

Travail et inégalités sociales de santé

Les débats autour de la pénibilité du travail et de l'âge de la retraite ont rappelé que les conditions de travail contribuent à ce que les ouvriers décèdent plus tôt, et souffrent de limitations d'activité dans la vie quotidienne et d'un état de santé dégradé [16]. Le travail constitue en effet l'un des déterminants des inégalités sociales de santé ; les expositions professionnelles impliquent des risques pour la santé, répartis inégalement du point de vue social pour la plupart d'entre eux. Une autre dimension est celle du « non-travail » et des conditions d'emploi, qui ont des liens avec la santé tout en contribuant à déterminer la situation sociale [66].

La réponse à la question du rôle du travail ne se résume pas en quelques chiffres. Ce qui suit propose des pistes pour aborder ce sujet, en privilégiant la littérature la plus récente sur la mortalité et la santé perçue, et en prenant pour exemple deux problèmes de santé fréquents, les troubles musculosquelettiques (TMS) et lombalgies, et les troubles dépressifs. Le premier permet de documenter la question des effets des expositions professionnelles ; le second donne l'occasion d'évoquer la complexité des liens entre conditions d'emploi et santé. Sur cette dernière question, et pour une approche plus générale, le réseau Emconet (*Employment Conditions Network*) est une source de données et de résultats récents [11].

Comment quantifier ?

Beaucoup des travaux évoqués ici sont basés sur une approche méthodologique classique dans le domaine des inégalités sociales de santé : une première étape consiste à quantifier les inégalités sociales (en fonction du niveau d'études, de la profession et catégorie socio-professionnelle (PCS), ou d'un autre indicateur) en calculant des risques relatifs (RR) ou des *odds-ratios* (OR) associés aux catégories considérées. Dans une seconde étape, les mêmes quantités sont calculées après avoir pris en compte un ou plusieurs facteurs professionnels ; l'ampleur de la réduction après prise en compte de ces facteurs s'interprète comme la part « expliquée » par les facteurs professionnels concernés. Le calcul suppose cependant qu'il soit pertinent d'imaginer une situation où les expositions professionnelles « disparaîtraient » ou seraient de même ampleur dans toutes les catégories sociales ; cela est le plus souvent réaliste quand il s'agit d'expositions exogènes, par exemple à des cancérogènes, car les mêmes tâches pourraient (plus ou moins facilement) être réalisées sans exposition ou à des niveaux réduits d'exposition. La situation est plus complexe quand il s'agit d'expositions psychosociales telles que l'autonomie dans le travail.

S'il est en général possible de quantifier la part des inégalités « dues au travail », cette quantification est

imprécise pour des raisons statistiques. Calculer des intervalles de confiance sur la part expliquée n'est pas immédiat, et une fois obtenus des intervalles de confiance, ceux-ci peuvent se révéler être très larges [89].

Mortalité et santé perçue, le rôle des expositions professionnelles

Quelques études ont cherché à quantifier le rôle des expositions professionnelles dans les inégalités de mortalité ou de santé perçue ; deux résultats récents sont basés sur des données françaises. La première étude a été menée sur environ 2 000 hommes et 2 000 femmes de l'enquête Lorhandicap, qui ont répondu en 1996 à un questionnaire et dont la mortalité est connue pour la période 1996 – 2008 [80]. Les facteurs professionnels (expositions biomécaniques, physiques, contrat temporaire, faible soutien social au travail) expliquent 41 % du rapport de mortalité entre les ouvriers et les cadres, celui-ci passant de 1,71 à 1,42 après ajustement. Si les calculs sont restreints à la mortalité prématurée (avant 70 ans), la part d'explication s'élève à 72 % (de 1,88 à 1,25). La contribution des facteurs professionnels est plus importante pour les hommes que pour les femmes.

Différentes études ont abordé la même question concernant la santé auto-déclarée, ou des composantes de la santé en général [1, 76, 81]. Dans l'étude de Monden, les auteurs concluent que, pour les hommes, environ un tiers des différences d'état de santé entre niveaux d'études sont liées aux expositions professionnelles, et que les expositions passées, tout au long de la vie professionnelle, sont à prendre en compte. Pour les femmes, seule une faible part des différences pourrait être expliquée par les conditions de travail. Une des conclusions, à la lecture des résultats des différentes études, est que les valeurs numériques obtenues peuvent varier assez notablement. Une des raisons tient à la liste des variables classées comme « professionnelles », plus ou moins large d'une étude à une autre. Ce qui concerne le contrat de travail et la précarité de l'emploi, en particulier, peut être si intrinsèquement lié à la situation sociale qu'une modification du statut de l'emploi entraîne automatiquement une modification de la situation sociale. Les résultats des études suggèrent fortement que la contribution des expositions chimiques, physiques et biomécaniques est importante pour expliquer les écarts entre ouvriers et cadres, la contribution des expositions psychosociales étant plus importante en ce qui concerne les écarts entre employés et cadres. Les résultats varient également selon les dimensions de santé prises en compte. Ainsi, un tiers des écarts observés dans la fréquence des accidents du travail entre les cadres et les ouvriers est « expliqué » par le seul facteur « exposi-

Annette Leclerc

Chercheur

Isabelle

Niedhammer

Chercheur

Sandrine Plouvier

Étudiante en thèse

Maria Melchior

Chercheur

Épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé, U1018, Inserm, Villejuif, et université de Versailles Saint-Quentin

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.



Les inégalités sociales de santé

tions physiques au travail », qu'il s'agisse des hommes ou des femmes [81].

TMS et lombalgies

Le projet de surveillance des TMS dans les Pays de la Loire a permis de documenter le rôle de certaines expositions professionnelles dans les différences de fréquence de TMS entre travailleurs manuels et non manuels [72]. Dans cet échantillon de salariés, proche de l'ensemble des salariés de la région, l'étude s'est intéressée à la présence d'au moins un trouble touchant le membre supérieur dans la liste des six les plus fréquents, incluant le syndrome du canal carpien et les troubles touchant l'épaule. La répétitivité des mouvements et la force exercée expliquent 52 % des différences observées chez les hommes, et 57 % de celles observées chez les femmes. Les pourcentages d'explication sont encore plus élevés s'il s'agit de troubles plus précis, troubles de l'épaule (pour les hommes et les femmes), et syndrome du canal carpien (pour les femmes). L'étude montre que, dans des milieux de travail caractérisés par des problèmes de santé spécifiques (ici les TMS) en lien avec des expositions professionnelles spécifiques, réduire les expositions aurait des effets quantifiables sur la fréquence des troubles, et aussi sur leur répartition sociale.

Concernant les lombalgies, deux études menées en France ont cherché à quantifier la part des expositions professionnelles dans la survenue ou la présence de lombalgies. La première a été menée au sein de la population masculine d'un sous-ensemble de la cohorte Gazel, constituée de volontaires des entreprises EDF-GDF [89]. La présence de lombalgies plus de 30 jours dans les 12 derniers mois, documentée en 2001, a été mise en relation avec la situation sociale et avec les expositions professionnelles passées. La prévalence de lombalgies est de 10,3 % parmi les cadres et de 20,2 % parmi les ouvriers. La différence est expliquée à 73 % par les contraintes biomécaniques et posturales (conduite automobile, travailler penché en avant ou en arrière, torsions du tronc, port de charges lourdes); les expositions psychosociales n'apportent qu'une contribution minime (11 %).

La seconde étude a utilisé les données transversales de l'enquête décennale Santé menée en 2003 par l'Insee auprès d'un échantillon représentatif de la population française. Les enquêtés pris en compte ici sont les 15 534 sujets de 30 à 69 ans ayant répondu à des questions sur leurs expositions professionnelles passées [65]. La présence de douleurs au bas du dos (plus de 30 jours dans les 12 derniers mois) est fortement liée au niveau d'études, pour les hommes plus que pour les femmes. Les écarts observés pour les hommes se maintiennent si l'on prend en compte des caractéristiques personnelles telles que la surcharge pondérale. Par contre, une fois prise en compte l'exposition passée aux postures fatigantes et au port de charges, le rôle propre du niveau d'études disparaît.

Pour les femmes, l'existence d'une surcharge pondérale (plus fréquente parmi les femmes ayant un faible niveau d'études) explique une partie des différences sociales observées.

Troubles dépressifs

La prévalence de problèmes de santé mentale varie selon la situation sociale, en France comme dans d'autres pays. Cependant, les catégories socioprofessionnelles présentant un risque accru ne sont pas systématiquement celles situées le plus bas dans l'échelle sociale, et la présence de difficultés économiques pourrait être ici un meilleur indicateur que la profession ou le niveau d'études [58]. Dans l'enquête décennale Santé, la fréquence la plus élevée de troubles dépressifs, évalués à partir des réponses au CES-D (*Center for Epidemiological Studies - Depression scale*), est observée pour les employés [23]. Globalement, les différences sociales dans la prévalence des symptômes dépressifs sont « expliquées » par les expositions psychosociales au travail; pour les hommes, il s'agit du manque de coopération au travail, du travail répétitif, de ne pas pouvoir quitter son travail des yeux, et de devoir faire face aux demandes du public ou des clients; pour les femmes, on retrouve le manque de coopération, le travail répétitif, et également être souvent interrompue dans son travail. Les auteurs concluent cependant que les facteurs liés aux troubles ne sont pas les mêmes d'une PCS à une autre. Ils rappellent aussi que dans une enquête transversale comme l'enquête Santé, l'interprétation causale des associations observées reste délicate.

Les données issues de la même enquête permettent de documenter les liens entre symptômes dépressifs et statut dans l'emploi [91]. Une très forte association est retrouvée avec le temps partiel subi, pour les hommes comme pour les femmes, alors que les salariés en temps partiel choisi sont tout à fait comparables à ceux travaillant à temps complet. Pour les femmes, la fréquence de symptômes dépressifs est significativement accrue chez celles dont le contrat est à durée déterminée. Ici, les auteurs n'étudient pas la situation des personnes sans emploi ou au chômage. Les travaux de Benach et d'autres participants au projet Emconet rappellent en quoi certains statuts vis-à-vis de l'emploi dégradent la santé, particulièrement dans la sphère mentale [11]. Si être au chômage ou en inactivité forcée est défavorable, il ne faudrait pas conclure que travailler est toujours mieux du point de vue de la santé mentale. En fait, on peut penser que certaines catégories de « travailleurs pauvres » ou de salariés en bas de l'échelle sociale subissent les inconvénients liés au fait de travailler, sans beaucoup bénéficier des avantages, qu'il s'agisse du revenu ou du statut social. Pour réduire les inégalités sociales de santé observées pour les troubles dépressifs, il est nécessaire d'identifier les groupes les plus vulnérables, et de s'interroger sur ce qui augmente le risque de souffrir de troubles dépressifs dans cette population spécifique, qu'il s'agisse par exemple de

l'insécurité de l'emploi, du manque de flexibilité, de difficultés économiques ou de difficultés à concilier les exigences familiales et professionnelles [58, 71, 96].

Réduire les inégalités sociales de santé par une réduction des expositions professionnelles, quelles priorités ?

On peut se demander sur quelles expositions professionnelles, plus précisément, il conviendrait d'agir en priorité pour réduire les inégalités sociales de santé. Les expositions qui seraient à privilégier sont celles qui sont des facteurs de risque de problèmes de santé bien identifiés, et qui par ailleurs sont plus fréquentes dans les catégories sociales défavorisées. À titre d'exemple, la répétitivité des gestes, la manutention manuelle de charges, l'exposition à des produits chimiques, dont des substances cancérigènes, sont des expositions qui touchent plus souvent les catégories sociales défavorisées [29]. La latitude décisionnelle, autrement dit la liberté dans le travail, est aussi très inégalement répartie du point de vue social. On pourrait penser que cette variable est intrinsèquement liée à la situation sociale et qu'il n'est pas possible de la modifier ; cependant, c'est une variable sur laquelle on peut agir, à l'échelle d'un atelier ou d'un collectif de travail, en augmentant

les marges de manœuvre des opérateurs. Une piste complémentaire aux précédentes concerne les travailleurs les plus défavorisés du point de vue de leur statut ou de leurs conditions d'emploi (travail précaire, temps partiel subi, manque de flexibilité associé à un bas salaire...), qui peuvent être exposés à des contraintes spécifiques, conséquences des conditions auxquelles ils doivent faire face dans la vie au travail, dont des difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale.

Conclusion

Ce qui précède montre que les données françaises issues de vastes enquêtes permettent de quantifier le rôle des expositions professionnelles dans les inégalités sociales de santé, tout en s'appuyant sur la littérature internationale ; au-delà de la quantification des effets, il serait possible, dans de nombreuses situations, de quantifier aussi le gain attendu — en termes de réduction des inégalités, ou d'amélioration de la santé dans des sous-groupes professionnels ou sociaux — de politiques de prévention ciblées en milieu de travail, politiques qui permettraient au plus grand nombre de se maintenir en bonne santé tout au long de la vie professionnelle, et de continuer à bénéficier d'une bonne santé au-delà de l'âge de la retraite. 📌

L'évaluation d'impact sur la santé : un moyen de réduire les inégalités sociales de santé

Inspirées des études d'impact environnementales, les évaluations d'impact sur la santé (EIS) constituent un moyen d'estimer *a priori* (*ex ante*) les effets d'une intervention publique sur la santé, et la distribution de ces effets dans la population. En analysant les conséquences entre plusieurs options, elles constituent une aide à la décision publique. Se référant à un modèle global de santé, elles représentent une manière concrète de développer l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Elles constituent enfin une opportunité de débat public sur les problèmes de santé et leurs déterminants. Toutes ces caractéristiques en font un outil important de réduction des inégalités sociales de santé.

« L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche structurée et collaborative qui, à l'aide de différents outils et méthodes, mobilise les savoirs de santé publique et d'autres types de savoirs pertinents, afin d'estimer les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé de la population, et la distribution de ces effets au sein de celle-ci, afin de fournir des informations utiles aux décideurs¹ ».

1. St-Pierre L. *Approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementales*. Union internationale de promotion

Son objectif central est bien d'éclairer les choix en matière de politique publique. Elle constitue aussi une opportunité de réunir l'ensemble des parties prenantes autour d'un projet et recueillir leurs avis sur les questions de santé ainsi posées.

L'évaluation d'impact sur la santé s'inscrit en outre dans les modèles considérant les déterminants larges de la santé (*cf.* schéma ci-après). Ces modèles invitent à une intégration de la santé dans toutes les politiques, les autorités de santé conservant un rôle majeur en engageant et soutenant les autres administrations et partenaires à produire des politiques responsables sur le plan de la santé.

Ainsi, l'EIS constitue un moyen de réduction des inégalités sociales de santé (ISS) à double titre :

- elle est une manière opérationnelle de considérer la santé dans les politiques susceptibles d'agir notamment sur les déterminants sociaux ;
- Elle étudie la répartition des conséquences sanitaires potentielles d'une disposition ou d'un projet entre les groupes sociaux.

de la santé et d'éducation pour la santé. Décembre 2009, rapport non publié.

Nicolas Prisse

Médecin de santé publique, Bureau programmation, synthèse, évaluation, direction générale de la Santé