

Colloque « Santé et itinéraire professionnel : les apports de l'enquête SIP »
Introduction à la session « état de santé et participation au marché du travail »

C. Cases, Ined

L'enquête SIP, comme cela a été rappelé à de multiples reprises lors de cette journée, avait pour ambition de démêler les liens complexes entre santé et travail à travers un protocole longitudinal original, à la fois rétrospectif et prospectif.

Dans cette session, nous allons plus particulièrement nous intéresser aux recherches portant sur le lien allant de la santé vers le travail, sans oublier bien sûr qu'il n'est pas univoque. Quel rôle joue l'état de santé dans la participation au marché du travail ? Quels liens les personnes établissent-elles entre leur santé et leur travail, en fonction de leur passé professionnel ? Comment l'expérience de maladies graves ou d'accidents, déterminés ou non par l'environnement professionnel, infléchit-elle, en négatif ou en positif, les itinéraires professionnels des personnes ? Dans quelles conditions la poursuite de la vie professionnelle est-elle possible avec un problème de santé ? Pour tous ou seulement pour certains ? Ces effets varient-ils selon l'âge, les ressources dont disposent les personnes ? Et notamment, quelles interactions avec les parcours de vie hors travail, notamment les événements familiaux ?

Ces questions sont de plus en plus importantes avec le vieillissement des populations au travail liées au recul de l'âge de la retraite et avec la transition épidémiologique et la montée des pathologies chroniques. Comment (et faut-il ?) maintenir au travail des populations plus âgées et en moins bonne santé fonctionnelle, de surcroît davantage mobilisées pour une aide intergénérationnelle nécessaire au soutien de leurs enfants et petits-enfants, aussi bien que de leurs parents âgés ? Quelles conséquences en termes de prévention, de politiques publiques en matière d'emploi, de santé, de protection sociale, de formation continue ?

Les relations santé-travail font l'objet d'un intérêt croissant en France depuis quelques années, notamment en matière d'expositions aux risques professionnels et de conséquences de conditions de travail délétères ; plus récemment les facteurs de risques psychosociaux sont devenus également un enjeu de la santé au travail. Pour la première fois, également, le plan cancer 2009-2013 comportait un axe « vivre avec un cancer » qui visait à améliorer la vie quotidienne après la phase aiguë de la maladie et même après la maladie. Comment éviter que les grandes pathologies chroniques puissent aussi se vivre le mieux possible au travail ? Comme le soulignaient Robine et Cambois dans l'éditorial de la revue retraite et société consacrée à la santé des travailleurs âgés, « Si la France est la championne des espérances de vie, tout au moins pour les femmes, il n'en va pas de même pour la santé de ses quinquagénaires »... Les espérances de vie en santé sont en effet très socialement graduées, au point qu'Emmanuelle Cambois a pu parler de « double peine » pour les ouvriers, qui vivent à la fois moins longtemps et une plus grande part de leur vie en mauvaise santé fonctionnelle. De plus, certains indices nous laissent penser que contrairement aux dernières décennies où la durée de vies 'allongeait parallèlement à la durée de vie en santé, il pourrait y avoir, pour les cinquantenaires, un début de réduction des durées de vie en bonne santé fonctionnelle.

L'attention croissante portée aux inégalités sociales de santé a conduit à s'intéresser davantage à l'accumulation des facteurs de risques, individuels mais aussi collectifs, pour certaines catégories sociales. En revanche, au-delà de la question des risques professionnels ou de la pénibilité, et malgré la diversification de parcours professionnels, la sélection par la santé sur le marché du travail, ainsi que les politiques pouvant viser à la réduire, a été assez peu (trop peu) explorée en France jusqu'à une date récente, à quelques exceptions près.

Il a ainsi été montré depuis assez longtemps une corrélation négative entre inactivité ou chômage et santé. Il est connu que les personnes hors du marché du travail temporairement ou pour une

longue durée (chômeurs, inactifs...) ont une plus mauvaise santé que les actifs occupés, surtout chez les hommes, mais également, bien qu'à un degré moindre, chez les femmes. Pour les femmes, la fréquence des motivations d'ordre familial dans les sorties d'activité brouille un peu le message, mais la différence est tout de même visible. Ces écarts ont été observés à travers la mortalité différentielle ou les données de santé perçue dans l'EDP ou dans certaines enquêtes. Références : Bouvier-Colle 1983, Robert-Bobée et Monteil 2006, Mesrine 2000,... Selon les données de Share, les actifs occupés français de plus de 50 ans apparaissent comme le plus souvent en mauvaise santé (Sermet, Barnay, 2010) et santé a un rôle important dans les motifs déclarés des plus de 50 ans de se retirer du marché du travail, mais pas de la même façon pour les hommes et les femmes, le niveau d'études, la situation familiale (Share)...

Mais les mécanismes à l'origine de ces différences ne pouvaient guère être clarifiés. Pour expliquer la plus mauvaise santé des chômeurs, par exemple, trois types d'hypothèses explicatives peuvent être mobilisées :

1. le chômage est la cause d'un mauvais état de santé : l'instabilité professionnelle et l'anticipation de la perte de l'emploi sont en elles-mêmes « anxigènes », de même que la rupture professionnelle et la précarité de la situation de chômage ; la baisse de ressources financières due au chômage peut générer des situations de renoncement aux soins ou de délai dans le recours aux soins, susceptibles d'aggraver des problèmes de santé préexistants ;
2. en sens inverse, les personnes en mauvaise santé sont davantage soumises au risque de chômage, notamment via une réduction éventuelle de leur productivité ; la mauvaise santé peut constituer une entrave dans les démarches pour retrouver un emploi, en réduisant les ressources physiques et matérielles nécessaires pour mener une telle recherche ;
3. ou encore, mauvaise santé et chômage résultent de mêmes facteurs explicatifs que les études ne permettent pas forcément de mettre en évidence : par exemple, des conditions de travail associées aux professions qui sont plus exposées au chômage peuvent être aussi particulièrement exposées aux risques d'accidents ou de problèmes de santé : travail manuel, physiquement pénible avec des postes à fort turn-over (manque d'expérience...) . Ou encore, en moyenne, le niveau de diplôme et les qualifications reflètent un contexte de vie plus ou moins associé à une exposition aux risques de santé, à un accès aux soins favorable au repérage précoce des problèmes éventuels et aux soins appropriés...

Or, les études longitudinales permettant de tester ces hypothèses sont rares, et les éléments d'explications trouvés dans les différentes analyses sont susceptibles d'étayer chacune d'entre elles.

Quelques sources de ce type existent cependant, notamment sur les travailleurs âgés de plus de 50 ans : l'enquête VISAT (Volkoff, Molinié, Jolivet, 2000), ou l'enquête Share, qui a donné à plusieurs études sur le rôle des problèmes de santé sur les sorties d'activité, notamment de Didier Blanchet et Thierry Debrandt, ou Thomas Branay, Share dont les données longitudinales peuvent maintenant être exploitées. En population générale, les travaux innovants construits autour du panel issu de l'enquête ESPS de l'IRDES ont ces dernières années permis de comparer des probabilités de transition vers le chômage et l'inactivité de salariés selon leur état de santé déclaré à la vague précédente de l'enquête. Florence Jusot, Myriam Khlat, Thierry Rochereau et Catherine Sermet (2006) ont ainsi montré que les personnes souffrant d'une ALD ont deux fois plus de risques que les autres de devenir chômeuses quatre ans plus tard ; quatre fois plus de risques inactives, et, toutes chose égales par ailleurs, trois fois plus pour les femmes que les hommes.

Dans le domaine des maladies chroniques, certaines investigations menées à distance des phases aiguës des maladies ont montré que celles-ci ont des conséquences sur l'activité professionnelles très inégales selon leur gravité, mais aussi la situation antérieure des malades. L'enquête réalisée par la DREEES et l'INSERM sur la qualité de vie des patients atteints de cancer a permis de

montrer un taux de retour plus faible à l'emploi pour les professions manuelles que pour les autres PCS. (Cf Sophie Eichenbaum-Voline et Laëticia Malavolti, Alain Paraponaris, Bruno Ventelou) Cet écart peut être expliqué en partie par le pronostic de guérison — significativement plus mauvais pour ces PCS manuelles. Mais il existe une deuxième source d'écart, puisque 90 % de perte d'employabilité ne dépend d'aucune différence épidémiologique et est imputée au type même de l'emploi occupé. Ce dernier chiffre est une mesure nette du handicap relatif des travailleurs manuels à retourner à l'emploi après avoir été atteint d'un cancer.

Sur la même enquête, dans le cas des patients affectés par un cancer et dont l'activité professionnelle reste possible, il a été également montré que l'aménagement des conditions de travail favorisait le retour à l'emploi, mais avec un fort sentiment de pénalisation des malades par rapport aux bien-portants (Duguet, le Clainche, 2012).

L'enquête HID a permis, sur d'autres pathologies, de montrer que les personnes souffrant de lombalgie chronique semblaient avoir plus de difficulté à se maintenir en emploi et plus de mal à retrouver un emploi si elles étaient au chômage (Leclerc et al., 2007). Mais dans ces deux cas, le suivi avait porté sur une courte période (deux ans). Comme les expositions professionnelles peuvent être elles-mêmes à l'origine de TMS, on pouvait alors faire l'hypothèse de l'amorçage d'un cercle vicieux entre travail et santé.

Le terrain n'était donc pas vierge ; mais soit ces analyses étaient limitées à des sous-populations particulières en termes d'âge ou d'état de santé, sans pouvoir comparer avec la population générale, soit, lorsqu'une analyse causale plus large devenait possible, la durée d'observation était trop courte, les facteurs explicatifs disponibles dans les données restaient encore limités et les sources ne permettaient pas une véritable analyse conjointe et détaillée des parcours professionnels, familiaux et de santé.

Par la reconstitution détaillée de la biographie sur ces trois dimensions d'un échantillon représentatif de la population générale, active ou inactive, SIP offrait enfin une opportunité inégalée de mener des analyses détaillées des interactions entre ces trois dimensions, de mesurer et documenter la sélection par la santé, c'est-à-dire le « *healthy worker effect* », mais aussi les enchaînements plus complexes de causalités entre santé et travail au sein des parcours professionnels.

Dans SIP, l'interrogation rétrospective, lors de la première vague, était en effet l'occasion de pouvoir identifier des liens entre la santé passée et les événements professionnels qu'a connus l'enquêté. Ce repérage s'effectuait de deux manières :

- d'une part, en datant systématiquement des deux types d'événements santé et emploi-travail, afin de pouvoir analyser, sans référence explicite au jugement de l'enquêté sur leur imputabilité, les enchaînements entre événements de santé et événements de la vie professionnelle ;
- d'autre part en demandant directement aux personnes enquêtées, pour chaque rupture dans l'itinéraire professionnel, si elle a un rapport avec l'état de santé de la personne, mais également, pour chaque événement de santé s'il a un rapport avec le contenu, les conditions de travail ou son emploi antérieur.

La deuxième interrogation des enquêtés, 4 ans après la première enquête a permis de détailler, davantage que dans l'approche rétrospective, les conditions d'emploi et de travail ainsi que la santé au moment de l'enquête, et d'analyser l'enchaînement des situations de santé et de travail en mettant en relation dans le temps des informations collectées directement, au moment des faits, auprès de l'enquêté.

De plus, SIP offrait une opportunité qui s'est révélée fructueuse comme dans d'autres grandes opérations statistiques en population : celle de pouvoir réaliser des post-enquêtes qualitatives permettant de questionner et de compléter les apports statistiques de l'enquête quantitative. Nous verrons que cette possibilité a été très utile pour éclairer les questions de causalité réciproque entre santé et travail.

L'apport potentiel de SIP était donc important sur les approches de type « parcours de vie » nécessaires à approcher la complexité des interrelations entre les différentes dimensions des trajectoires individuelles. Plusieurs recherches utilisant ses données ont apporté des résultats originaux à ces questions.

Deux seront présentés dans cette session :

- les travaux de la DREES, en l'occurrence de Nicolas de Riccardis, sur l'impact de la santé et des conditions de travail sur les sorties précoces d'emploi (avant 60 ans) ; pourquoi certaines personnes sortent définitivement de l'emploi avant leurs 60 ans ? Comment, par quelles voies, sortent-ils de l'emploi ? Quels sont leurs profils ? Ont-ils connu des itinéraires professionnels atypiques ou plus pénibles ? Ont-ils été marqués par des événements de santé particuliers ?
- l'autre, d'Olivia Samuel et ses collègues, sur l'interaction entre inactivité, maternité et santé chez les femmes. Cette dernière étude comble d'ailleurs un point aveugle du système statistique et de recherche sur les conditions de vie, de santé et de travail pendant la grossesse, repéré dans l'état des lieux des sources disponibles sur les liens entre travail et santé développé par Marie-France Cristofari dès 2003. Nous verrons que l'inactivité féminine est en effet en partie due à la santé, mais de manière secondaire par rapport aux rapports sociaux de genre et aux rôles parentaux.

D'autres recherches réalisées à l'aide des données SIP, soit purement quantitatives, soit alliant quanti et quali, pourraient également être citées car elles ont également apporté des éléments nouveaux sur les effets des problèmes de santé sur la trajectoire professionnelle. Je ne pourrai pas les citer tous, malheureusement, mais nombre d'entre elles sont prometteuses..

C'est le cas tout d'abord de l'analyse économétrique très riche réalisée par Emmanuel Duguet et Christine Le Clainche dans le cadre de l'appel à projets SIP, qui exploite pleinement la richesse des données longitudinales de l'enquête et qui vient d'être publiée dans un 4 pages du CEE. Ils se sont interrogés sur les conséquences d'un accident ou d'une maladie chronique sans cause professionnelle sur le parcours professionnel des personnes concernées. Grâce à une méthode d'estimation en double différence, ils montrent que ces événements de santé pénalisent davantage les personnes les moins diplômées, qui passent alors davantage que les autres à l'inactivité. Elles apparaissent donc doublement pénalisées sur le marché du travail : hors événement de santé défavorable, mais aussi lorsque ceux-ci surviennent, soit que leur accès aux soins soient plus difficile, soit que leurs conditions de travail soient moins facilement compatibles avec leur état de santé. La question des politiques d'accompagnement (aménagement des postes de travail, accès à des formations de réinsertion) est alors clairement posée.

C'est aussi le cas du travail d'Armelle Testenoire et de Danièle Trancart, publiée également en document de travail par le CEE, qui, à travers une double analyse quanti-quali, montrent les interrelations entre les itinéraires professionnels heurtés et l'état de santé. Elles montrent elles aussi que les trajectoires féminines d'inactivité n'ont pas le même sens selon les phases de la trajectoire : en début de période, l'inactivité est liée à l'éducation des enfants et, après 40 ans, la sortie est due aux conditions de travail ou à une maladie grave. L'articulation avec le quali permettent également de voir que les effets de sélection sont appréhendés par l'enquête SIP lorsqu'ils se manifestent par des transitions vers le chômage ou l'inactivité, mais que d'autres effets négatifs sont moins visibles, notamment la mobilité vécue par les salariés comme un

déclassement sans que cela se traduise par des changements clairement objectivables. Elles montrent aussi que les interactions entre la santé et le travail sont dynamiques, à l'articulation de trois trajectoires : de travail, de santé et de vie familiale. À partir d'une définition de la santé comme capacité physique et psychique d'agir dans le contexte social habituel, nous avons analysé les processus de recomposition de l'action lorsque la santé est altérée. Deux grandes modalités de changement se dégagent : les ruptures, consécutives un événement de santé qui génère une phase d'incertitude et de recomposition, ou les transitions plus « préventives », destinées à se protéger d'un risque perçu. Elles s'appuient sur des ressources qui varient en fonction des inégalités de genre, de santé, de qualification et de statut d'emploi.

Dans un tout autre ordre de méthodes, Thomas Barnay et François Legendre, toujours dans la cadre de l'appel à projets SIP, ont essayé de mesurer simultanément l'effet de sélection de la santé sur le statut d'emploi et l'effet de causalité inverse du statut d'emploi sur l'état de santé, à l'aide d'un modèle Probit simultané bi-ordonné, expliquant à la fois la situation vis-à-vis du marché du travail et le niveau de santé perçue selon les trois mesures issues du mini-module européen. Les premiers résultats de l'estimation réalisée, qui doivent encore faire l'objet d'investigations complémentaires, semblent confirmer un effet de sélection par la santé aussi bien qu'un effet inverse du statut professionnel sur la prévalence des maladies.

D'autres recherches se sont focalisées sur les conséquences de pathologies particulières, comme celles menées autour d'Annette Leclerc sur les TMS. Là encore, les données confirment qu'une situation sociale défavorisée est un facteur de fragilisation face à la survenue d'un TMS, qui peuvent, dans des proportions non négligeables (largement plus du tiers des cas au-delà de 30 ans), impliquer le retrait du marché du travail, avec ou sans mise en invalidité. C'est globalement dans les cas où le risque de TMS est accru (hommes peu diplômés : travailleurs manuels, salariés du bâtiment, fermes exposées aux gestes répétitifs dans la santé ou les services) que les risques de conséquences sur l'itinéraire professionnel sont les plus fréquentes. Là encore, les enchaînements sont redoutables, et les modalités de maintien dans l'emploi ou de reconversion sont directement questionnées.

Toutes ces recherches méritent d'être prolongées, complétées, approfondies dans les années à venir, et le matériau disponible dans SIP devrait permettre de le faire. Il reste à développer l'utilisation des données longitudinales en exploitant plus systématiquement les deux vagues de l'enquête conjointement, à creuser la question du rôle de la conjoncture dans le lien entre santé et travail, de prendre en compte les effets cumulatifs des difficultés vécues dès l'enfance et pendant tout le cycle de vie antérieur à un problème de santé donné ; d'approfondir le rôle des politiques publiques déjà observables sur la période d'enquête ou sur l'ensemble des biographies, chercher des sources comparables au niveau international pour creuser les différences entre la situation française et celle des pays voisins, et j'en oublie sans doute ! ...

Tout le mal que je souhaite à l'enquête SIP, c'est qu'elle puisse être à l'origine de nombreux travaux de ce type dans les années à venir. Le nouvel appel à projets permettra, sans doute, de commencer à répondre à certaines de ces questions.

Mais en attendant, écoutons les résultats de deux recherches particulières issues de l'enquête SIP.