attractivité des métiers. C'est important au vu des conditions de travail très dégradées de ces métiers, mais cela ne concerne pas directement la question des inégalités sociales

de santé. Pour le reste, sur plus de cinquante actions prioritaires, une seule concerne les risques professionnels : « promouvoir la santé au travail, développer une culture de prévention dans les milieux professionnels et réduire la fréquence et la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail ».

La place de cette priorité dans le document est révélatrice de sa logique globale : elle figure dans la première partie, « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ». Or c'est la deuxième partie de la SNS qui traite des inégalités, appréhendées sous le seul prisme des « inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ». Autrement dit, la prévention est comme exonérée de l'ambition de lutte contre les inégalités, qui repose tout entière sur le système de soins.

Le texte porte un diagnostic court mais précis sur la santé au travail : « Le travail exercé dans de bonnes conditions contribue au maintien d'un bon état de santé. Pourtant, en 2012, les régimes général et agricole ont reconnu plus de 56 000 nouveaux cas de maladies professionnelles, dont 87 % de troubles musculosquelettiques et 8 % d'affections causées par l'amiante. En 2010, 2,2 millions de salariés sont exposés à au moins un produit chimique cancérigène. Les facteurs de stress sont également en cause. Aujourd'hui, 61 % des actifs occupés sont exposés à trois facteurs de risques psychosociaux au moins, les employés et les ouvriers étant les plus exposés. Ces expositions peuvent générer des maladies cardiovasculaires, des problèmes de santé mentale et des troubles musculosquelettiques. »

Suivent quelques pistes d'action, reprises pour l'essentiel des deux premiers plans

santé travail et formulées de façon fort générale (lutter contre les troubles musculosquelettiques et les risques psychosociaux, améliorer la coordination des acteurs...); la plus innovante (développer le télétravail « en raison de ses impacts positifs sur la santé des personnels, la qualité de vie au travail, la productivité et sur l'environnement compte tenu de la réduction des déplacements ») étant d'ailleurs contestable au vu des récents travaux sur la question¹, qui amènent à douter des impacts positifs du télétravail sur la santé. Toutefois, à l'instar des plans santé travail élaborés conjointement par l'administration du Travail, les syndicats et le patronat, aucune mention n'est faite de la réduction des inégalités dans ces paragraphes sur les risques professionnels.

S'agit-il d'une particularité française, liée au cloisonnement particulièrement marqué dans notre pays entre la santé publique (sous pilotage étatique) et la santé au travail (largement déléguée aux partenaires sociaux)? Il semble que non : ainsi l'importante résolution du Parlement européen du 8 mars 2011 sur « la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne » reproduit le même schéma. Elle considère « qu'en dehors des déterminants génétiques, la santé est essentiellement influencée par le mode de vie du citoyen, par son accès aux soins de santé, y compris à l'information et à l'éducation dans ce domaine, à la prévention des maladies ainsi que par son accès au traitement des maladies de courte ou de longue durée ». Elle cite à trois reprises la télémédecine comme outil important pour réduire les inégalités sociales de santé, mais n'évoque nulle part la médecine du travail ni la prévention des risques professionnels.

Le travail source majeure d'inégalités de santé

De nombreuses données empiriques attestent pourtant du rôle décisif des conditions de travail et des itinéraires professionnels – chômage, précarité, insécurité... – sur les inégalités sociales de santé. Les employés et les ouvriers sont les plus exposés aux risques psychosociaux et

à l'insécurité, comme le rappelle la SNS, mais aussi aux produits cancérigènes, au travail répétitif, aux postures pénibles, au bruit, et donc aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, ainsi qu'à un vaste éventail de pathologies psychiques et physiques d'origine professionnelle mais non reconnues comme telles. Ces inégalités d'expositions, largement documentées par l'enquête Sumer (lire l'encadré p. 39) depuis 1994, sont en augmentation pour ce qui concerne les agents chimiques cancérigènes : en 2017, 30 % des ouvriers qualifiés étaient exposés à un cancérigène dans leur travail contre 3 % des cadres. Elles tendent plutôt à diminuer pour les contraintes organisationnelles, mais ce n'est pas forcément une bonne nouvelle : il ne s'agit pas d'une amélioration de la situation des plus exposés (ouvriers et employés), mais d'une détérioration de celle des cadres et professions intermédiaires², notamment pour ce qui est de l'autonomie.

Ces inégalités d'exposition se traduisent par de fortes différences de mortalité avant 65 ans : celle-ci est majorée pour les hommes ayant travaillé dans l'industrie et dans le secteur de la santé, qui ont une probabilité plus élevée d'environ 15 % de mourir avant 65 ans relativement aux hommes n'ayant jamais travaillé dans l'industrie; l'écart est de 30 % pour ceux qui ont travaillé dans la construction, l'hôtellerie restauration ou les services à la personne. Pour les travailleurs passés par l'intérim, la probabilité de décès prématuré est majorée de 75 %; c'est notamment dû à un excès de cancers et de maladies cardiovasculaires.

L'épidémie de Covid-19 a accentué les inégalités sociales de santé, comme l'ont montré les premiers résultats de l'enquête Epicov (lire l'encadré p. 39)³ [2]. On sait que les professions les plus exposées, les « premiers de corvée », sont aussi souvent les moins rémunérées [22]. Mais le rôle du travail dans les contaminations n'est

à ce stade que très peu documenté. Ainsi Santé publique France publiait dans son tableau de bord hebdomadaire le nombre de clusters professionnels (1 928 clusters répertoriés dans des entreprises privées ou publiques entre mars et novembre 2020), mais sans fournir de détail par secteur d'activité; ce suivi, peu utilisé, a cessé d'être publié en décembre 2020. On sait par la presse que les ouvriers des abattoirs ont été particulièrement touchés, mais *quid* des chauffeurs des transports publics, des caissières de supermarché, des serveurs de cafés-restaurants? Les données sur les patients hospitalisés ou décédés fournissent le sexe et l'âge mais rien sur la catégorie socioprofessionnelle. Pourtant, même pour les personnes âgées, les comorbidités (cancers, pathologies pulmonaires ou cardiovasculaires) sont souvent le résultat de décennies d'exposition à des conditions de travail délétères [21], associées aux professions exercées.

Quelles pistes d'action ?

La France dispose d'un système de surveillance de la santé au travail particulièrement développé au regard des autres pays européens, tant en ce qui concerne le nombre de médecins du travail que la proportion de salariés couverts. Mais cela n'empêche pas notre pays de compter un nombre élevé d'accidents du travail et de maladies professionnelles relativement aux pays voisins, et de très fortes inégalités sociales de santé. Plusieurs rapports officiels ont récemment souligné la faible efficacité d'un système complexe, peu piloté, mal coordonné. Avec le paritarisme à la française (où le président du conseil d'administration, représentant du patronat, dispose d'une voix déterminante), et malgré l'indépendance professionnelle des médecins, les services de santé au travail, financés par des cotisations des entreprises, se positionnent non pas en acteurs de santé publique mais en prestataires de services et de conseils aux employeurs, qui de fait les dirigent.

Le préalable à tout changement est la prise de conscience du rôle déterminant du travail dans la formation des inégalités sociales de santé, et de la nécessité de combler le fossé qui sépare encore en France la santé publique et la santé au travail. Deux catégories de risques en particulier structurent cette production des inégalités : les risques cancérigènes (incluant d'ailleurs le travail de nuit), et les risques organisationnels et

1. Hallépée S., Mauroux A. « Le télétravail permet-il d'améliorer les conditions de travail des cadres? » Insee Références, 2019. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4126590>.

UGICT-CGT. « Comment se passe le télétravail depuis la crise du Coronavirus? » <http://www.ugict.cgt.fr/articles/references/teletravail-enquete>

2. Équipe Sumer. « Inégalités sociales d'expositions aux risques du travail : quelles évolutions depuis 20 ans? » Communication au 35^e Congrès de médecine du travail, juin 2018. https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/ppt-inegalites_sociales_dexpositions_aux_risques_du_travailpplx.pdf

3. Malheureusement, suite à une erreur de conception du questionnaire (rectifiée lors de la deuxième vague), la profession n'a été recueillie que pour 20 % des personnes en emploi, celles qui jugeaient leur activité « essentielle »; cela rend difficile dans l'immédiat l'analyse des liens entre l'épidémie et le travail.



psychosociaux. Les premiers appellent une action réglementaire plus forte et planifiée dans le temps pour organiser la substitution des produits les plus dangereux. Les seconds nécessitent une réduction de l'insécurité sur le marché du travail (par exemple grâce à une assurance chômage plus protectrice), et une bien plus grande participation des travailleurs et de leurs représentants à la détermination des méthodes de travail, afin d'éviter la multiplication des injonctions contradictoires, l'intensification du travail, la standardisation des tâches par le *lean management*, la perte de sens d'un travail réduit à l'atteinte d'objectifs chiffrés.

Ces dernières années, la diminution du nombre de médecins du travail et les réformes successives du système ont conduit les services à cibler le suivi médical sur les salariés les plus affectés par des risques traditionnels (travail de nuit, chutes de hauteur, expositions à des agents chimiques dangereux...) au détriment de salariés *a priori* moins exposés à ces risques. Cela pourrait sembler favorable à la réduction des inégalités de santé. Il n'en est rien, car d'une part, dans un contexte de réduction des moyens, le ciblage ne signifie aucunement un renforcement du suivi des salariés ciblés; et d'autre part, les salariés non ciblés sont exposés au moins autant que les autres à des risques organisationnels et psychosociaux liés notamment à la fréquence et au caractère autoritaire des changements technologiques et organisationnels.

C'est pourquoi une politique de réduction des inégalités sociales de santé suppose un renforcement important des prérogatives des élus du personnel dans les décisions portant sur l'organisation du travail. Il importe également de renforcer les moyens des services de santé au travail et de transformer leur gouvernance pour qu'ils aient l'ambition et les moyens de limiter, par des interventions en amont des changements organisationnels, les effets de ces derniers sur la santé psychique et physique des travailleurs.

Avec les réformes récentes, les services de santé au travail se sont dotés d'équipes pluridisciplinaires, associant un médecin du travail d'autres professionnels : toxicologues, infirmières, psychologues, ergonomes... Ces équipes, convenablement renforcées, pilotées et coordonnées, s'appuyant sur la connaissance du terrain dont disposent les représentants des salariés et le management intermédiaire, pourraient jouer un rôle important dans la réduction des inégalités sociales de santé liées au travail. ●

Bibliographie générale

1. Backholer K., Peters S. A., Bots S. et al. « Sex differences in the relationship between socioeconomic status and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis ». *J Epidemiol Community Health*, 2017, 71 (6), 550-557.
2. Bajos N. et al. « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 ». *Questions de santé publique*, Ireps, octobre 2020, 40. https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IRESP_QSP40_web_.pdf
3. Bereni L., Chauvin S., Jaunait A., Revillard A. *Introduction aux études sur le genre*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2020, 3e édition, 425 p.
4. Berger E., Castagné R., Chadeau-Hyam M. et al. « Multi-cohort study identifies social determinants of systemic inflammation over the life course ». *Nat Commun*, 2019, 10 (1), 773.
5. Berger L., Panico L., Solaz A. (2020) The Impact of Center-Based Childcare Attendance on Early Child Development: Evidence from the French Elfe Cohort, forthcoming in *Demography*
6. Bonaldi C., Boussac M., Nguyen-Thanh V. « Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015 ». *Bull épidémiol hebd*, 2019, (15), 278-84.
7. Bouillon F., Clerval A., Vermeersch S. « Logement et inégalités ». *Espaces et Société*, 2017, 3, 170, 9-14.
8. Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. et le groupe AIR Project. « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 2012, 179.
9. Bracke P., Delaruelle K., Dereuddre R., Van de Velde S. « Depression in women and men, cumulative disadvantage and gender inequality in 29 European countries ». *Social Science & Medicine*, 2020, 267. DOI : 10.1016/j.socscimed.2020.113354
10. Brandily P. et al. « A poorly understood disease? The unequal distribution of excess mortality due to Covid-19 across French municipalities ». *MedRxiv*, 9 juillet 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.07.09.20149955>
11. Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E. et al. « The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence ». *Lancet*, 2020, 395 (10227), 91220.
12. Brønnum-Hansen H. « Assessing the Impact of risk factors on health expectancy ». In : Jagger C., Crimmins E. M., Saito Y. (dir.) et al. *International Handbook of Health Expectancies*. Berlin : Springer, « Springer International Handbooks of Population », 2020, 298 p., 123-128.
13. Burris H. H., Hacker M. R. « Birth outcome racial disparities: a result of intersecting social and environmental factors ». *Semin Perinatol*, 2017, 41 (6), 360-6.
14. Buzyn A. « Le plan cancer 2014-2019 : un plan de lutte contre les inégalités et les pertes de chance face à la maladie ». Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, 2014, 43, 53-60.
15. Cambois E., Brønnum-Hansen H., Hayward M., Nusselder W. « Monitoring social differentials in health expectancies ». In : Jagger C., Crimmins E. M., Saito Y. (dir.) et al. *International Handbook of Health Expectancies*. Berlin : Springer, « Springer International Handbooks of Population », 2020, 298 p., 45-66.
16. Cambois E., Garrouste C., Pailhé A. « Gender career divide and women's disadvantage in depressive symptoms and physical limitations in France ». *SSM-Population Health*, 2017, 3, 81-8.
17. Cambois E., Laborde C., Robine J.-M. « La "double peine" des ouvriers ». *Populations et Sociétés*, 2008, n° 441.
18. Carré B., Jusot F., Wittwer J., Gastaldi-Ménager C., Thomas M. Public health insurance impact on the consumption of healthcare services for low income populations. Université Paris Dauphine, PSL Research University, LEDa-Legos- Document de travail, 2021.
19. Castagné R., Garès V., Karimi M. et al. (Lifepath Consortium). « Allostatic load and subsequent all-cause mortality: which biological markers drive the relationship? Findings from a UK birth cohort ». *Eur J Epidemiol*, 2018, 33 (5), 441-458.