



HAL
open science

Une mesure de la santé à l'âge du travail. Approche du travail par la santé à partir de l'enquête Evénements de vie et santé (EVS, Drees, 2005-2006)

Catherine Cavalin, Sylvie Célérier

► To cite this version:

Catherine Cavalin, Sylvie Célérier. Une mesure de la santé à l'âge du travail. Approche du travail par la santé à partir de l'enquête Evénements de vie et santé (EVS, Drees, 2005-2006). 2012. halshs-00978357

HAL Id: halshs-00978357

<https://shs.hal.science/halshs-00978357>

Submitted on 14 Apr 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI

Une mesure de la santé à l'âge du travail

78

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

Juillet
2012

Catherine Cavalin, Sylvie Célérier

Rapport de recherche

Une mesure de la santé à l'âge du travail

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

CATHERINE CAVALIN
Centre d'études de l'emploi

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

Directeur de publication : Alberto Lopez

ISSN 1776-2979
ISBN 978-2-11-128686-3

www.cee-recherche.fr

Une mesure de la santé à l'âge du travail

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

RÉSUMÉ

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

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

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

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

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

Sommaire

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

3. Le pari de la description statistique	72
Bibliographie	74

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹² *Ibid.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁹ Voir notamment : *Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser. rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*, 2011, Paris, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité ; et le projet d'enquête régulier sur la question des risques psychosociaux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entrer dans le travail par la santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La présentation de cette seconde partie poursuit plusieurs objectifs.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Partie 1

APPROCHER LE TRAVAIL PAR LA SANTÉ

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

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

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

1.1. Une santé déclarée

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

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

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

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

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

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

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

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

Encadré 1 : Un relevé minutieux des maladies chroniques dans EVS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Une notion de santé composite

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

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

Les instruments de mesure disponibles dans l'enquête

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les limitations ou les handicaps déclarés présents et passés.

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

Les recours aux soins :

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

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

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

La qualité du sommeil :

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

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

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

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

⁵⁷ Voir précision sur ce point ci-dessus.

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

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

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

2. PREMIÈRE APPROCHE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

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

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

Ces données sont représentées par le graphique 1, distinguées par classe d'âge et selon le sexe⁶¹. On y adjoint les taux d'activité moyens par classe d'âge, également distingués selon le sexe des personnes⁶². Première observation, l'histogramme des moyennes de déclaration de bonne santé par sexe et tranche d'âge dessine clairement une pente descendante de la première classe d'âge à la dernière, de 30 points pour les hommes et de 35 pour les femmes. Les scores moyens de santé physique suivent la même tendance dans un mouvement synchrone avec respectivement une baisse de 13,6 et 17,6 points. Les personnes se déclarent donc moins souvent en bonne santé lorsqu'elles sont plus âgées, ce que conforte l'évolution de leurs scores moyens de santé physique. On retrouve là des résultats bien connus de la littérature⁶³. Le rapport 2009-2010 sur l'état de santé des Français observe ainsi, par exemple, la montée régulière des problèmes de santé au fil de l'âge. Les 1,2 million de nouvelles affections de longue durée (ALD) prises en charge par les trois principales caisses d'assurance-maladie (CNAMTS, RSI, MSA⁶⁴) en 2006 concernent à 70 % des personnes âgées de 50 à 84 ans, souffrant le plus souvent de maladies cardiovasculaires, de tumeurs malignes, de diabète ou de pathologies psychiatriques⁶⁵.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

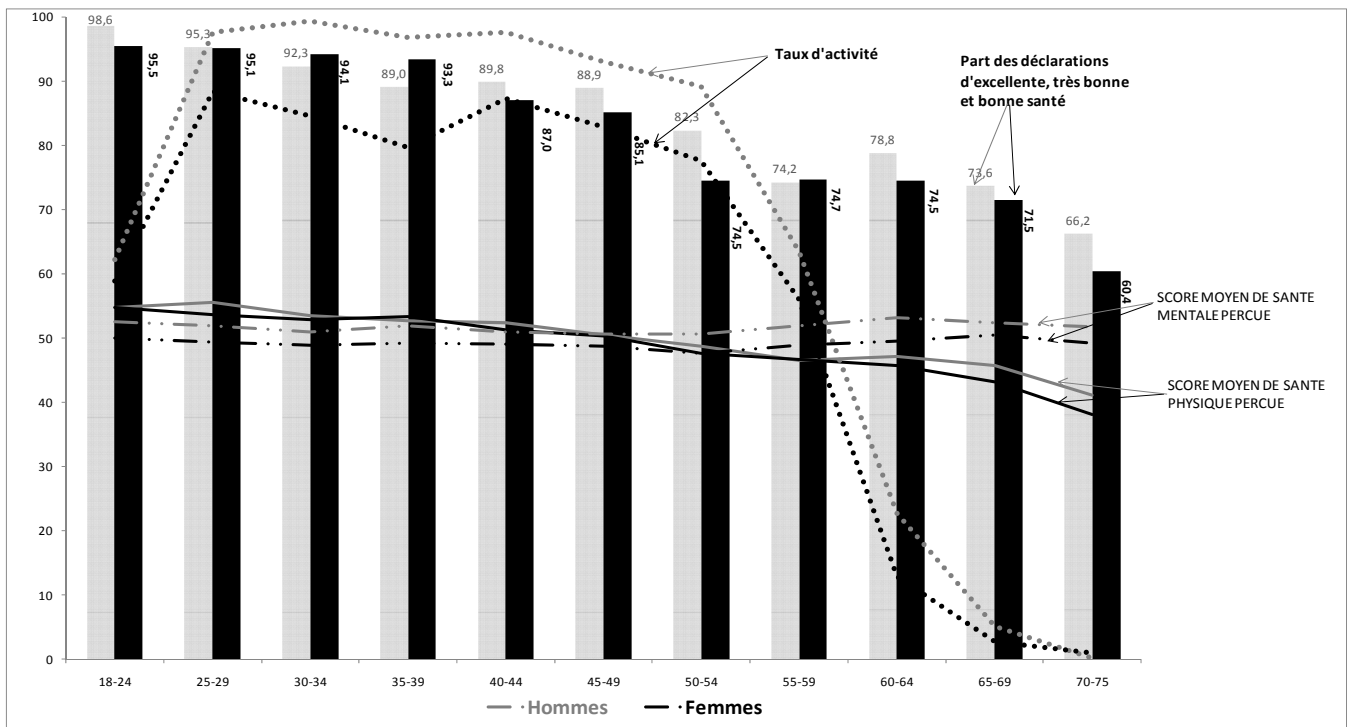
⁶⁹ Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil, 2011. Voir aussi les travaux sur l'espérance de vie sans incapacité : Sieurin A. et Cambois E. et Robine J.-M., 2011, *Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que dans le passé*.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

⁷² Qui ne distingue pas temps partiel et temps complet.

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

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

2.2. Autres enquêtes et autres pays

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

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

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

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

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

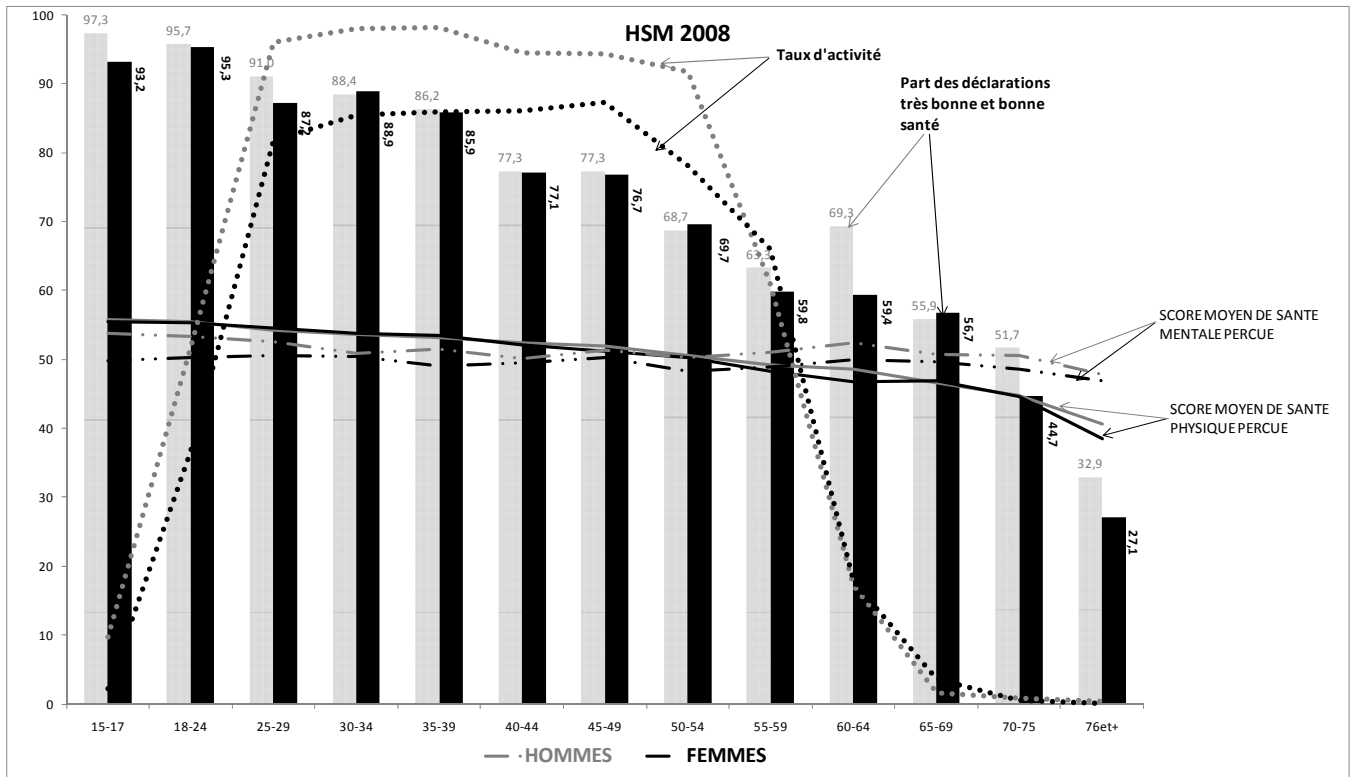
74 Loi n°2010-13330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. Cette loi institue le recul de l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans, à l'horizon 2018 (effectif pour les personnes nées en 1956). D'ici là, l'âge légal de départ augmentera progressivement de quatre mois par an, à compter du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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Champ : 21 136 personnes vivant dans 16 000 ménages.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. EXPLOITER LES SCORES DE SANTÉ ET TRAVAIL

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

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

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

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

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

3.1. Le travail comme normalité de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2. Une normalité de la santé physique

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

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

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

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

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

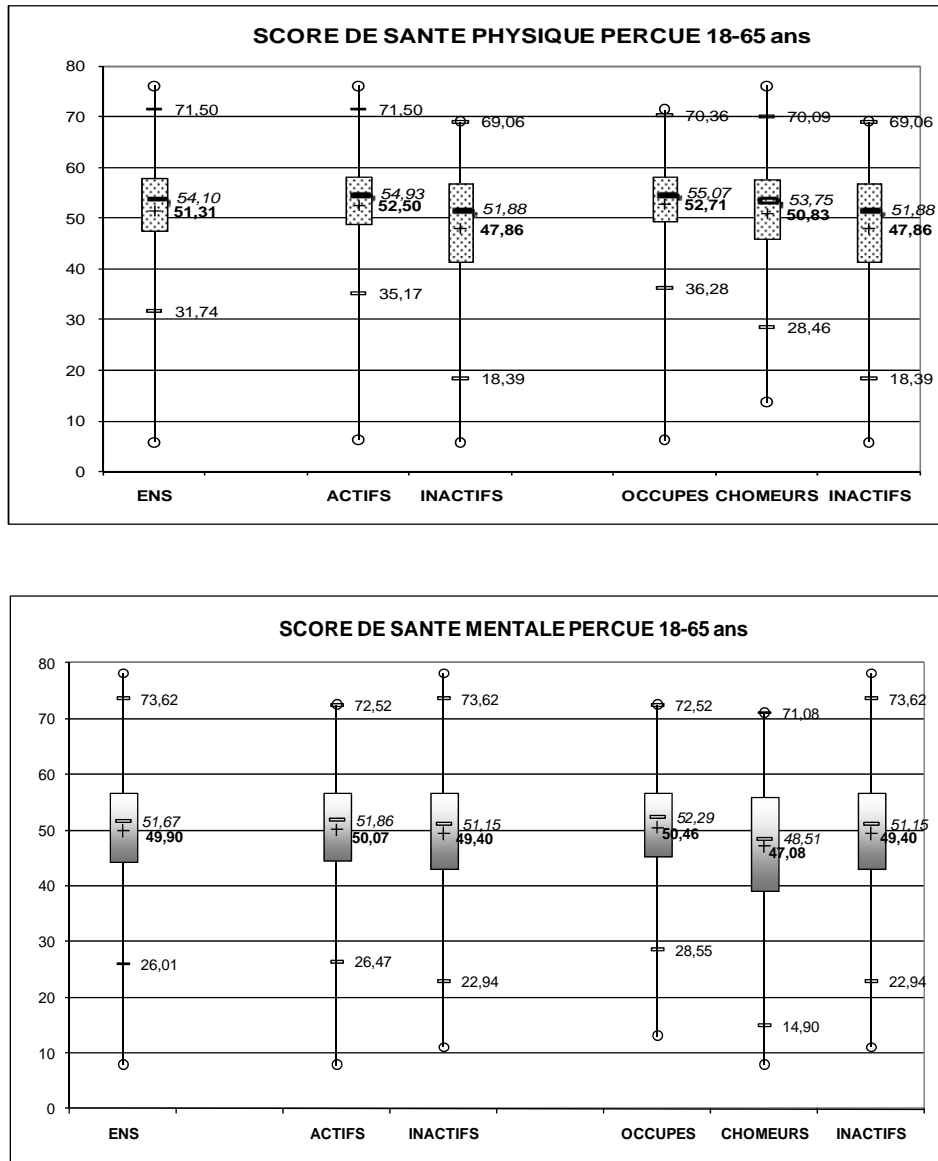
⁸⁷ Cette représentation utilise les « box-and-whisker plots », en abrégé « box plots » ou « boxplots » (boîtes à moustaches en français), inventées par Tukey en 1977 (pour les détails sur cette représentation, voir le précieux article de Monique Le Guen, 2001, « La boîte à moustaches de TUKEY : un outil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

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

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

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

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



Source : enquête EVS, Drees, 2005-2006.

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

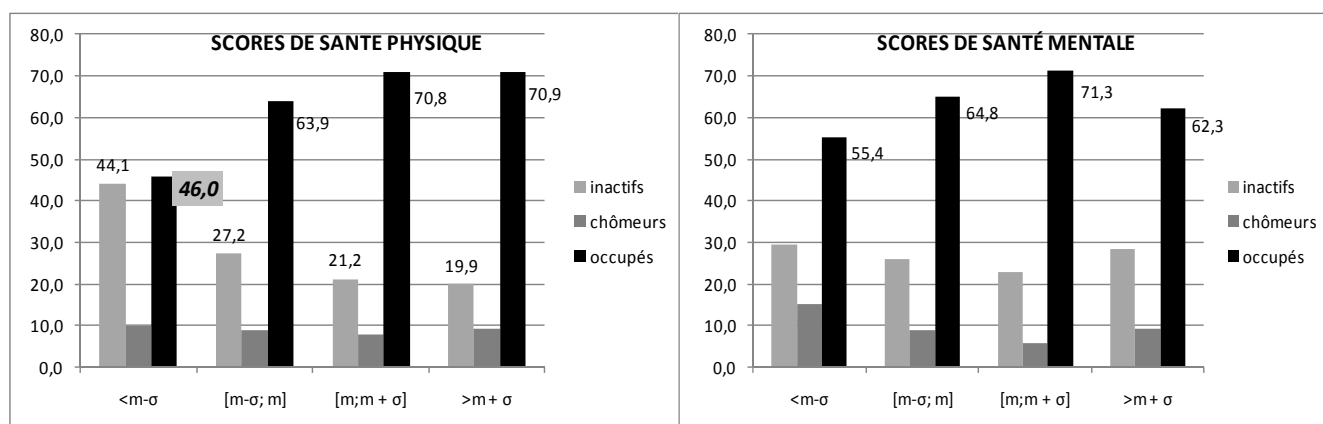
À l'âge du travail, la santé que déclarent les personnes s'accorde donc à leur situation d'emploi. On vérifie encore le jeu du travail comme normalité de santé, mais ce constat vaut surtout pour la santé physique. Les rapports entre santé mentale et travail semblent plus complexes, comme on le voit encore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

3.3. Les anomalies de la normalité

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

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

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



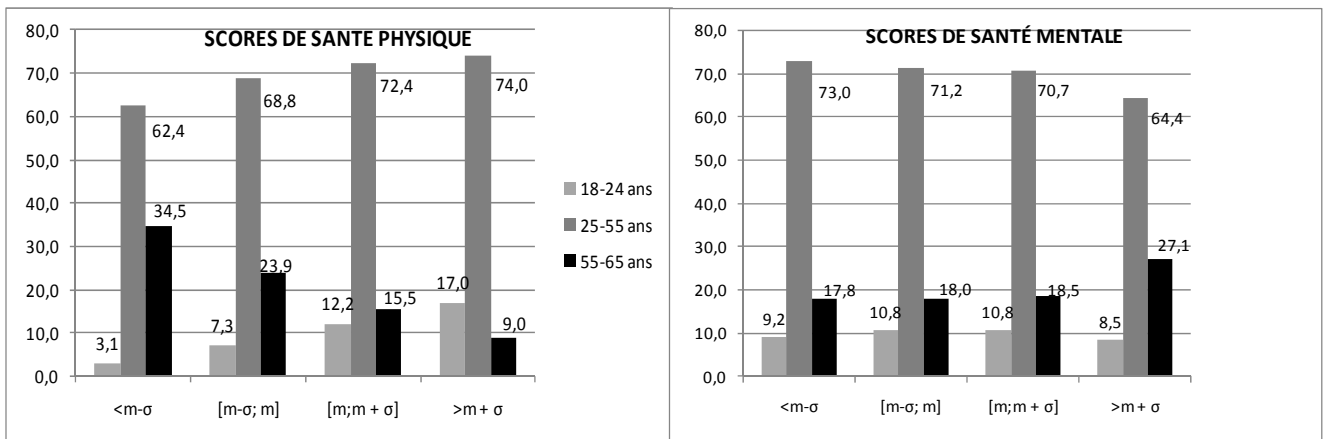
Source : enquête EVS, Drees, 2005-2006.

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

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

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

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



Source : enquête EVS, Drees, 2005-2006.

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

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

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

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

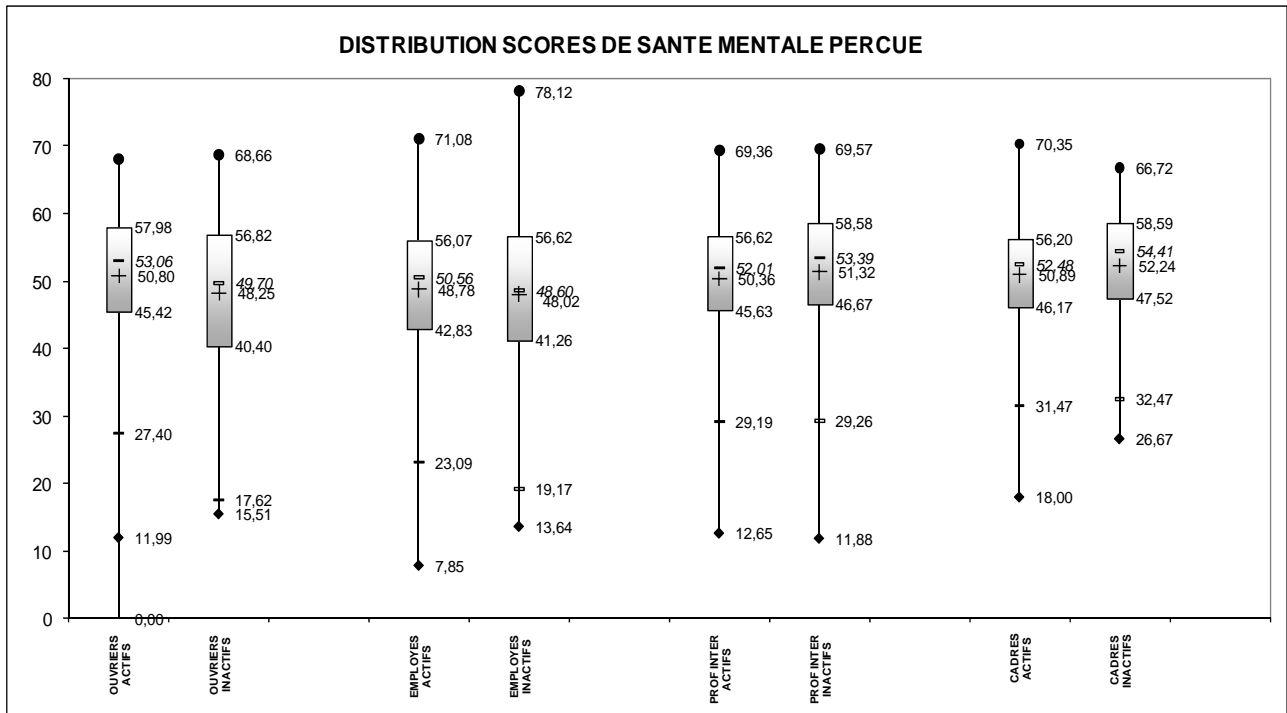
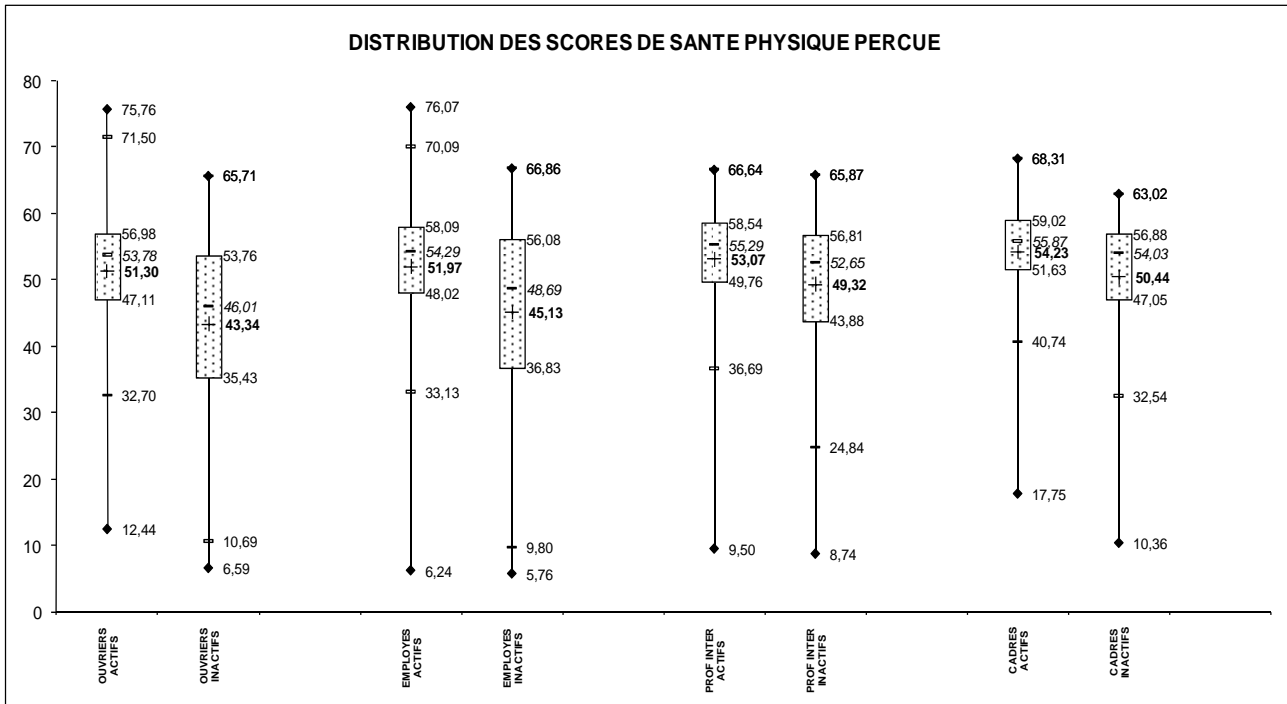
On peut resserrer encore l'observation des liens entre score de santé et situation de travail en ne retenant, d'une part, que les personnes ayant déjà travaillé et en comparant, d'autre part, les principales catégories socioprofessionnelles. Le graphique 6 reprend le principe du graphique 5 et la représentation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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

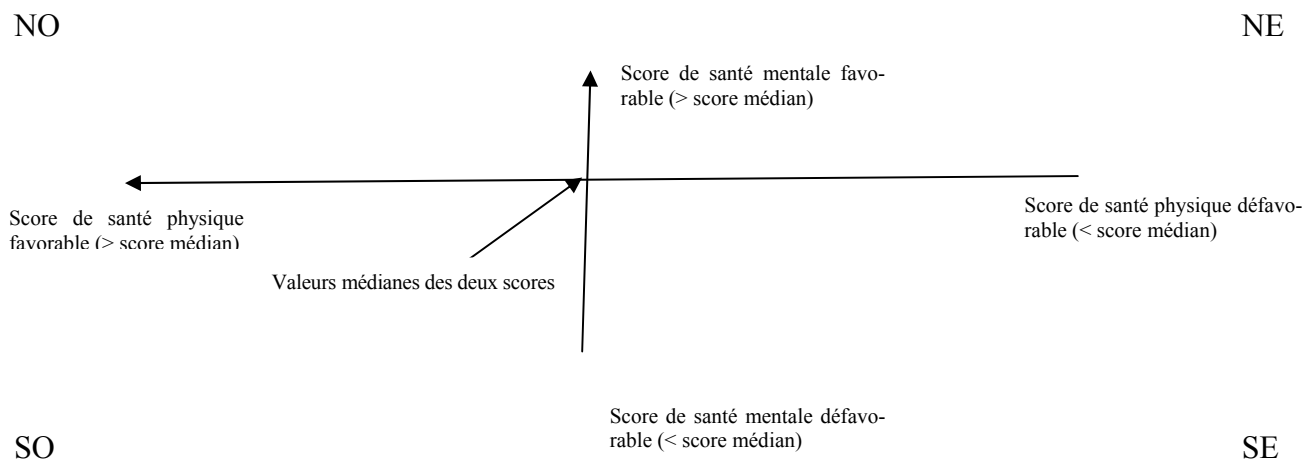
Cette indépendance relative des deux indicateurs compose une source potentielle d'hétérogénéité au sein même des états de santé individuels. Il nous faut donc à présent interroger la façon dont les deux dimensions de santé se combinent pour chaque individu.

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

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

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

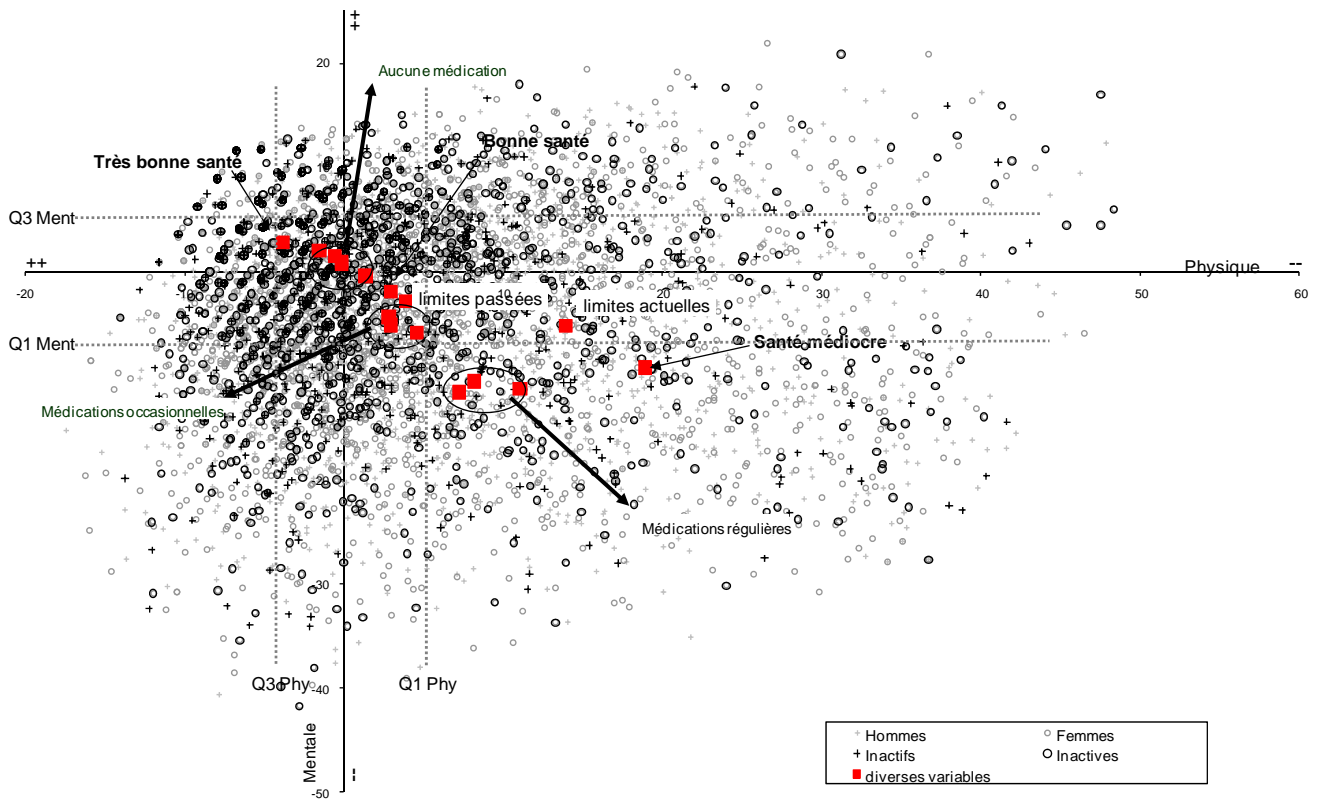
Axes du repère permettant de figurer les scores agrégés individuels de santé physique et mentale



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

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

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



Source : Enquête EVS, Drees, 2005-2006.

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

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

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

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

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

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

Tableau 6 : Caractéristiques principales des quadrants du graphique 7

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

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

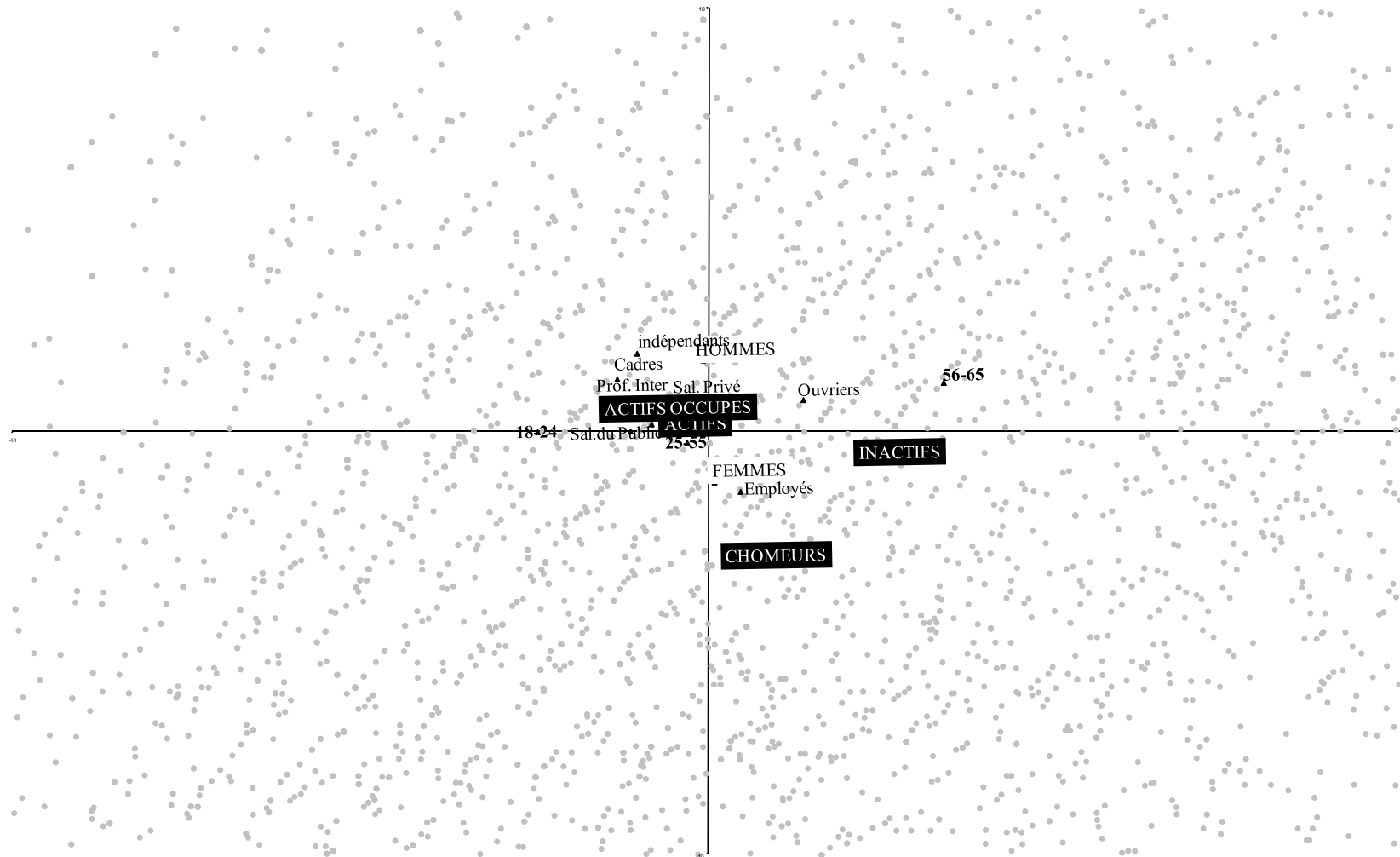
Lecture : Au sud-ouest où les individus présentent un score de santé physique supérieur à la médiane et un score de santé mentale inférieur à la médiane, 61,8 % d'entre eux sont des femmes, 20,4 % sont inactifs et 20,4 % ont plus de 55 ans.

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

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

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

Graphique 8 : Dispersion des scores de santé physique et des scores de santé mentale des 18-65 ans avec projection de quelques variables illustratives



Source : Enquête EVS, Drees, 2005-2006. Champ : 18-65 ans résidant en France en ménage ordinaire, n=8 488, soit 84,3 % de la population totale de l'enquête. Lecture : le croisement des deux axes correspond aux deux valeurs médianes des deux scores, soit 54,10045 pour la santé physique et 51,67445 pour la santé mentale. Les autres variables projetées sont placées aux valeurs médianes prises par chacune d'entre elles pour l'ensemble des 18-65 ans. Les variables retenues sont : l'appréciation générale de l'état de santé (très bon – regroupant les modalités « excellent » et « très bon » –, bon, médiocre et mauvais ; les limitations actuelles et passées, la prise d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et d'hypnotiques, prise distinguée selon sa fréquence : régulière, occasionnelle ou jamais au cours des douze mois précédant l'enquête. Les positions des actifs et des inactifs sont signalées pour les premiers par un marqueur plus sombre que pour les seconds.

La projection (graphique 8) de quelques caractéristiques de l'ensemble des 18-65 ans montre en outre que le centre de gravité des catégories socioprofessionnelles retenues (ouvriers, employés, professions intermédiaires et cadres) se distribuent selon les scores de santé physique : les ouvriers sont les moins bien placés, les cadres les mieux placés. À noter, la position très nettement inférieure de la santé mentale des employés qui les rapproche (de façon très cohérente) de la position des femmes qui composent la très grande majorité de cette catégorie. Notons également que la position défavorable des ouvriers est particulièrement liée à leur score de santé physique. Les statuts d'emploi se positionnent de façon attendue, le graphique faisant très nettement ressortir la mauvaise santé mentale des chômeurs. Notons pour conclure, et de façon moins attendue, les différences entre les indépendants, les salariés du privé et les salariés du public essentiellement fondées sur les écarts de scores de santé mentale, les salariés du public occupant la position la plus défavorable de ce point de vue. La part des femmes parmi ces salariés (64,15 %) n'y est pas étrangère.

Au final, la répartition des inactifs confirme (et donne à voir) les jeux croisés de la santé dans ses dimensions physique et mentale et du statut d'activité, que nous avons déjà relevés. Les individus sont plus souvent inactifs à l'est du graphique et plus encore, bien évidemment, quand les deux dimensions de la santé mesurées sont l'une et l'autre défavorables (sud-est).

Pour autant, et même dans cette dernière zone, l'inactivité n'est jamais la règle, puisque près de 70 % des personnes sont en activité dans le quadrant sud-est. Il ne s'agit évidemment pas de s'étonner que toute la population qui se place à l'est du graphique ne soit pas inactive, puisque les inactifs ne constituent quoi qu'il en soit que 21 % de l'ensemble de la population observée. Ce qui attire l'attention ici, c'est à la fois la surreprésentation des inactifs et la présence nombreuse d'actifs (y compris occupés) parmi les personnes présentant les caractéristiques d'une santé dégradée.

Le graphique de dispersion des deux scores confirme les résultats de l'exploitation comparée de ces deux variables. Il affine également le profil général de la population retenue. Il reste cependant insuffisant pour avancer dans notre double projet : préciser les conditions dans lesquelles des anomalies de santé et une activité professionnelle deviennent plus difficilement compatibles, décrire ces anomalies de santé et les typer.

Il faut, pour ce faire, considérer un nombre plus important de caractéristiques des personnes que leurs seuls score de santé et les considérer ensemble ; tenter au fond de restituer plus largement les situations individuelles en combinant des variables de santé, des variables d'emploi et diverses indications portant, par exemple, sur leur âge ou leur situation familiale. Cette tentative est au principe de l'analyse des correspondances multiples (ACM) que nous présentons à présent.

Partie 2

CARTOGRAPHIER DES SITUATIONS DE SANTÉ À L'ÂGE DU TRAVAIL

Dans cette seconde partie, nous affinons notre mesure de l'état de santé à l'âge du travail en France en ouvrant l'analyse à d'autres dimensions de la situation des personnes que leurs seuls scores de santé mentale ou physique. Sont prises en compte des caractéristiques complémentaires de la santé, des caractéristiques socio-économiques des individus, dont la situation d'emploi, et enfin des données relatives au type de ménage, au lieu de résidence, à la formation, etc. Notre objectif est triple :

- Décrire et formaliser les écarts de santé que les résultats de la première partie ont fait ressortir.
- Examiner les conditions dans lesquelles l'état de santé et l'exercice de l'activité professionnelle deviennent plus difficilement compatibles. Réciproquement, examiner la situation de santé des personnes les plus engagées dans l'emploi.
- Enfin – en synthèse des deux premiers objectifs – typer les différents états de santé s'échelonnant de la très mauvaise santé aux situations les plus favorables. Ce dernier objectif produit une cartographie générale des états de santé qui donne son titre à cette seconde partie.

Du point de vue des méthodes, l'exercice s'appuie sur une analyse des correspondances multiples (ACM) associée à une classification de type *k-means* structurant la population des 18-65 ans sur la base de variables actives de santé, conformément à l'orientation générale de notre recherche. Les résultats de l'ACM sont présentés en quatre points. Les deux premiers détaillent les variables, actives et illustratives, retenues par l'analyse (« Les variables de l'ACM ») et présentent l'architecture générale des groupes qu'elle produit (« Ordonner la santé»). Le point suivant (« Trois "espaces" de santé ») explore les trois grands types de santé entre lesquels il nous semble possible de répartir la diversité des situations repérées. Le dernier point enfin (« Le travail, quelle santé ? ») synthétise l'ensemble de ces résultats en insistant sur la qualification des frontières qui séparent ces trois grands types de santé. Le lecteur pressé pourra s'y référer pour une vue rapide sur les principaux résultats de la démarche.

1. LES VARIABLES DE L'ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES (ACM)

Conformément à nos choix de départ, les *variables actives* de l'ACM concernent exclusivement des caractéristiques de santé des individus. Parmi les nombreux indicateurs que l'enquête *EVS* met à notre disposition, nous avons, d'une part, retenu les variables de santé susceptibles de rendre compte de caractéristiques partagées par un grand nombre de personnes, de façon à écarter les phénomènes plus rares, comme les épisodes dépressifs majeurs par exemple. Des caractéristiques trop minoritaires auraient en effet construit mécaniquement un ou plusieurs groupes de petits effectifs structurés autour de la rareté du profil, ce qui aurait accru le risque d'observer un résultat relevant plus de l'artefact statistique que d'un mode de description pertinent de la réalité mesurée. Nous souhaitons, par ailleurs, doter l'ACM d'un équilibre structurel satisfaisant en portant attention au nombre de modalités des variables actives mobilisées. Là encore, il s'agissait de limiter l'incidence de la construction de l'ACM sur ses résultats. Toute analyse des données de type « ACM » produit par nature des résultats éminemment construits. Il s'agit donc, globalement, de limiter les effets pervers ou collatéraux d'une telle construction, pour en tirer au mieux les avantages : ceux d'un éclairage donné, défini par un angle d'attaque le plus explicite possible.

Au final, trois variables sont retenues disposant de quatre modalités chacune, soit douze modalités au total, prenant valeur positive ou négative. Le tableau 7 en présente le détail. Les deux premières variables, « Santé physique » et « Santé mentale », reprennent les scores agrégés de santé mentale et physique exploités dans la première partie, les fractionnant en quartiles. La troisième variable est une variable composite⁹⁴ qui croise les réponses à deux des trois questions du mini-module européen de santé : celle qui porte sur les maladies chroniques et celle qui concerne les limitations fonctionnelles.

Tableau 7 : Séries des variables santé actives de l'ACM

SANTÉ PHYSIQUE		SANTÉ MENTALE		MALADIES CHRONIQUES ACTUELLES		LIMITATIONS ACTUELLES	
Score agrégé de santé physique (SF-12v2) réparti en quartiles	% pondérés des 18-65 ans	Score agrégé de santé mentale (SF-12v2) réparti en quartiles	% pondérés des 18-65 ans	Questions de santé (MEHM)	maladies chroniques du mini-module européen	et	% pondérés des 18-65 ans
P1 OUI/NON	25/75	M1 OUI/NON	25/75	OUI	X	OUI	15,9/84,1
P2 OUI/NON	25/75	M2 OUI/NON	25/75	OUI	X	NON	26,2/83,8
P3 OUI/NON	25/75	M3 OUI/NON	25/75	NON	X	OUI	4,9/85,1
P4 OUI/NON	25/75	M4 OUI/NON	25/75	NON	X	NON	5/47

La construction de cette dernière variable répond à notre double souci de généralité suffisante des caractéristiques saisies pour structurer l'ACM et d'équilibre du nombre de modalités dans la construction de l'ACM. Elle produit de fait un indicateur de santé plus « généralisé » que ne le seraient les seules limitations actuelles par exemple, qui concernent 21 % de l'ensemble des 18-65 ans. Cette variable ne présente pas seulement des propriétés techniques favorables pour figurer parmi les variables actives de l'ACM. Elle possède en effet un sens du point de vue de la santé, notamment grâce au caractère approfondi du recueil des maladies chroniques assuré par l'enquête⁹⁵. On peut en effet supposer que les personnes qui ne déclarent aucune maladie chronique ni aucune limitation présente – quatrième modalité de la variable – sont plutôt dans une situation de santé très favorable. La confrontation aux deux scores confirmera ou nuancera cette hypothèse, notamment du point de vue de la santé mentale.

À l'inverse, les personnes qui déclarent des maladies chroniques *et* des limitations, même si on ne peut affirmer que les premières ont conduit aux secondes, disposent très probablement de capacités d'adaptation amoindries. Entre ces deux situations polaires, les deux autres modalités de la variable affinent les déclarations de maladies chroniques et de limitations. Des limitations sans maladie chronique typent par exemple des situations de handicap liées ou non à des accidents d'origines diverses.

Outre ces trois variables actives qui construisent l'ACM, nous avons retenu une série de variables illustratives concernant la santé, l'emploi des personnes et quelques-unes de leurs caractéristiques socio-économiques. Ces variables, par lesquelles nous décrivons les individus concernés par les différentes situations de santé, sont présentées dans le tableau 8.

⁹⁴ Les deux premières variables sont, elles aussi, composites, mais en un sens différent de la troisième. Cette dernière l'est au sens où elle résulte du croisement des informations concernant la morbidité chronique et les limitations fonctionnelles du mini-module européen de santé. Les deux précédentes le sont au sens où elles synthétisent, par construction du calcul des scores du SF-12v2, huit dimensions différentes de la santé qui, pondérées de deux manières différentes, produisent un résultat synthétique interprétable en santé mentale d'un côté, physique de l'autre.

⁹⁵ Nous rappelons que notre indicateur de maladies chroniques retient au moins deux de ces maladies et exclut les troubles de la vue.

Tableau 8 : Variables illustratives mobilisées dans l'analyse

SANTÉ	EMPLOI/REVENU/ TRAVAIL	CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, SOCIOCULTURELLES, SOCIOSPATIALES
Santé perçue « excellente » et « très bonne » « bonne » « Médiocre » et « mauvaise » Déclarer au moins deux maladies chroniques sauf troubles « bénins » de la vue Limitations fonctionnelles actuelles passées Épisode dépressif majeur (2 dernières semaines) Trouble anxieux généralisé (6 derniers mois) Handicap : demande de reconnaissance ou reconnaissance officielle obtenue) Classes de médicaments consommés (12 derniers mois) : Antidépresseurs Anxiolytiques Hypnotiques (somnifères) Anti-douleur Hospitalisation (12 derniers mois) Phobie sociale (mois écoulé) Troubles paniques Agoraphobie Troubles du sommeil (5 troubles différents explorés) Troubles du comportement alimentaire (IMC, perception de son propre poids + 4 manifestations différentes des troubles) Incapacité Totale de Travail	Statut d'activité : Actif occupés Ouvriers Employés Professions intermédiaires Cadres Artisans commerçants agriculteur chômeurs inactif Statut d'emploi Indépendants Salariés du privé Salariés du public Revenus par unité de consommation (en quartiles) (Dis)continuité de l'emploi : Stable unique sur la vie entière Emploi(s) continu(s) avec changement(s) sur la vie professionnelle Une ou plusieurs interruptions de la vie professionnelle Conditions de travail : fatigantes ou non Satisfaction dans l'exercice de la profession : très ou plutôt satisfait / plutôt pas ou pas du tout	Sexe Femme Homme Âge 18-24 ans 25-55 ans 56-65 ans Diplôme le plus élevé obtenu : Diplômé du supérieur Bac + 2 ans Bac CAP, BEP BEPC au plus Type de ménage Personne seule Couple sans enfant (=2 cohabitants liés par une relation de couple, à l'exclusion de toute autre personne) Couple avec enfant(s) (=2 cohabitants liés par une relation de couple et au moins un autre cohabitant âgé de 0 à 24 dont l'un au moins des membres du couple est le père ou la mère) Famille monoparentale (=1 personne père ou mère de l'autre ou des autres personnes cohabitantes âgée-s de 0 à 24 ans) Ménage complexe (=tous les autres ménages dès lors qu'ils incluent des liens autres que conjugaux ou filiaux entre les co-résidents ou dès qu'au moins un enfant a 25 ans ou plus) Zone d'habitation Rurale Petite agglomération Grande agglomération

Dans un second temps et sur la base des mêmes variables, actives et illustratives, de l'ACM, la classification de type *k-means* répartit les individus en « clusters » ou « types » qui permettent de décrire une variété de situations de santé ; chaque type combinant, de façon spécifique, les variables actives retenues. Ces clusters sont également caractérisés à l'aide des variables illustratives présentées plus haut.

Les neuf types dégagés par l'analyse sont distingués par des numéros sans autre qualification, pour ne pas suggérer qu'il s'agit de « vrais » groupes correspondant à des caractéristiques de santé et des situations sociologiques figées ou correspondant à des catégories *a priori*⁹⁶. L'ACM reste, comme tout outil, parfaitement contingente aux choix de variables réalisées en amont. Que l'on change sensiblement l'une ou l'autre de ces variables et les résultats de l'ACM s'en trouveraient bouleversés. L'intérêt de la méthode réside ici dans sa capacité à répartir les individus *les uns par rapport aux autres* sur la base de critères explicites de telle sorte qu'il soit possible de repérer des écarts par rapport à la structure d'ensemble de la population et de celles des autres types. Des écarts dont on peut dans un second temps vérifier la significativité. Par exemple, un groupe « typé » plus féminin et plus jeune révèle une structure particulière qui s'écarte, pour ces deux variables, de celle de l'ensemble de la population et de celles des autres groupes.

Cela ne signifie nullement que le type en question n'est composé que de femmes ou exclusivement de jeunes, encore moins de femmes jeunes. Ces écarts constatés, il peut être intéressant d'apprécier à quel point ils sont significatifs, en se demandant par exemple : dans un type de situation de santé donné (un groupe donné de la typologie), dont on connaît l'ensemble des caractéristiques décrites par les variables actives ou illustratives, que les femmes ou les ouvriers soient plus nombreuses-nombreux qu'en moyenne parmi les 18-65 ans est-il significativement distinctif ? À quel point est-on fondé à décrire ce groupe comme un groupe « féminin » ou « ouvrier », pour le dire en raccourci ?

2. ORDONNER LA SANTÉ

Les vertus classantes de la santé physique

Première remarque à la lecture des résultats : l'ACM conduite sur la base des trois groupes de variables actives ordonne les individus en fonction de leurs caractéristiques de santé physique, secondairement sur des caractéristiques de santé mentale combinées aux précédentes. La très forte inertie portée par le premier axe factoriel (19,7 %⁹⁷) oppose en effet les personnes caractérisées par des indicateurs de très mauvaise santé physique à des personnes présentant une santé physique beaucoup plus favorable (ni maladies chroniques ni limitations, score de santé physique dans le quatrième quartile). Les autres axes factoriels (du deuxième au quatrième, voir tableau 9) montrent à quel point la première dimension (opposition de la très mauvaise à la très bonne santé physique) est prégnante sur l'ensemble de l'analyse. On peut résumer l'observation en notant que, du premier au troisième axe, ce sont les caractéristiques de santé physique saisies à travers le score de santé physique ou les maladies chroniques (articulées ou non à des limitations fonctionnelles) déclarées qui distinguent les individus les uns des autres.

⁹⁶ L'opération n'est motivée par aucune ambition de constituer – pour les durcir – des catégories qui incarneraient des situations « naturelles » ou « immédiates » correspondant à des états de santé, des sortes de types idéaux réifiés. Si nous utilisons le terme « type » ou parfois « groupe » pour désigner les « clusters » obtenus dans l'élaboration de la typologie, ce n'est donc pas pour prétendre décrire de manière figée ou définitive un tableau exhaustif des états de santé à l'âge du travail. Nous nous efforçons en cela de rester fidèles au travail de structuration des données que réalise une ACM suivie d'une classification : en mettant en regard les caractéristiques de chaque individu et celles de tous les autres puis en constituant des groupes distincts au sein d'une population donnée sur la base des similitudes et des écarts mesurés, ces deux étapes donnent la possibilité de cerner plusieurs situations (autant que de « types » ou « groupes ») d'individus qui, en moyenne par les caractéristiques que décrivent les variables actives, se ressemblent.

⁹⁷ Voir les détails dans le tableau 9.

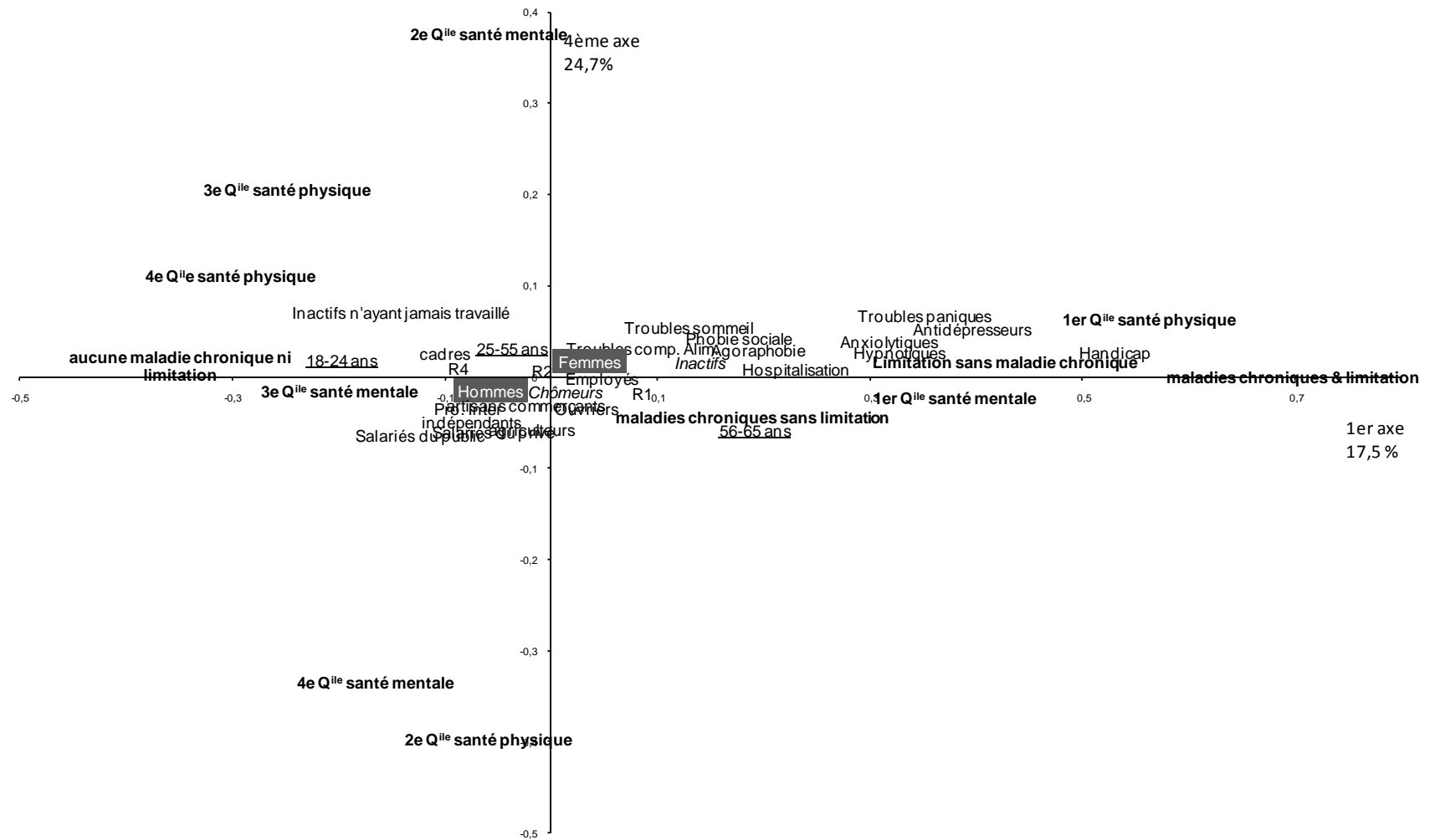
Tableau 9 : Les quatre premiers axes factoriels de l'ACM

	Premier axe factoriel			Deuxième axe factoriel			Troisième axe factoriel			Quatrième axe factoriel		
	19,7 %			13,2 %			11,7 %			11,3 %		
	Coordonnées	Contribution	Projection (cos ²)	Coordonnées	Contribution	Projection (cos ²)	Coordonnées	Contribution	Projection (cos ²)	Coordonnées	Contribution	Projection (cos ²)
Score de santé physique (SF-12v2)												
SP1	1,285	17,5 % (1)	0,5507	-0,6711	7,1 % (2)	0,1502	0,2438	1,1 %	0,0198	0,1938	0,7 %	0,0125
SP2	-0,0967	0,1 %	0,0031	0,6543	6,6 % (3)	0,1401	-0,0118	0,0 %	0	-1,1631	24,7 % (1)	0,4427
SP3	-0,5385	3,1 %	0,098	0,3346	1,8 %	0,0378	0,9462	16,1 % (2)	0,3026	0,582	6,3 % (4)	0,1145
SP4	-0,6443	4,4 % (5)	0,1389	-0,3112	1,5 %	0,0324	-1,1849	25,1 % (1)	0,4698	0,3642	2,5 % (5)	0,0444
Ensemble	-	25,1 %	-	-	17,1 %	-	-	27,7 %	-	-	34,2 %	-
Score de santé mentale (SF-12v2)												
SM1	0,8372	7,9 % (4)	0,2528	0,0372	0,0 %	0,0005	-0,7018	9,3 % (4)	0,1777	-0,0582	0,1 %	0,0012
SM2	-0,1127	0,1 %	0,0042	0,3811	2,3 %	0,0477	0,4822	4,1 %	0,0763	1,1101	22,5 % (2)	0,4046
SM3	-0,4384	1,9 %	0,058	0,0027	0,0 %	0	-0,5753	5,5 % (5)	0,0999	-0,0343	0,0 %	0,0004
SM4	-0,3612	1,4 %	0,0449	-0,409	2,7 % (5)	0,0575	0,7825	11,2 % (3)	0,2106	-0,981	18,2 % (3)	0,3309
Ensemble	-	11,3 %	-	-	5,0 %	-	-	30,0 %	-	-	40,8 %	-
Maladies chroniques (deux ou plus hors troubles bénins de la vue) x limitations (depuis au moins 6 mois pour raisons de santé)												
MC et LIM	1,6002	17,4 % (2)	0,4898	-0,8935	8,1 %	0,1527	0,101	0,1 %	0,002	-0,0109	0,0 %	0
MC sans LIM	0,3377	1,3 %	0,0434	1,402	34,3 % (1)	0,7477	-0,1733	0,6 %	0,0114	-0,0193	0,0 %	0,0001
LIM sans MC	0,9154	1,8 %	0,0452	-0,2894	0,3 %	0,0045	0,7985	2,3 %	0,0344	0,1065	0,0 %	0,0006
Ni MC ni LIM	-0,7739	13 % (3)	0,6302	-0,4448	6,4 % (4)	0,2082	-0,0181	0,0 %	0,0003	0,0031	0,0 %	0
Ensemble	-	33,6 %	-	-	49,1 %	-	-	3,0 %	-	-	0,1 %	-

En conséquence, nous choisissons ici de cartographier la distribution des états de santé telle que la construit notre ACM en projetant les variables mobilisées sur les première et quatrième dimensions. La figure 1 qui présente le plan factoriel de ces caractéristiques de santé confirme que les traits de la santé mentale ne sont discriminants que de manière secondaire, tandis que prime l'état de santé physique. Les caractéristiques de santé mentale jouent cependant, mais *en association* avec des états de santé physique. Ainsi, au sud de la figure 1, la mauvaise santé physique (deuxième quartile du score de santé physique) contribue encore à opposer les individus qui présentent de très bons indicateurs de santé mentale (quatrième quartile du score de santé mentale) à ceux qui, au nord de la figure, en présentent de mauvais (deuxième quartile du même score).

Les polarités que l'ACM organise et dont la projection sur le plan factoriel donne une représentation ne montrent donc pas, d'un côté, les individus cumulant toutes les caractéristiques de la bonne santé tant mentale que physique et, de l'autre, ceux qui présenteraient tous les traits cumulés de la mauvaise santé. Les combinaisons sont plus complexes, comme le montre par exemple la place des populations caractérisées par un score de santé physique du deuxième quartile proche de celles qui présentent le meilleur niveau de score de santé mentale.

Figure 1 : Plan factoriel des caractéristiques de santé des individus âgés de 18 à 65 ans



Source : EVS, Drees, 2005-2006. Champ : population âgée de 18 à 65 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Le jeu des variables de sexe, d'âge et d'emploi

La figure 2 projette les neuf types issus de la classification sur le plan factoriel produit par l'ACM. Le poids pris par les indicateurs liés à la santé physique dans la structure des résultats de cette dernière nous invite à classer les neuf types selon leurs coordonnées sur l'axe horizontal qui condense les variables de santé physique (cf. tableau 9 pour les détails), en allant des plus favorables à gauche de l'axe aux moins favorables à droite.

Avant d'explorer analytiquement les neuf « types » construits par la classification, cherchons les traces de variables que nous savons corrélées à l'état de santé déclaré : la part respective occupée par les hommes et les femmes dans chaque groupe, la structure par âge et en particulier la part occupée au sein de chaque groupe par les personnes de plein âge actif (les 25-55 ans) ainsi que la part d'actifs (ou d'inactifs).

Le graphique 9 aide à la lecture en nous permettant d'embrasser d'un seul coup d'œil les écarts de structure par sexe, tranche d'âge et taux d'inactivité entre nos neuf types.

Pour ce qui est du *sex ratio*, les types 6, 9 et surtout 7 se singularisent par une surreprésentation des femmes (respectivement 54 %, 57 % et 61 %, comparés au 51 % de l'ensemble des 18-65 ans). Pour autant, cette surreprésentation ne suffit pas à discriminer les groupes entre eux. Elle n'atteint en effet jamais la puissance discriminante des variables de santé qui, elles, singularisent les différents types⁹⁸, comme nous le verrons de façon plus détaillée par la suite. Il en va de même, de façon symétrique, pour la surreprésentation masculine au sein du type 8 (56 % d'hommes au lieu de 49 % dans la population de référence). Ce type concerne certes un peu plus d'hommes, mais ce trait ne caractérise pas prioritairement le type.

En matière de structure d'âge, le graphique 9 décrit un net mouvement croissant par paliers de la part des 56-65 ans parallèle à la dégradation des indicateurs de santé physique⁹⁹. Notons l'absence de mouvement symétrique et inverse de la part des plus jeunes, même si les écarts les plus marqués concernent ces deux tranches d'âge extrêmes. Le type 9 se caractérise par une surreprésentation très nette des 56-65 ans (29 %, contre 16 % parmi les 18-65 ans) et une sous-représentation, elle aussi très nette, des 18-24 ans. Pour autant, l'âge des individus ne figure pas – loin s'en faut – au premier rang des variables qui spécifient significativement les contours de ce type 9¹⁰⁰.

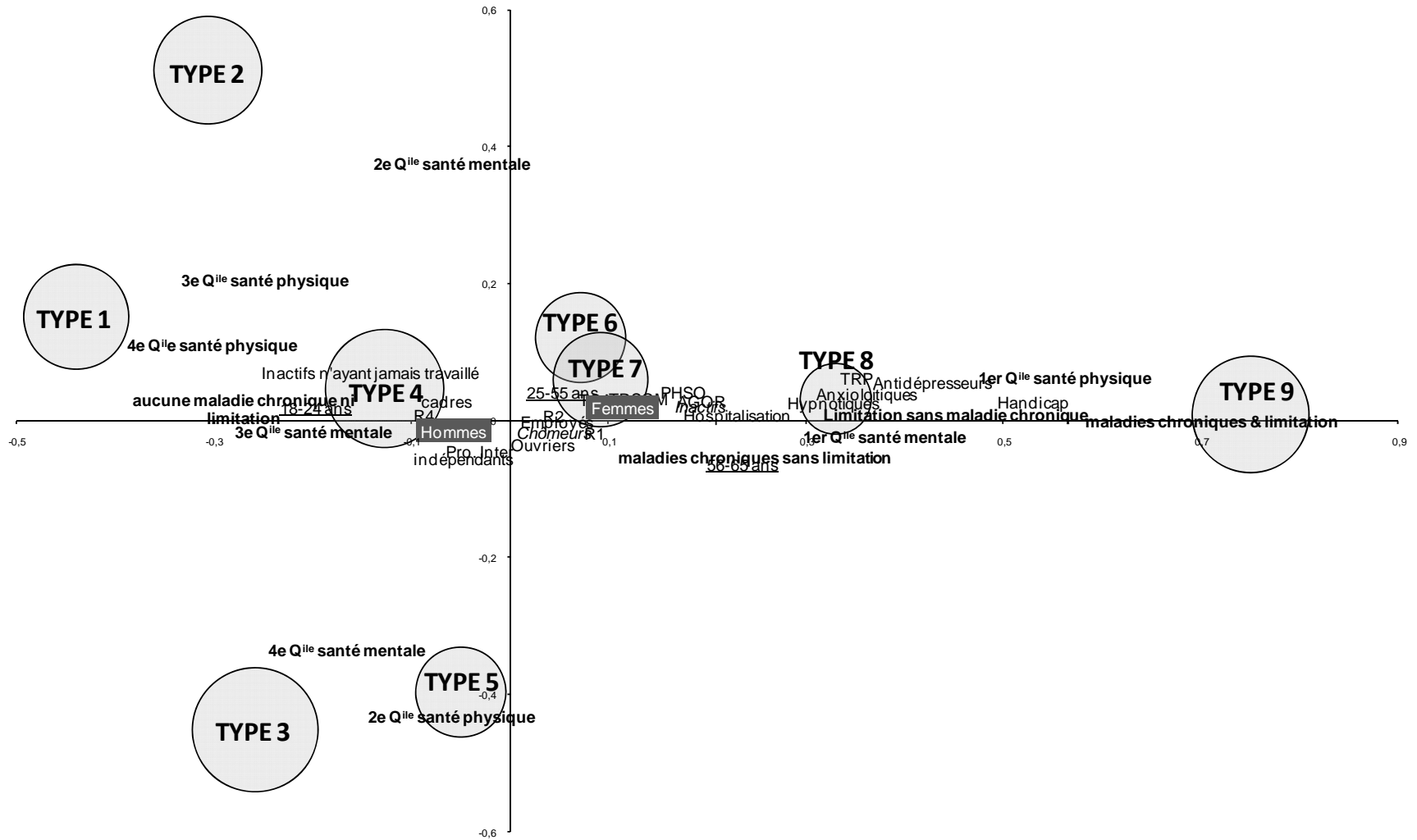
Le taux d'inactivité en revanche distingue plus nettement ce même type 9 des autres qui, entre eux, présentent des écarts peu sensibles (42 % des individus du type 9 sont inactifs, contre 23 % de l'ensemble des 18-65 ans). La plus forte présence des 56-65 ans dans le type 9 n'est sans doute pas étrangère à l'inactivité (29 % pour cette tranche d'âge, contre 16 % pour l'ensemble de la population), la plupart de ces personnes étant probablement à la retraite, éventuellement anticipée.

⁹⁸ La macro%CaracParQuali mise au point par Olivier Decourt permet de tester la significativité des écarts constatés entre les caractéristiques des individus regroupés dans les *clusters* de la typologie et celles des individus qui composent l'ensemble de la population, tant pour les caractéristiques que permettent de connaître les variables actives que les variables illustratives de l'ACM. Autrement dit, cela permet de se faire une idée quantifiée plus rigoureuse des « écarts à la moyenne » que fait apparaître la construction de groupes. Les écarts sont ici mesurés par des standardisations de variables et des comparaisons avec des lois de Student. Pour voir à quel point les premières variables qui distinguent significativement les groupes les uns des autres, variables de santé, sont plus pertinentes que la variable de sexe, on peut noter que la valeur du test statistique est de 2326 pour la variable « se situer dans le quatrième quartile de santé physique », première variable distinctive du groupe 7, contre 381 pour la variable « être une femme ».

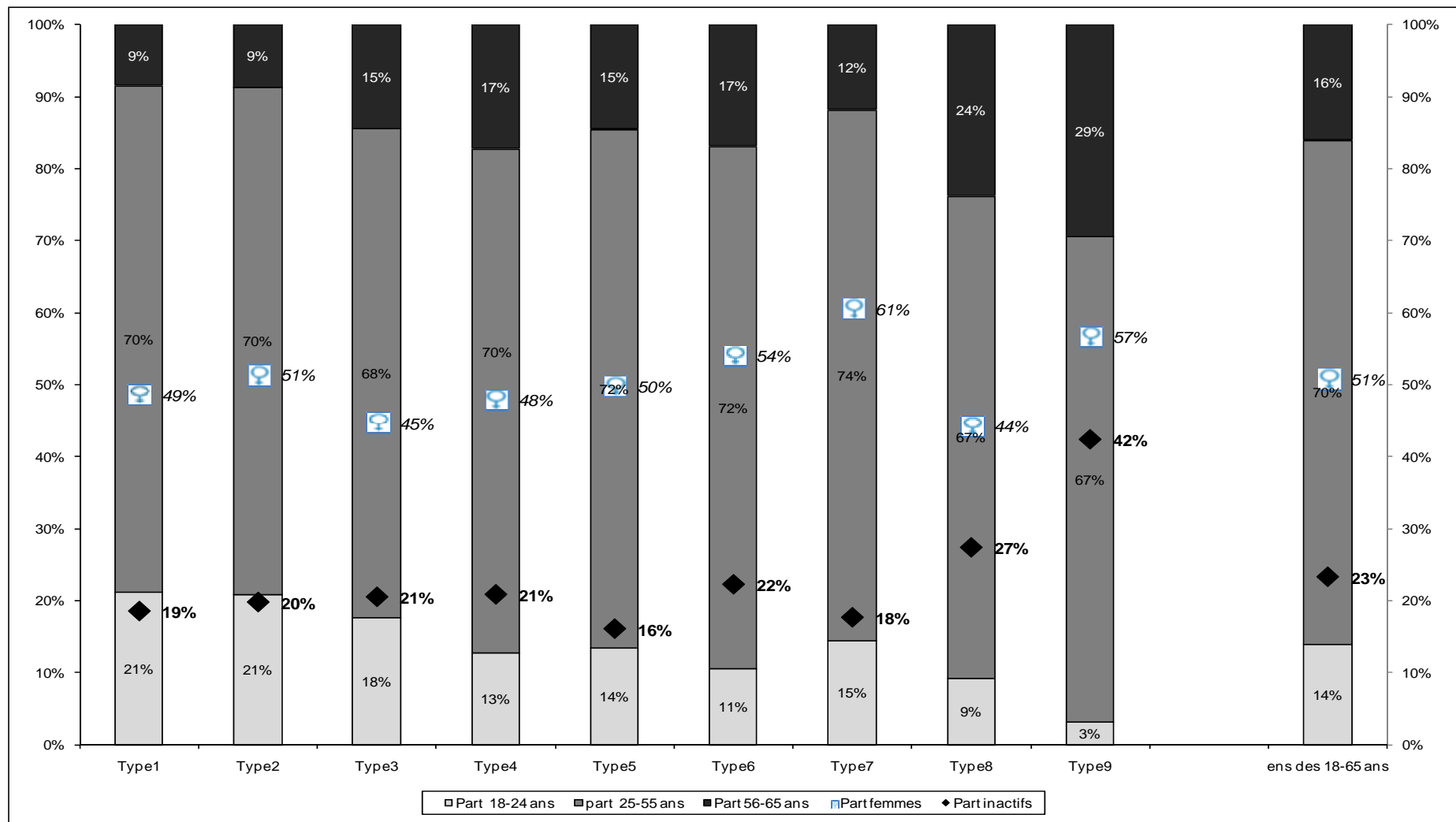
⁹⁹ On rappelle que les numéros affectés aux différents types traduisent l'ordonnement de ces derniers le long de l'axe horizontal (voir la figure 2).

¹⁰⁰ La valeur du test de significativité est de 815 pour la variable qui indique « avoir entre 56 et 65 ans », alors qu'elle atteint 3669 pour la première variable distinctive du groupe 5, à savoir « présenter des limitations depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement ».

Figure 2 : Projection des types issus de la classification



Graphique 9 : Structure par âge, sexe et taux d'inactivité des neuf types de la classification



Cependant, le type 8 dans lequel les 56-65 ans sont également très présents (24 %) affiche un taux d'inactivité deux fois inférieur et il en va de même – mais de façon moins prononcée – pour le type 4 où 17 % des personnes sont âgées de 56 à 65 ans avec un taux d'inactivité global inférieur de deux points à la moyenne de l'ensemble de la population. L'avancée en âge n'explique donc pas entièrement la spécificité du groupe 9 du point de vue de l'inactivité¹⁰¹.

En conséquence, la projection des neuf types sur le plan factoriel produit deux résultats immédiats.

- D'une part, elle identifie une frontière qui semble nette entre le type 9, à l'extrême droite de l'axe horizontal, et les autres types identifiés. Les taux d'activité chutent fortement dans cette zone et la proximité des indicateurs les plus dégradés de santé physique et mentale suggère que le type concentre les difficultés de santé les plus lourdes parmi les 18-65 ans. Nous avons là – entre le type 9 et les autres – une limite probable du travail comme normalité de la santé, une *anormalité*, dont l'exploration devrait préciser les modalités, notamment par la comparaison avec les types proches comme le type 8.

- D'autre part, on note immédiatement la diversité des situations de santé, hors le cas extrême du type 9. Une diversité limitée cependant, puisque les soixante-quatre combinaisons possibles des douze modalités de départ se réduisent à huit types, hors le type 9. C'est à partir de ces huit types que nous saisissons ce que nous avons appelé des *anomalies* de santé au travail.

La description fine des neuf types que nous abordons à présent se déroulera en trois temps. D'abord, l'exploration des limites du travail comme normalité de santé reposant sur la description du type 9 comparé aux types proches. Ensuite l'examen des *anomalies* de santé, partagé en deux moments : la meilleure santé d'une part (types 1, 2 et 3) et la santé moyenne d'autre part (types 4, 5, 6, 7 et 8). Cette description engagera, bien évidemment, l'ensemble des variables actives sur lesquelles repose la construction des types, ainsi que les variables illustratives qui permettent de détailler la situation des individus concernés¹⁰². Les effectifs respectifs des neuf types sont présentés dans le tableau 10. Le tableau 11 résume pour sa part leurs caractéristiques les plus distinctives.

Tableau 10 : Les neuf types constitués à partir des « variables de santé » de l'ACM

Types	Effectifs bruts	% pondérés dans l'ensemble des 18-65 ans résidant en ménage ordinaire
1	956	11,30 %
2	991	12,00 %
3	1 325	16,30 %
4	1 281	14,60 %
5	700	8,50 %
6	714	8,40 %
7	850	9,10 %
8	440	5,20 %
9	1 231	14,40 %
Ensemble	8 488	100 %

¹⁰¹ Le taux d'inactivité, bien que beaucoup plus distinctif que dans tout autre type, ne spécifie pas le type 9 avec la même force que les limitations fonctionnelles. Valeurs de tests de significativité respectivement égales à 1043 et 3669 pour ces deux caractéristiques.

¹⁰² Voir plus haut les tableaux des variables actives (tableau 7) et illustratives (tableau 8).

3. TROIS « ESPACES » DE SANTÉ

3.1. Les limites du travail comme normalité de santé

Les effets de la très mauvaise santé

Le type 9, nous l'avons dit, se distingue dans l'ensemble de la population des 18-65 ans par des caractéristiques de santé très dégradées et un moindre taux d'activité, ce qui nous conduit à l'isoler et à le considérer « hors norme ».

Ce type concerne 14,4 % de l'ensemble des 18-65 ans, dont les principales caractéristiques confirment le caractère très dégradé de la santé :

- 83 % des individus y cumulent au moins deux maladies chroniques¹⁰³ et des limitations (contre 16% pour l'ensemble des 18-75 ans),
- 94 % présentent des limitations seules (contre 21 %),
- 88 % se situent dans le premier quartile de santé physique.

Ces éléments conduisent à donner à la « mauvaise santé » des individus ici concernés un contenu fortement marqué par les limitations fonctionnelles, ce que confirme la fréquence plus élevée de reconnaissances de handicap ou d'invalidité que l'on y trouve. De façon cohérente, 54 % d'entre eux déclarent une santé « médiocre » ou « mauvaise », alors qu'ils ne sont que 13 % dans la population de référence.

Ajoutons que la dégradation des dimensions physiques de la santé de ce type 9 s'accompagne de difficultés sur ses dimensions mentales, comme en témoignent le poids conséquent du premier quartile du score de santé mentale et le repérage de divers troubles psychiques (épisodes dépressifs majeurs, trouble anxieux généralisé) dont la fréquence est, de très loin, plus élevée que dans les huit autres types (23 % et 20 % respectivement des individus du type 9). Bref, on trouve ici la part des 18-65 ans confrontée à de multiples et probablement graves problèmes de santé d'origines diverses et éventuellement cumulés.

Cette situation dégradée est en partie associée à l'âge, puisque les plus de 55 ans y sont plus présents que dans les autres types, mais elle ne s'y résume pas, nous l'avons vu. On trouve certes des personnes inactives au moment de l'enquête parce qu'elles cumulent des difficultés de santé qui s'expriment surtout par des limitations fonctionnelles, mais aussi des individus dont l'état de santé a probablement toujours constitué un empêchement à l'activité professionnelle, même s'ils sont minoritaires¹⁰⁴. Autre constat, les femmes y sont légèrement surreprésentées (57 %, contre 51 % dans l'ensemble des 18-65 ans). Ce type, nous l'avons dit, porte le travail comme normalité de santé à ses limites. Le taux d'inactivité y est particulièrement élevé, la santé très dégradée, alors que la plupart des personnes concernées sont en âge de travailler. Cette combinaison pousse à interpréter la situation « santé-travail » correspondante dans les termes de l'éviction du travail ou de l'emploi par les problèmes de santé. C'est, cette fois, la santé qui semble jouer comme normalité du non-travail.

Pour autant, une majorité des individus concernés par ce type reste active en dépit d'un état de santé qui n'est pas meilleur que celui des inactifs : 91 % d'entre eux, par exemple, déclarent des limita-

¹⁰³ Hors troubles bénins de la vue.

¹⁰⁴ Au sein du groupe, les personnes inactives (509 personnes) sont pour 41 % d'entre elles âgées de 25 à 55 ans et pour 51 % de 56 à 65 ans. Les inactifs (43 % du type 9) ne sont donc pas essentiellement les plus jeunes (18-24 ans) du groupe qui pourraient, du fait de leur seul âge, justifier de n'avoir pas d'activité professionnelle ; et ce ne sont pas seulement les plus vieux puisque les 25-55 ans y tiennent largement leur part. Par ailleurs, les étudiants, personnes en formation ou stage non rémunéré, ne travaillant pas et n'ayant jamais travaillé, fournissent aussi des éléments de réponse : leur effectif est très faible (56 personnes) et, très majoritairement, il s'agit de 25-55 ans et de 56-65 ans.

tions dans les activités « habituelles » que font la plupart des gens (contre 94 % dans l'ensemble du type 9) ; leur score agrégé de santé physique se trouve dans le premier quartile pour 85 % d'entre eux (contre 88 % dans le type tout entier) ; 61 % se trouvent dans le même cas pour le score agrégé de santé mentale (contre 64 % en moyenne dans l'ensemble du type 5), etc.

En fait d'activité, la situation de ces actifs est surtout marquée par le chômage : 18 % d'entre eux sont chômeurs, contre 12 % pour l'ensemble des 18-65 ans actifs. Quand ils sont en emploi, ils semblent également plus souvent travailler dans le secteur public que privé : 53 % sont dans le secteur privé contre 58 % pour tous les 18-65 ans actifs ; 22 % dans le secteur public (contre 16 %) et ils sont indépendants pour 6 % d'entre eux (contre 9 %). On peut penser à des effets d'éviction (ou d'auto-sélection) par la santé, à la fois sur des emplois où des aménagements de postes pourraient être difficiles à obtenir ou redoutés comme tels, où les horaires de travail et les conditions d'assurance maladie seraient plus désavantageuses.

Tableau 11 : Deux premières variables distinctives des différents types d'états de santé et significativité des écarts par rapport aux caractéristiques moyennes des 18-65 ans

	Variable	% dans le groupe	% au sein de l'ensemble des 18-65 ans	Valeur test
TYPE 1	3ème quartile score agrégé santé mentale (SF-12v2)	100 %	25 %	3935,72
	Santé perçue : "excellente" ou "très bonne"	78 %	40 %	1698,29
TYPE 2	2ème quartile score agrégé santé mentale (SF-12v2)	100 %	25 %	3912,85
	1 maladie chronique au plus (hors troubles bénins de la vue), sans limitations liées à la santé	86 %	53 %	1487,74
TYPE 3	4ème quartile score agrégé santé mentale (SF-12v2)	88 %	25 %	3784,16
	1 maladie chronique au plus (hors troubles bénins de la vue), sans limitations liées à la santé	84 %	53 %	1648,58
TYPE 4	3ème quartile score agrégé santé physique (SF-12v2)	91 %	25 %	3787,96
	4ème quartile score agrégé santé mentale (SF-12v2)	56 %	25 %	1716,31
TYPE 5	2ème quartile score agrégé santé physique (SF-12v2)	100 %	25 %	3231,23
	3ème quartile score agrégé santé mentale (SF-12v2)	70 %	25 %	2020,95
TYPE 6	2ème quartile score agrégé santé mentale (SF-12v2)	100 %	25 %	3211,32
	2ème quartile score agrégé santé physique (SF-12v2)	70 %	25 %	1943,09
TYPE 7	4ème quartile score agrégé santé physique (SF-12v2)	84 %	25 %	2710,24
	1er quartile score agrégé santé mentale (SF-12v2)	78 %	25 %	2392,98
TYPE 8	3ème quartile score agrégé santé mentale (SF-12v2)	100 %	25 %	2587,53
	1er quartile score agrégé santé physique (SF-12v2)	85 %	25 %	1985,14
TYPE 9	Limitations et au moins deux maladies chroniques (hors troubles bénins de la vue)	83 %	16 %	4600,31
	Limitations depuis au moins six mois pour raisons de santé	94 %	21 %	4517,5

Les conditions de la rupture de normalité

Les spécificités du type 9 renvoient-elles à une population très particulière que le type isolerait ? Ou plutôt : à quel point le type 9 est-il spécifique ? Quel est le degré d'étanchéité de la frontière que nous avons dessinée entre le type 9 et les autres ? Nous avons répondu à cette question en mesurant la fréquence, au sein des autres groupes, de la première variable distinctive du type 9, à savoir le

cumul d'au moins deux maladies chroniques et de limitations fonctionnelles¹⁰⁵ pour 83 % du type. Cette mesure apprécie ce que l'on peut appeler un « halo » du type pour reprendre l'expression forgée à propos du chômage.

De tous les types, le numéro 8, immédiatement précédent sur l'axe horizontal présente la plus forte fréquence de cette caractéristique en son sein, très nettement supérieure à celles des autres types (41 %, contre 7 % au maximum dans le type 6). Cependant, et c'est ce qui le distingue du type 9, les difficultés physiques y sont associées à un état de santé mentale beaucoup plus favorable, puisque tous les individus s'inscrivent dans le troisième quartile du score de santé mentale. Cette meilleure situation en santé mentale est confirmée par les valeurs prises par quelques variables illustratives. Ainsi 2 % de personnes y présentent un épisode dépressif majeur, contre 7 % des 18-65 ans ; 3 % un trouble anxieux généralisé, contre 6 % en moyenne dans la tranche d'âge concernée, etc.

Notons que, dans le type 8, l'état de santé n'est perçu comme médiocre ou mauvais « que » par 26 % des individus. Ils étaient 54 % dans ce cas dans le type 9 et 13 % des 18-65 ans. Cette observation semble confirmer le poids de la santé physique dans les jugements de santé¹⁰⁶, pour lequel il est cependant difficile de proposer des explications causales univoques¹⁰⁷. Tout au plus, pouvons-nous souligner que les maladies chroniques du type 8 peuvent être présumées moins graves que celles enregistrées dans le type 9. Par exemple, 17 % d'hypertension artérielle dans le groupe 9, contre 11 % dans le groupe 8, 6 % et 3 % de cancers, 9 % et 6 % de diabète.

Le passage du type 9 au type 8 – et ainsi la frontière qui sépare ces deux types dont les taux d'inactivité vont respectivement du double au simple – se comprend comme le résultat d'un double effet :

- des incapacités physiques probablement moins lourdes pour le type 8,
- un cumul de problèmes de santé pour le type 9.

Globalement, la population de ce dernier type affronte des problèmes plus graves et plus nombreux que les autres. Sans doute, les individus du type 8 trouvent-ils, malgré de réelles incapacités physiques, des marges de manœuvre qui font défaut à ceux du type 9.

3.2. Les trois combinaisons de la bonne santé

Passons à présent à l'extrême gauche de l'axe horizontal du plan factoriel, là où se placent les traits de la meilleure santé physique, notamment par de moindres limitations et l'absence de maladie chronique. Comme nous l'avons dit, la polarisation qu'organise mécaniquement la technique de l'ACM n'oppose pas ici une situation unique qui concentrerait tous les attributs de la bonne santé et qui s'opposerait à la situation symétrique du type 9 comme parangon de la très mauvaise santé. Autrement dit, nous ne trouvons aucun type associant les scores de santé physique et mentale les plus élevés à une absence totale de maladie chronique et de limitations. C'est d'emblée une hétérogénéité qu'il faut considérer dans « l'espace » de la bonne santé.

Cet espace, nous le délimitons par les types 1, 2 et 3 – premiers sur l'axe horizontal¹⁰⁸ – dont la caractéristique commune est la déclaration d'absence de maladie chronique croisée à une absence de

¹⁰⁵ Quatrième modalité de la troisième variable active (voir tableau 7).

¹⁰⁶ Voir Miiunpalo S. *et al.*, "Self-rated Health Status as a Health Measure. The predictive value of self-reported Health Status on Use of Physician Services and on mortality in the Working Age Population", *op. cit.*

¹⁰⁷ Consistant par exemple à dire que c'est parce que les limitations concernent moins d'individus au sein du groupe 8 que du groupe 9 que leur état de santé mentale est également moins mauvais ou qu'au contraire que la santé mentale peut être considérée comme une variable exogène, qui permettrait à elle seule d'expliquer que les personnes appartenant au groupe 8, bien que souffrant de nombreux problèmes de santé physique, portent un jugement relativement favorable sur leur santé.

¹⁰⁸ Compte tenu du critère d'attribution des numéros aux différents *clusters* produits par la classification, justement, selon leur coordonnées sur l'axe horizontal du plan factoriel, précisément: -0,4396864 (type 1), -0,3062159 (type 2) et -0,2581507 (type 3).

limitations¹⁰⁹ : respectivement 86,4 %, 85,9 % et 83 % des personnes composant les trois types correspondent à ces deux caractéristiques. Ces valeurs, très supérieures à la moyenne de l'ensemble des 18-65 ans (53 %), distinguent donc ces trois premiers types des six suivants¹¹⁰.

Cette absence de maladie chronique combinée à peu ou pas de limitations actuelles fonde donc notre critère principal de la bonne santé. En écho et comme forme de validation, les déclarations de très bonne santé¹¹¹ y enregistrent leurs meilleurs scores : 77,7 % (type 1), 56,2 % (type 2) et 50,6 % (type 3) relativement à 39,7 % pour tous les 18-65 ans¹¹². Ensemble, ces trois premiers types représentent près de 40 % des 18-65 ans (11,3 %, 12 % et 16,3 %).

De façon très cohérente encore, les maladies chroniques déclarées indépendamment de limitations sont beaucoup moins fréquentes qu'en moyenne parmi les 18-65 ans : respectivement 13,6 %, 13,7 % et 15,1 %, contre 42,1 %¹¹³. De même, on trouve dans cette zone très peu de pathologies mentales tels les épisodes dépressifs majeurs ou les symptômes cognitifs de trouble anxieux généralisé. Les prévalences d'autres pathologies repérables d'emblée comme graves telles que les cancers (0,3 % à 0,4 %, contre 1,4 % des 18-65 ans en moyenne), le diabète (1 % à 1,7%, contre 3,1 %) ou les accidents vasculaires cérébraux (0,5 % en moyenne) y sont également faibles.

Tableau 12 : Rappel des valeurs des variables actives des types de « bonne santé »

Type	Q ^{ile} du Score santé physique	Q ^{ile} du Score santé mentale	Ni maladie chronique ni limitation
1	3 (56,2 %)	3 (100 %)	86,4 %
2	4 (48,1 %)	2 (100 %)	85,9 %
3	2 (55 %)	4 (88 %)	83,6 %

Lecture : 56,2 % des personnes du type 1 présentent un score de santé physique dans le troisième quartile.

Si les trois types partagent ces caractéristiques de santé globalement favorables, ils se distinguent sensiblement dans les profils que dessinent, en complément, les quartiles de santé physique et mentale (tableau 12). Le type 1 ressort comme le plus équilibré des trois quant aux dimensions physiques et mentales de la santé, sans atteindre cependant les quatrième quartiles sur ces deux dimensions. Les type 2 et 3 articulent de façon symétrique une valeur médiane sur une dimension de santé et très favorable sur l'autre.

Le type 2 se place ainsi à 100 % dans le second quartile de santé mentale en écho d'une consommation médicamenteuse – notamment les antidépresseurs et les tranquillisants – plus élevée que les deux autres types et de plus fréquents troubles du sommeil, hospitalisations et arrêts de travail. Le type 3 s'inscrit dans le deuxième quartile du score de santé physique pour 55 % de son effectif (et 35 % dans le quatrième quartile) et enregistre par ailleurs deux fois plus de handicaps reconnus officiellement ou ayant fait l'objet de demandes officielles de reconnaissance que les deux autres types (3,42 %), des limitations légèrement supérieures et une consommation plus fréquente d'antalgiques.

¹⁰⁹ Quatrième modalité de la troisième variable active de l'ACM (voir tableau 7).

¹¹⁰ Dans le type 4 qui suit immédiatement sur l'axe horizontal (-0,1268614) cette fréquence tombe à 48,7 % , soit un résultat beaucoup plus voisin de ce qu'il est en moyenne parmi les 18-65 ans donc.

¹¹¹ Qui regroupent les modalités : Excellente, très bonne.

¹¹² Notons que, sur ce point également, ces déclarations chutent à 41,7 % dans type 4, valeur proche de la moyenne générale.

¹¹³ À nouveau, les caractéristiques du type 4 marquent une rupture avec une remontée de ces déclarations à 48,7 %, au-dessus de la moyenne.

Le jeu de l'âge est immédiatement perceptible dans cet espace de la bonne santé. Les plus jeunes y sont plus nombreux qu'ailleurs (voir graphique 9) et, pour les types 1 et 2, cette caractéristique se double d'une moindre présence des plus âgés, deux fois moins nombreux qu'en moyenne parmi les 18-65 ans. De fait, les inactifs n'ayant jamais travaillé y sont également très présents (12 %, 13 %, contre 8 % pour les 18-65 ans) qui sont ici plutôt des jeunes gens en formation. Le jeu de la variable sexe est en revanche plus difficile à identifier malgré la légère surreprésentation des hommes dans le type 1 qui se fait plus nette dans le type 3 (55 % d'hommes, contre 49 % pour l'ensemble des 18-65 ans). La présence de jeunes inactifs réduit sensiblement les taux d'activité des trois types qui oscillent entre 81,5 % et 79,5 %.

Les caractéristiques socio-économiques de ces trois types sont également favorables, mais de façon plus marquée pour les types 1 et 2 qui cumulent les niveaux de diplôme les plus élevés de même que les niveaux de vie, puisque 29 % et 33 % des individus appartiennent à des ménages dont le revenu par unité de consommation se situe dans le quatrième quartile. En termes de catégories socioprofessionnelles, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont surreprésentés dans le type 1 (15 % plutôt que 11 %) et les professions intermédiaires dans le type 2 (24 %, au lieu de 21 % pour les 18-65 ans).

Notons que, dans les deux cas, les ouvriers sont sous-représentés (19 % et 18 %, alors qu'ils représentent 24 % des 18-65 ans), ce qui contribue à améliorer encore – toujours pour des raisons liées aux inégalités sociales de santé – la probabilité des personnes regroupées dans ces deux types de déclarer un bon ou très bon état de santé. Sur tous ces aspects, les caractéristiques du type 3 paraissent plus moyennes et tendent à se rapprocher de celles des types 4 à 8.

Au total, la zone fait rimer travail, emploi et bonne santé avec une légère ombre sur les dimensions mentales de la santé pour le type 2 et sur les dimensions physiques pour le type 3.

Travailler avec des anomalies de la santé : la zone de « santé moyenne »

Située entre les deux pôles extrêmes que nous venons de caractériser, la zone médiane de la projection comporte cinq types résiduels numérotés de 4 à 8 et composant près de 46 % de l'ensemble des 18-65 ans.

Cette zone intermédiaire se marque à gauche par une série de « décrochements » dans les valeurs de plusieurs indicateurs de santé relativement à la zone de « bonne santé ». Le type 4 se distingue ainsi des trois précédents par une fréquence trois fois plus élevée des maladies chroniques déclarées, par des limitations passées également plus fréquentes, une médication plus soutenue et nettement plus de troubles psychologiques tels les troubles paniques, l'agoraphobie ou les troubles du sommeil. À droite, la zone s'articule de façon plus fluide avec le type 9, parangon de la très mauvaise santé, *via* les caractéristiques du type 8 qu'annoncent quantités de traits que nous retrouvons combinés et accumulés dans le type 9.

Ainsi délimité, cet espace intermédiaire témoigne de la présence de problèmes de santé dont certains probablement sérieux. Les anomalies de la santé y prennent des configurations variées que décrivent les cinq types concernés, y compris le type 8 frontalier de la très mauvaise santé. En effet, dans cet espace intermédiaire, les anomalies de la santé coexistent assez largement avec un fort niveau d'activité : taux d'activité et part des actifs *occupés* prennent des valeurs maximales (par rapport à leur niveau pour l'ensemble de la population étudiée) dans les types 5 et 6.

Le couplage d'anomalies de la santé, parfois sévères, avec une activité professionnelle le plus souvent maintenue est certainement la marque distinctive de cette « santé moyenne » qui concerne, rappelons-le, près de la moitié des 18-65 ans. Ce premier résultat souligne l'intérêt d'un examen systématique des situations moyennes du point de vue de la santé, ne serait-ce que pour apprécier plus exactement les conditions dans lesquelles l'activité y est assurée. Conditions qui pourraient se révéler moins « faciles » que ne le laissent supposer les appréciations relativement plus favorables sur la santé des actifs occupés comparés aux chômeurs et aux inactifs.

Tableau 13 : Rappel des valeurs prises par les variables actives pour les types de « santé moyenne »

TYPES	Part dans l'ensemble des 18-65 ans	Score santé physique (ens. 18-65 ans)	Score santé mentale (ens. 18-65 ans)	Mal chroniques sans limitation (26,2 %)	Limitation sans mal chronique (4,9 %)	Mal chroniques et limitations (15,9 %)
4	14,6 %	Q3 = 91 % (25 %)	Q4 = 56,4 % (26,4 %)	48,2 %		
5	8,5 %	Q2 = 100 % (25 %)	Q4 = 100 % (26,4 %)	48,6 %	7 %	
6	8,4 %	Q2 = 70,4 % (25 %)	Q2 = 100 % (25 %)		15%	
7	9,1 %	Q4 = 84,3 % (24,3 %)	Q1 = 78,5 % (25 %)	62,5 %		
8	5,2 %	Q1 = 84,8 % (25 %)	Q3 = 100 % (23,6 %)			40,2 %
9	14,4 %	Q1 = 82,8 % (25 %)	Q1 = 88,2 % (25 %)			64,1 %

Source : EVS, Drees 2005-2006.

Champ : 18-65 ans résidant en ménage ordinaire. Lecture : le type 4 représente 14,6 % des 18-65 ans (en données pondérées) ; 91 % des individus qui le composent présentent un score agrégé de santé physique (SF-12v2) situé dans le troisième quartile.

Comment décrire ces anomalies de santé ? Les valeurs des variables actives pour chaque type que synthétise le tableau 12 en proposent une première vue. L'absence cumulée des maladies chroniques et des limitations qui caractérisait la « zone » de bonne santé n'est plus ici de mise. La morbidité chronique apparaît très clairement mais, pour l'essentiel, sans limitations. Seul le type 8 les associe de façon conséquente à une situation de santé physique dégradée, aux frontières de la très mauvaise santé du type 9. Les limitations apparaissent également hors des déclarations de maladie chronique pour le type 5 et, plus encore, pour le 6.

Plus largement, le tableau 13 annonce deux types d'anomalies : en lien avec les dimensions physiques de la santé pour les types 5 et 8 et avec ses dimensions mentales pour les types 6 et 7. La position du type 4 se distingue d'emblée par sa situation favorable sur les deux dimensions, particulièrement mentale ; cette originalité constituant le type en tant que tel (tableau 11).

Tous les individus de 18 à 65 ans cumulant un score de santé physique dans le troisième quartile et de santé mentale dans le quatrième s'y retrouvent en effet. Nulle part ailleurs une telle combinaison ne se réalise. Ce qui différencie le type 4 de ceux intégrés dans la zone de meilleure santé tient alors à la morbidité chronique qui concerne une part importante des individus de ce type et qu'il faut explorer davantage puisqu'elle semble à première vue contradictoire avec les hauts niveaux des scores agrégés de santé physique et mentale.

Au final, cette zone médiane enregistre trois grandes situations de santé : une situation équilibrée de valeurs moyennes (type 6), des situations dissonantes où une santé mentale favorable s'associe dans des conditions variées à une santé physique dégradée et réciproquement (types 5, 7 et 8) et une forte morbidité chronique sans marquage, *a priori*, dans les valeurs des scores (type 4).

Une santé « moyenne » incarnée

La situation « moyenne » ou « médiane »¹¹⁴ du type 6 est la plus équilibrée de la zone du point de vue de ses caractéristiques de santé. Santé moyenne en effet, puisque le type 6 concentre tous les

¹¹⁴ Les adjectifs de « moyenne » et « médiane » doivent ici être entendus selon une acception (pour l'essentiel) non mathématique : certes, au sens où le type 6 présente pour de nombreuses caractéristiques de santé une fréquence des phénomènes mesurée proche de la fréquence moyenne dans l'ensemble des 18-65 ans, la santé du type 6 peut être strictement entendue comme « moyenne ». Mais parler de

individus de 18 à 65 ans dont les scores de santé physique *et* mentale sont, l'un et l'autre, dans le deuxième quartile. Ces individus composent à leur tour 71 % du type 6 et le caractérisent donc fortement. En écho, et pour une part équivalente, 72 % des personnes du type se déclarent en bonne santé, modalité intermédiaire, elle aussi, des réponses possibles.

Santé moyenne également, car les caractéristiques de santé des individus de ce type recourent celles de l'ensemble de la population. Autrement dit et à quelques variations près, pour 8,4 % des 18-65 ans qui composent le type 6, l'abstraction statistique que constitue la moyenne de situations s'incarne dans une réalité sensible. Près de la moitié des personnes y déclare au moins deux maladies chroniques hors les troubles « bénins » de la vue. La moitié également déclare des troubles du sommeil, une personne sur cinq des limitations fonctionnelles actuelles, etc. Le tableau 14 présente le détail des caractéristiques de santé du type 6 rapportées à celles de l'ensemble de la population de référence. Il propose ainsi un premier contenu à la notion de « santé moyenne ».

S'il n'était pas aussi délicat d'arbitrer entre des situations nuancées sur les dimensions physiques et mentales de la santé, nous aurions pu partager notre plan factoriel de part et d'autre de ce type médian. La meilleure santé des types 1 à 5 aurait alors caractérisé plus de 62 % des 18-65 ans et la moindre santé quelque 28 %.

Tableau 14 : Caractéristiques de santé du type 6 « médian »

VARIABLES ILLUSTRATIVES DE SANTE	Part dans le type 6 (en %)	Part pour les 18-65 ans (en %)
Au moins deux maladies chroniques hors troubles « bénins » de la vue	46,25	42,1
Au moins deux maladies chroniques passées	5,13	5,4
Limitations fonctionnelles actuelles	22,06	20,08
Limitations fonctionnelles passées	19,68	17,03
Handicap reconnu ou demandé	6,96	8,8
Antidépresseur	8,02	7,9
Anxiolytiques	17,43	15,1
Somnifères	8,34	7,8
Antalgiques	86,6	82
Hospitalisation	13,37	13,5
Phobie sociale	12,54	11,5
Troubles paniques	15,38	16,5
Agoraphobie	23,12	18,6
Troubles du sommeil	46,95	42,6
Troubles du comportement alimentaire	27,29	21,9
Arrêts de travail	3,14	3,7

L'incarnation d'une situation moyenne n'est plus aussi nette du point de vue de la morbidité chronique. Celle-ci se distribue de façon plus diffuse dans les divers types rassemblés dans la zone de

santé « moyenne » ou « médiane » vise plus directement l'idée d'une santé qui n'est ni bonne ni mauvaise, placée entre deux situations extrêmes.

« santé moyenne », plus précisément entre les types 4 à 7. Le type 8 présente des prévalences nettement supérieures, proches de celles du type 9 qui, lui, double et le plus souvent triple les valeurs moyennes¹¹⁵.

Du côté de la frontière avec la « bonne santé » et à l'exception des cancers, les écarts de prévalence sont également très marqués, au moins doublés¹¹⁶ et quintuplés dans le cas des troubles psychiques (3 % à 8 % pour les types 1 à 3 et 15 % à 32 % pour les types 4 à 8). Notons que, quand elle ne correspond pas aux valeurs moyennes, la morbidité recensée dans le type 6 est toujours supérieure : 21,5 % contre 18 % pour l'ensemble des pathologies cardiovasculaires, 18 % contre 14 % pour l'ensemble des pathologies digestives, 19 % contre 18 % pour les troubles psychiques, etc.¹¹⁷ La moindre morbidité des trois premiers types de « bonne santé » tend donc à minorer les prévalences moyennes dont l'éventail, que composent les types 4 à 7, offre un meilleur aperçu.

Du point de vue des caractéristiques socioprofessionnelles, le type 6 ne présente pas la proximité des valeurs moyennes constatée pour la santé. Il s'en écarte de la façon la plus remarquable par la part qu'y prennent les agriculteurs, qui n'est nulle part aussi élevée qu'ici (+63 % par rapport à la moyenne, ils sont 20 % de plus dans le type 5, seul autre type où on les distingue). On observe encore d'autres écarts à la moyenne. Ainsi, du côté des surreprésentations : les indépendants (+10 %), le deuxième quartile de revenu (+13 %), les employés (+13 %) et les personnes faiblement diplômées (+9 %). Du côté des déficits, des écarts plus creusés encore : -37 % de chômeurs, -32 % de diplômés du supérieur, -24 % des plus jeunes, -18 % de cadres.

Au total et hormis par la présence frappante des agriculteurs, le type 6 est assez difficile à caractériser. Le caractère moyen de la situation de santé qu'il décrit semble découler d'une combinatoire de situations sociales très hétérogènes.

Les dissonances de la santé mentale et physique

Dans les types 5, 7 et 8, le caractère moyen de la situation de santé découle de dissonances entre dimensions physique et mentale de la santé : une très bonne santé mentale combinée à une santé physique mauvaise (type 5), une santé mentale moyenne combinée à une très mauvaise santé physique (type 8) ou une excellente santé physique combinée à une santé mentale médiocre (type 7).

Les autres indicateurs de santé disponibles développent et confirment ces combinaisons variées. Ainsi, dans le type 7, 57 % des individus déclarent au moins deux des cinq troubles du sommeil explorés par l'enquête (contre 4 % pour l'ensemble des 18-65 ans), 13 % peuvent être repérés comme présentant un épisode dépressif majeur (*versus* 7 %), 12 % un trouble anxieux généralisé (*versus* 6 %), 23 % ont déjà manifesté des troubles paniques au moins une fois au cours de leur vie (*versus* 17 %). De façon cohérente, le type se distingue par les problèmes d'ordre psychique qui y sont déclarés (32 %) moins nombreux que dans les types 8 et surtout 9, mais très largement supérieurs à la moyenne globale (18 %). Le poids des limitations fonctionnelles est en revanche limité (5 % contre 21 %), ce qui explique que les maladies chroniques sont le plus souvent déclarées seules¹¹⁸.

Ces maladies chroniques recensées dans le type 7 restent relativement fréquentes cependant, même si elles semblent moins invalidantes que d'autres régulièrement déclarées dans le type 9. Les prévalences supérieures à celles du type 6 – dont nous avons signalé la conformité aux valeurs moyennes de la population de référence – concernent en effet des pathologies que l'on peut présumer moins

¹¹⁵ À l'exception des maladies de peau et des troubles de la sphère ORL.

¹¹⁶ Pour les pathologies cardiaques, les troubles pulmonaires, les troubles endocriniens, les troubles neurologiques, les troubles digestifs, les troubles articulaires, les MST, les problèmes de peau ou les troubles oculaires.

¹¹⁷ Pour le détail de la morbidité chronique par type, voir les annexes de ce document.

¹¹⁸ 4 % de personnes du type 7 cumulent maladies chroniques et limitations, alors que cette situation concerne 3 % des individus du type 2 et 16 % des 18-65 ans.

graves telles que : sinusites, angines, otites, rhinopharyngites à répétition, crampes, brûlures ou douleurs de l'estomac ou encore eczéma. À l'inverse, les maladies chroniques déclarées dont on peut pressentir le caractère de gravité presque certain ou l'effet délétère en termes de limitations fonctionnelles sont plus rares que dans le type 6 : l'arthrose et, globalement, les problèmes articulaires, les cancers, etc.

Les limitations sont bien présentes dans le type 5, bien qu'elles y restent inférieures aux valeurs moyennes pour les 18-65 ans (7 % contre 20 %). Elles le sont infiniment plus dans le type 8, et plus encore si on tient compte de sa taille. Les effectifs du type 8 ne comptent en effet que pour 5 % de l'ensemble des 18-65 ans. Mobilisant le théorème de Bayes¹¹⁹, on peut neutraliser l'effet « taille » sur les fréquences brutes de ce type. On passe alors d'un écart de 13 % par rapport à l'ensemble des types de santé moyenne (53 % contre 20 %) à dix fois plus. La très mauvaise santé physique déclarée dans ce type 8 s'articule aux reconnaissances officielles de handicaps¹²⁰ dont la fréquence est parmi les plus élevées au sein des types de santé moyenne (16 % contre 9 % en moyenne) et même de l'ensemble de tous les types, si on tient compte de la taille (trois fois plus que la moyenne, alors que le type 9 la multiplie par 2,5).

La forte présence des plus de 55 ans n'est pas indifférente à ce niveau élevé de handicap et à l'importance des maladies chroniques passées dont on peut penser que, pour partie, les handicaps actuels constituent des séquelles.

Hors des caractéristiques de santé et du point de vue des caractéristiques professionnelles, les trois types se singularisent nettement. Du point de vue de l'activité par exemple, le type 8 se marque par un taux d'inactivité bien plus élevé que les autres, proche de celui du type 9. Notons également que les interruptions temporaires de travail y sont également plus fréquentes, moyen sans doute d'accommoder une santé dégradée à l'activité. Les types 5 et 7 présentent pour leur part un fort taux d'activité. Plus exactement, c'est surtout le cas du type 5 (+31 % d'actifs par rapport à la moyenne et +24 % pour le type 7) puisque, pour le type 7, « l'activité » se décline souvent en chômage (+23 % de chômeur par rapport à la moyenne, +10 % pour le type 5).

La distribution des catégories socioprofessionnelles et, de façon liée, celle des niveaux de diplôme, signalent d'autres particularités. Les ouvriers sont surreprésentés dans le type 8 de même que les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, en association avec une part importante de personnes détenant un CAP ou n'ayant aucun diplôme. Dans les deux autres types, les cadres ressortent (+22 % pour le type 5 et +16 % pour le type 7 par rapport à la moyenne) mais les niveaux de formation les plus représentés sont différents : diplômes du supérieur dans le type 7 (+37 % par rapport à la moyenne) et niveaux bac ou bac + 2 ans dans le type 5 (+11 % et +20 % par rapport à la moyenne). Notons que la part des diplômés du supérieur dans le type 7 compte parmi les plus élevées de tous les types : elle vient en seconde position après le type 1 où ils sont les plus nombreux.

Le type 7 se caractérise également par la forte présence des indépendants qui, nulle part ailleurs, ne sont aussi nombreux (+35 % par rapport à la moyenne). S'y trouvent également relativement plus de salariés du secteur public, alors que les types 8 et surtout 5 concernent plutôt les salariés du privé.

Du point de vue des revenus et en synthèse des observations qui viennent d'être faites, les plus hauts revenus sont mieux représentés dans les types 5 et 7 et les revenus moyens dans le type 8.

Les caractéristiques non-professionnelles achèvent de distinguer les trois types ou plutôt particularisent le type 7. Les types 8 et 5 présentent moins de traits remarquables de ce point de vue, hormis pour le type 8 la présence déjà notée des plus de 55 ans. Le type 7 en revanche, certainement très hétérogène, se marque cependant par la présence des femmes (+20 % par rapport à la moyenne et présence la plus forte de tous les types), par le taux le plus élevé de familles monoparentales (+74 %

¹¹⁹ La formule utilisée est la suivante pour une variable X dans un Groupe 1(G1) où ENS représente la population entière :

$\text{Freq}[X \in G1] = \text{Freq}[G1 | X] * \text{Freq}[ENS | X] / G1.$

¹²⁰ Dont on rappelle qu'elle comprend les reconnaissances de handicaps et les demandes en cours non nécessairement satisfaites.

par rapport à la moyenne) et par la plus large représentation des personnes résidant en grandes agglomérations (+13 %). Notons que la concentration des familles monoparentales dans le type 7 est tout à fait remarquable et le particularise de ce point de vue, y compris par rapport aux situations de plus mauvaise santé. Enfin, ce type est aussi plus jeune que le type 5 : les 18-24 ans y sont un peu plus présents et les plus de 56 ans plus rares.

Les moindres maladies du type 4

Le type 4 occupe une place particulière dans la zone de santé moyenne. Sa place se justifie par une double différence relativement à la zone de meilleure santé des types 1 à 3. En effet, plus de 48 % des personnes y déclarent des maladies chroniques sans déclarer, parallèlement, de limitations, alors que l'absence des unes *et* des autres caractérisait les trois types de « bonne santé ». Par ailleurs, les prévalences des maladies chroniques déclarées – hormis pour les cancers – y sont systématiquement plus élevées¹²¹. Pour autant, les scores de santé physique du type 4 se situent au-dessus de la médiane pour la plupart des individus et les scores de santé mentale sont plus favorables encore pour la moitié d'entre eux.

Le type 4 décrit donc une « bonne santé » *malgré* des maladies chroniques. L'examen du détail de ces maladies écarte par ailleurs l'hypothèse d'une moindre gravité de ces maladies qui ne concerne pas exclusivement les troubles « bénins » de la vision ou les maladies de la peau, même si ces pathologies sont, en effet, souvent déclarées dans le type 4¹²². Ces maladies chroniques concernent également et surtout les troubles pulmonaires, endocriniens, les MST et, dans une moindre mesure, les pathologies cardiovasculaires, neurologiques et articulaires. Pour détailler les trois premiers groupes de maladies déclarées, le type 4 est particulièrement concerné par l'asthme, les bronchites chroniques, les problèmes thyroïdiens, le diabète, le cholestérol et l'herpès. Autant de pathologies dont on peut penser que les traitements sont aujourd'hui stabilisés et rendent peut-être plus facilement envisageable le maintien des activités, notamment professionnelles.

Le niveau de déclaration des maladies chroniques et les types de maladies déclarées ne sont certainement pas sans lien avec la structure d'âge du groupe 4. Comparées aux types 1 à 3, la part des plus de 55 ans y est plus élevée et celle des 18-24 ans nettement moindre, mais avec des écarts à la moyenne moins marqués que dans le type 8.

Autrement dit, l'état de santé global du type 4 ne semble pas porter les traces d'un âge moyen plus élevé ni de la présence plus nette de maladies chroniques potentiellement invalidantes, comme si les individus du type 4 étaient restés plus jeunes – et donc moins malades – qu'ils ne le sont réellement.

Parmi les caractéristiques socio-économiques des individus du type 4, le trait le plus saillant concerne les cadres dont la part relative est supérieure à la moyenne d'ensemble (+20 %) presque autant que dans le type 5. Symétriquement, on note une légère surreprésentation des diplômés du supérieur (+11 %). Le type de ménage dans lequel résident les personnes qui composent le type 4 distingue celui-ci encore plus nettement de tous ceux de la santé moyenne et, plus loin, de tous les types identifiés. Il concentre en effet la part la plus importante de couples sans enfant, ce qu'il faut lire en lien avec l'âge des personnes.

Le tableau 15 reprend les principales caractéristiques des quatre types de santé moyenne.

¹²¹ Le plus largement doublées par rapport à celles des types 1 à 3, triplée pour les pathologies ORL et quintuplée pour les troubles psychiques.

¹²² Précisément : 20,6 % des pathologies ORL sont déclarées dans le type 4 vs 19,9 % pour le type 7, 18 % pour le type 6, 17,4 % pour le type 8 et 17 % pour le type 5 (19 pour le type 9 et respectivement 8,6, 7,7 6,6 % pour les types 1, 2 et 3). Pour les troubles oculaires, le type 4 enregistre 27 % des déclarations totales, le type 5, 29 %, le type 6, 27 %, le type 7, 26 %.

Tableau 15 : Synthèse des situations de santé moyennes

RECAPITULATIF DES TYPES DE LA SANTE MOYENNE			
TYPES	santé physique	santé mentale	Mal chroniques et limitations
4	bonne	très bonne	oui mais sans limitations
	CADRES (+20 %), DIPLOMES DU SUPERIEUR (+11 %), COUPLES SANS ENFANT (+12 %)		
5	mauvaise	très bonne	oui avec limitations
	ACTIFS (+31 %), CADRES (+22 %), BAC+2 (+20 %), BAC+2 (+20 %), PRIVE (+11 %)		
6	mauvaise	mauvaise	non mais des limitations
	AGRICULTEURS (+63 %), CHOMEURS (-37 %) INDEPENDANTS (+13 %), SANS DIPLOME (+11 %).		
7	très bonne	mauvaise	oui (+) sans limitation
	MONOPARENTALE (74%), DIPLÔME SUP (37%), INDEPENDANT (+35%), CHOMEURS (+23 %), FEMMES (+20 %), PUBLIC (+15 %), GRANDES AGGLO (+13 %)		
8	très mauvaise	bonne	oui (+) avec limitations (+)
	AGES (+63 %), ARTISAN ET COM (+40 %), OUVRIERS (+40 %), CAP (+21 %), HOMMES (+14 %)		

4. LE TRAVAIL, QUELLE SANTÉ ?

Les caractéristiques des neuf types produits par la classification permettent, au final, un regroupement en trois grandes situations de santé entre lesquelles répartir l'ensemble des 18-65 ans : « la bonne santé » (I), « la santé moyenne » (II) et « la mauvaise santé » (III) que reprend le tableau ci-dessus et dont nous avons dessiné les périmètres sur la figure 5.

Par ce regroupement, un peu plus de la moitié des 18-65 ans est globalement reconnue comme étant en bonne santé relative. Relative en effet, car il faut se rappeler qu'aucun des types concernés ne concentre à la fois les meilleurs scores de santé physique et mentale *et* une absence totale de limitations ou de maladies chroniques. Cette première situation de santé, la plus favorable, enregistre donc déjà des anomalies, mais moins nombreuses et sans doute moins graves (tant en termes de pronostic médical qu'en termes de gênes fonctionnelles) que dans les autres groupes.

Tableau 16 : Regroupement des types en « situations de santé »

	Situation de santé	Type(s) correspondant(s)	% pondérés dans l'ensemble des 18-65 ans résidant en ménage ordinaire
I	« BONNE SANTE »	1, 2, 3 et 4	54,2 %
II	« SANTE MOYENNE »	5, 6, 7 et 8	31,3 %
III	« MAUVAISE SANTE »	9	14,4 %
ENS			100 %

En concluant l'analyse, nous étendons la zone de bonne santé au type 4, bien que les maladies chroniques y soient fréquemment déclarées (48,2 %) et que les valeurs de plusieurs variables de santé

signalent une situation moins favorable que dans les autres types de cette première zone¹²³. Les scores de santé physique et mentale se situent cependant à des niveaux très au-dessus de leurs valeurs médianes. Si les scores étaient les seuls critères de classement, il serait certainement malaisé de départager ce type 4 du type 1¹²⁴. La zone de mauvaise santé reste en revanche inchangée et s'en tient au type 9 très spécifique du point de vue de la santé. Même si le type 8 en constitue un écho évident, ce dernier ne présente pas les phénomènes d'accumulation de problèmes de santé aussi intensément que dans le type 9.

En considérant l'ensemble des variables de santé¹²⁵ – notamment les données de la figure 3 qui compare, à taille donnée, les fréquences relatives de ces variables, la zone de santé moyenne servant d'indice de référence –, les trois situations de santé peuvent globalement se caractériser ainsi :

4.1. Être en bonne santé...

... signifie :

- Se déclarer dans une condition mentale ou une condition physique très au-dessus des médianes respectives.
Déclarer exceptionnellement des limitations. La fréquence des déclarations est de 2,8 si on tient compte des différentiels de taille des trois zones, c'est-à-dire six fois moins que dans la zone de santé moyenne et trente-trois fois moins que dans la zone de mauvaise santé.
- Affronter bien plus rarement des situations de santé dégradée dont la gravité est objectivée par les déclarations de handicap ou des troubles mentaux tels les épisodes dépressifs majeurs ou l'anxiété généralisée¹²⁶.
- Connaître bien moins de maladies chroniques et, à examiner le détail des maladies déclarées (voir la figure 4), bien moins de pathologies potentiellement invalidantes tels les infarctus du myocarde, les cancers, les troubles psychiques ou neurologiques.
- De façon générale, la morbidité est relativement faible, y compris pour les pathologies « courantes » ou bien corrigées, comme les problèmes d'acuité visuelle.

De façon corrélée, le sentiment d'être en bonne santé domine, tandis que l'appréciation d'une santé médiocre est rare.

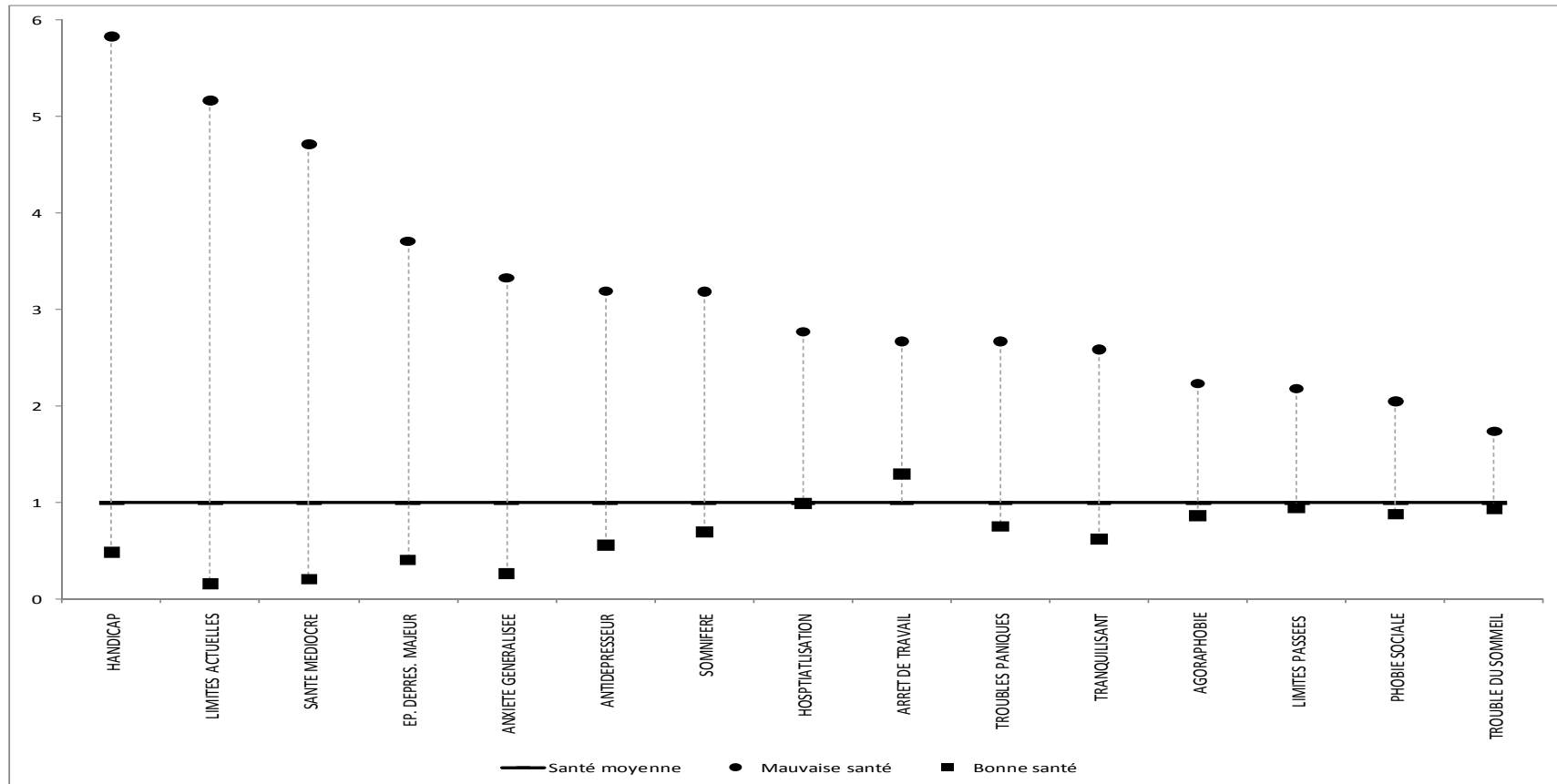
¹²³ Voir page 57.

¹²⁴ On rappelle que le type 1 combine un score de santé mentale dans le quatrième quartile avec un score de santé physique pour 56 % dans le troisième quartile (le reste se trouvant dans le quatrième), tandis que le type 4 cumule un score de santé physique dans le troisième quartile pour 91 % des individus concernés et un score de santé mentale dans le quatrième quartile pour 56 % des individus, les autres se répartissant entre le premier et le troisième quartiles.

¹²⁵ C'est-à-dire les variables actives à la base de la classification et les variables illustratives de santé qui complètent les informations.

¹²⁶ Voir plus haut, les variables « santé » mobilisées dans EVS.

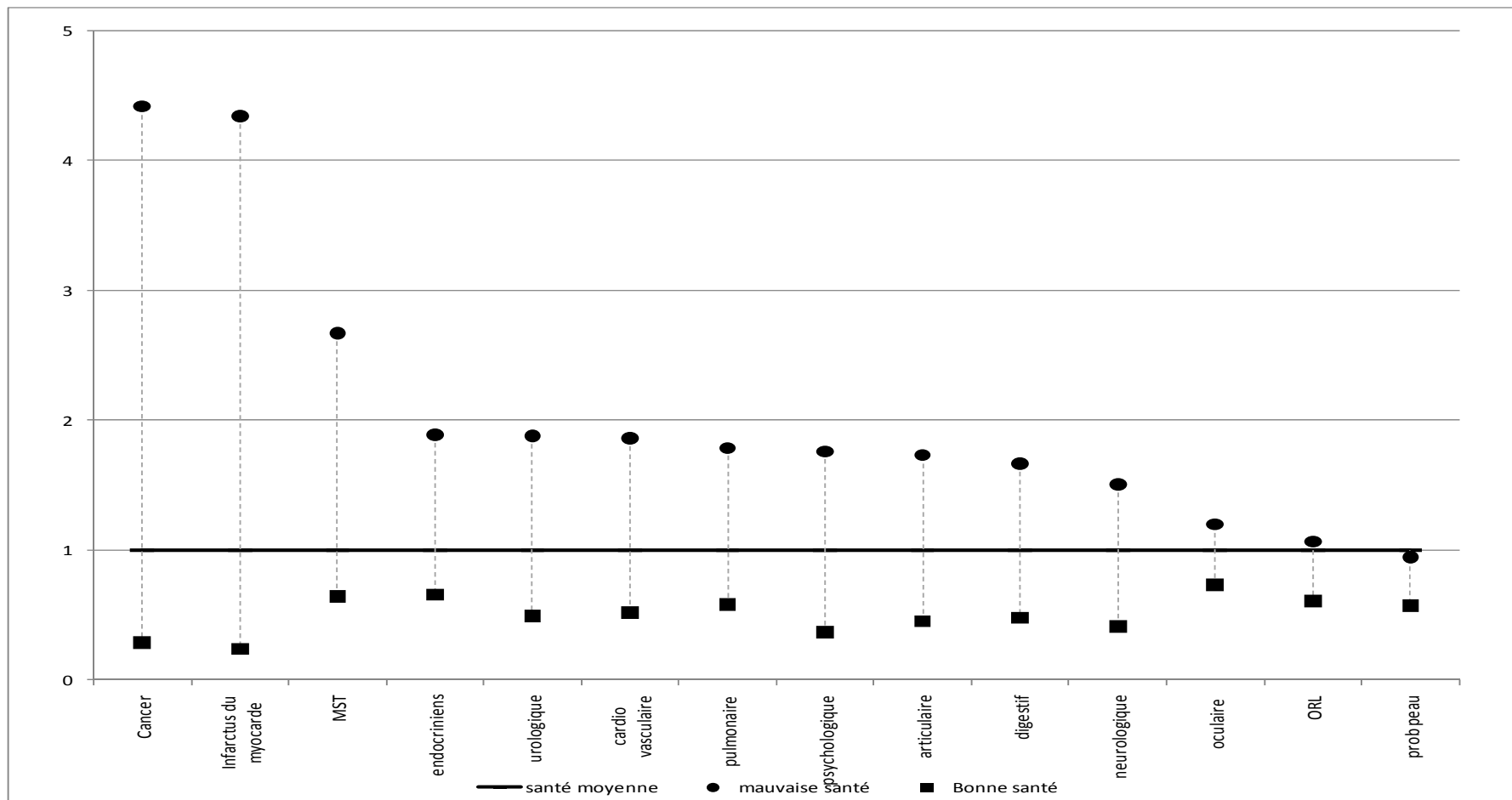
Figure 3 : Comparaison des trois situations de santé selon une sélection de variables de santé



Lecture : À taille de situation de santé donnée et en plaçant la santé moyenne en indice 1 de référence, la fréquence globale des limitations actuelles est de 5,2 pour la mauvaise santé et 0,2 pour la bonne santé. Ces valeurs s'obtiennent en deux temps. Le premier cherche à neutraliser l'effet des différences de taille des différentes situations de santé sur les fréquences brutes qui indiquent que, dans l'ensemble des personnes de 18 à 65 ans déclarant des limitations actuelles, 7,4 % viennent de la zone de bonne santé, 27,4 % de la zone de santé moyenne et 65,2 % de celle de mauvaise santé. Mais ces zones n'ont pas la même taille, puisqu'elles concernent respectivement 54,2 %, 31,3 % et 14,4 % de l'ensemble des 18-65 ans. Pour rectifier les fréquences hors de l'effet de ces tailles relatives, on utilise les notions dérivées du théorème de Bayes¹²⁷. Il en résulte les valeurs respectives suivantes : 2,83, 18,19 et 93,99. En divisant dans un second temps ces valeurs par la valeur de la bonne santé qui devient ainsi indice de référence : on obtient les valeurs reprises sur le graphique et qu'on énonce de la façon suivante : à taille donnée, la fréquence de déclaration des limitations actuelles est de cinq fois supérieure dans la zone de mauvaise santé que dans celle de santé moyenne et 80 % inférieure dans la zone de bonne santé par rapport à la santé moyenne.

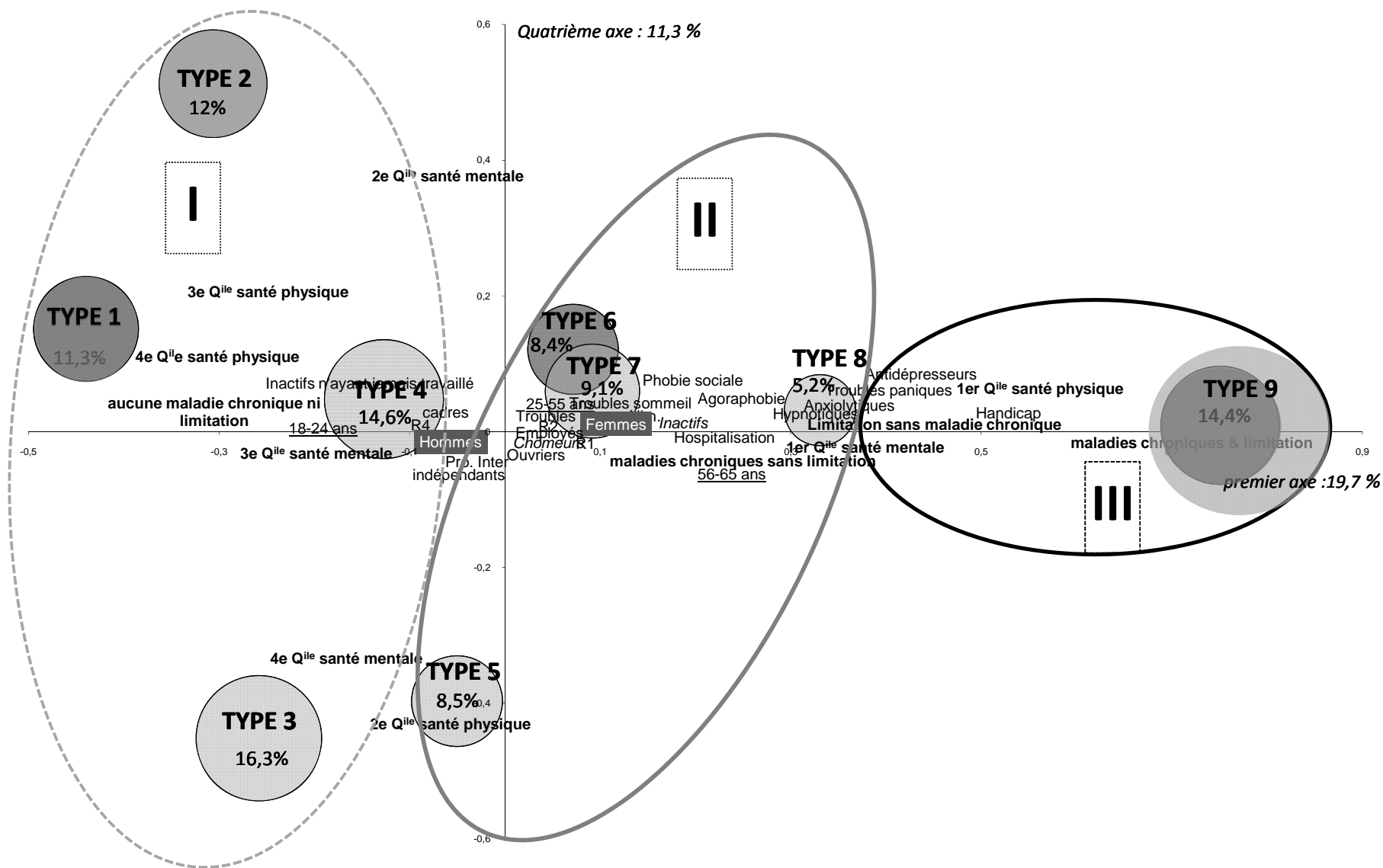
¹²⁷ On rappelle la formule utilisée pour une variable X dans un Groupe 1(G1) où ENS représente la population entière: $Freq[X \in G1] = Freq[G1 | X] * Freq[ENS | X] / G1$. Pour les limitations dans la zone de bonne santé, la formule devient : $0,07 \times 20,7 / 0,542 = 2,839$ où 20,7 est la fréquence moyenne de déclaration de limitations dans l'ensemble des 18-65 ans.

Figure 4 : Comparaison des trois situations de santé selon quelques types de pathologies déclarées



Lecture : À taille de situation de santé donnée, la fréquence globale de déclarer des cancers est de 1 pour le groupe de santé moyenne. Elle est 4,5 fois supérieure dans la zone de mauvaise santé et 80 % inférieure dans celui de la bonne santé. Pour le détail des formules permettant d'obtenir ces résultats voir le guide de lecture de la figure 3.

Figure 5 : Projection des « zones de santé » regroupant les neuf types de la classification



4.2. Être en mauvaise santé...

... retrouve les caractéristiques du type 9 que l'on résume sommairement :

- Déclarer une condition mentale *et* physique très en-dessous des médianes respectives.
- Affronter des limitations en lien à de nombreuses déclarations de handicap. En corrigeant de la taille, la fréquence de déclaration des limitations atteint 94 % et elles suffiraient à elles seules à distinguer cette situation. S'y adjoint, de façon sans doute liée, une forte morbidité relative concernant, souvent, des pathologies potentiellement invalidantes et graves comme les cancers ou les infarctus du myocarde.
- Connaître également des troubles avérés du comportement, eux aussi potentiellement invalidants.
- De façon attendue, n'estimer qu'exceptionnellement sa santé comme bonne ou excellente (5 % en tenant compte de la taille) et majoritairement comme médiocre (54 %).

4.3. Être en santé moyenne...

... signifie :

- Déclarer une santé physique ou mentale inférieure aux valeurs médianes. Et, quand la santé mentale est meilleure voire très bonne, avec de plus nombreuses limitations physiques.
- Déclarer six fois plus de limitations que dans la situation de bonne santé en lien avec des handicaps déclarés deux fois plus fréquents.
- Les troubles mentaux avérés sont également deux fois plus courants que dans la situation de bonne santé, mais les consommations médicamenteuses (antidépresseurs, tranquillisants, etc.) sont en moyenne cinq fois inférieures à celles de la mauvaise santé.
- Notons que, malgré des troubles patents, les arrêts du travail sont plus rares dans cette zone que, bien sûr, dans la zone de mauvaise santé, mais, plus surprenant, dans celle de bonne santé.

Conclusion

Caractérisée par des critères admis dans les enquêtes de santé publique, la santé à l'âge du travail¹²⁸ relève d'incontestables dimensions sociales. Se situer dans telle ou telle des trois situations de santé que nous avons décrites ne tient ni seulement à l'âge ni seulement aux infortunes de la vie qui contraignent certain-e-s à affronter des rigueurs que d'autres n'auront jamais à connaître. La figure 6 en donne l'illustration. Sur le même principe que les précédentes figures, elle examine et compare les valeurs prises dans chaque situation de santé par les caractéristiques socio-économiques des individus concernés ; la santé moyenne constituant, ici encore, l'indice de référence.

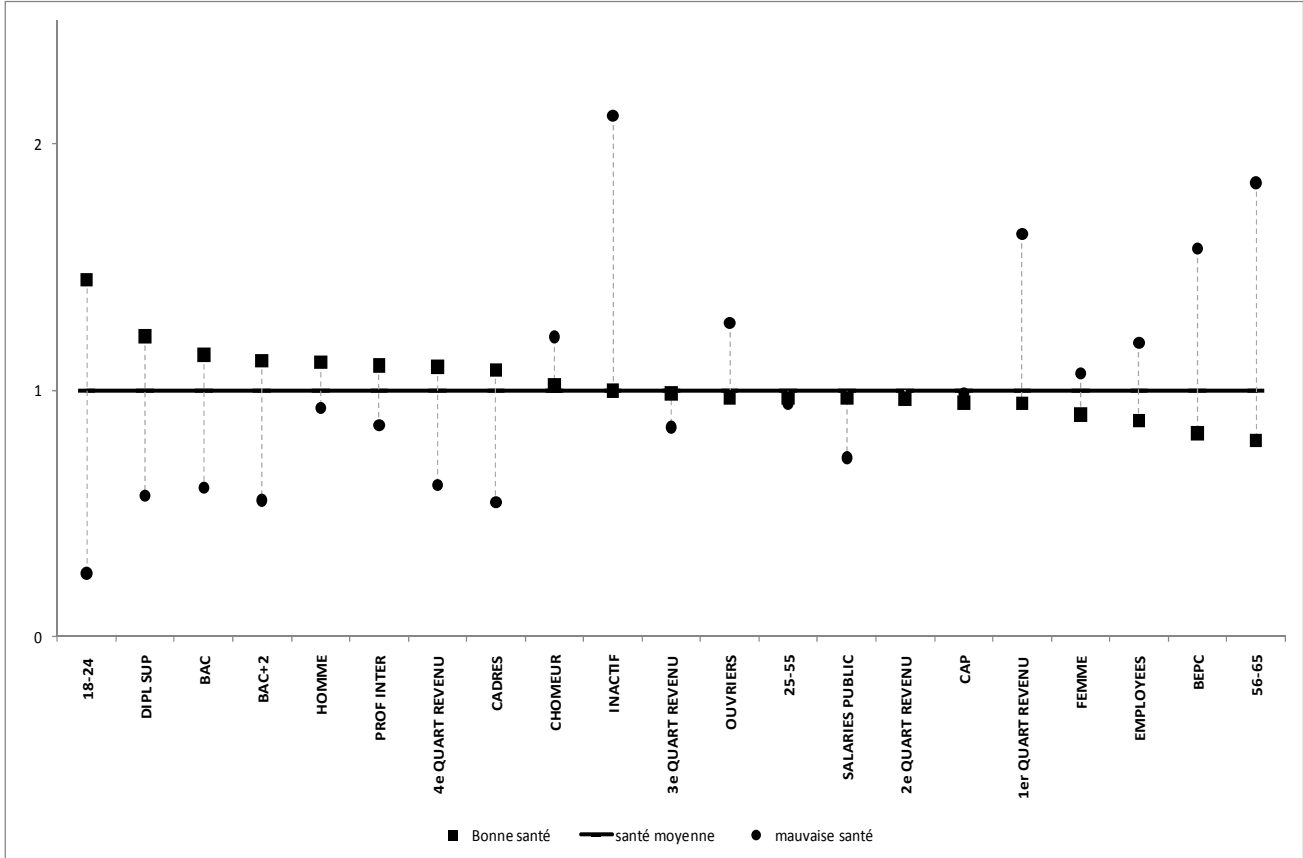
De part et d'autre de l'axe horizontal, apparaissent les valeurs prises par les classes d'âge extrêmes, vérifiant la complicité de l'âge et de la santé. Cependant, elles sont loin d'être déterminantes ou exclusives dans la distribution des individus entre les trois situations. Les plus jeunes présentent rarement une mauvaise santé qui concerne relativement plus les plus âgés, mais la mauvaise santé se marque également d'un excès relatif notable de personnes faiblement diplômées (BEPC), des

¹²⁸ Et sans doute au-delà de la vie de travail.

personnes ayant le plus faible niveau de vie et d'ouvriers. L'inactivité y atteint son plus haut niveau dans une acception qui est, de toute évidence, d'une tout autre nature que celle de la bonne santé.

Figure 6 : Comparaison des trois situations de santé selon une sélection de caractéristiques socio-économiques des individus

Lecture : À taille de situation de santé donnée, la part des 18- 24 ans dans la zone de bonne santé est près d'une fois et demi supérieure à celle obser-



vée dans la zone de santé moyenne. Dans la zone de mauvaise santé, cette part est de 80 % inférieure à celle de la zone de santé moyenne. Pour le détail des calculs et formules utilisés, se reporter aux indications de lecture des figures de la figure 3.

De façon symétrique, la bonne santé concerne plutôt les plus jeunes, plus rarement les plus âgés, mais aussi : les plus diplômés, les plus hauts revenus et les cadres ou professions intermédiaires.

Quant à la santé moyenne, le jeu de l'âge s'y voit encore avec la des 25-55 ans, mais fortement mâtiné des effets de revenu – troisième et, surtout, deuxième quartiles de niveau de vie. Elle se signale par la légère surreprésentation du secteur public et la plus forte présence des personnes détenant un CAP. Les caractéristiques des personnes s'inscrivant dans la santé moyenne sont également intéressantes quand elles prennent des valeurs « médianes » ou « moyennes » entre bonne et mauvaise santé.

On y mesure alors l'ampleur de l'écart qui sépare les positions extrêmes et on identifie, par la position relative de la santé moyenne, ce qui fait l'éventuelle spécificité des deux autres situations. La mauvaise santé se particularise par un déficit de diplômés au niveau du bac et plus, de cadres, de personnes percevant de hauts revenus par unité de consommation et, comme on l'a souligné, par un excès de personnes dont les revenus par unité de consommation sont faibles, de personnes faiblement diplômées, des plus âgés et d'employés. Du côté de la bonne santé, la spécificité engage l'âge, une surreprésentation de diplômés du supérieur et un déficit des plus faiblement diplômés.

Enfin, la distribution des hommes et des femmes entre les trois situations retrouve des résultats attendus. Les premiers sont plus présents que les secondes dans la zone de bonne santé et, réciproquement, les femmes se déclarent plus souvent en mauvaise santé que les hommes.

CONCLUSION : UNE MESURE DE LA SANTÉ À L'ÂGE DU TRAVAIL

Ce document propose donc une mesure de la santé à l'âge du travail qui compense l'absence constatée d'une telle mesure pour la France. La mesure proposée est fondée sur les déclarations des individus concernant divers aspects de leur santé, quelle que soit la responsabilité qu'y prennent leurs conditions de travail et les expositions auxquelles elles les contraignent. Les maladies, limitations ou symptômes considérés sont tout aussi bien d'origine professionnelle que non professionnelle.

Les résultats de l'exercice confirment ce que l'ample littérature sur la question de la santé au travail laissait prévoir. En aucun cas, l'absence de mesure sur la santé à l'âge du travail ne peut se comprendre comme un effet d'une bonne santé partagée. Le tableau de santé qui se découvre est loin d'être uniforme même si, à cet âge du travail, les capacités physiques et mentales des individus restent du bon côté du cycle de la vie. Les ombres qui le nuancent, nombreuses et marquées, débordent les cas isolés de quelques exceptions, individus qui seraient plus tôt frappés par l'adversité et qui confirmeraient la règle générale. La santé à l'âge du travail mérite l'attention que nous lui avons accordée comme en témoignent, nous l'espérons, les principaux enseignements que nous tirons de l'exercice réalisé.

1. QUELQUES ENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Une bonne santé troublée

On voit d'abord que l'absence totale de symptôme par laquelle, en première analyse, on pourrait qualifier la bonne santé, n'a aucune réalité statistique tangible. La remarque vaut même pour les plus jeunes des 18-65 ans examinés. La situation de santé la plus favorable que découvre l'analyse ne combine nullement les scores de santé mentale et physique les plus élevés et elle accueille quelques maladies chroniques de même que quelques limitations fonctionnelles. Les autres situations favorables pèchent, elles aussi, soit par une moindre santé physique, soit par une moindre santé mentale et, donc, de possibles dissonances entre ces deux dimensions. La consommation d'antidouleurs y est également élevée, plus que dans toutes les autres situations de santé identifiées. Bref, premier enseignement, à l'âge du travail, le silence *absolu* des organes, pour plagier Leriche, n'existe pas. Pour ceux qui le peuvent, travailler revient toujours à faire avec des symptômes de diverses natures.

La gravité de ces symptômes est évidemment fort variable, de même que leurs conséquences pour les individus. Des troubles de la vue aisément corrigés par des verres appropriés n'ont pas de commune mesure avec un cancer des voies respiratoires. Croisant le large éventail des indicateurs de santé fournis par l'enquête *EVS*, nous estimons à quelque 55 % la part des individus en âge de travailler dont la santé – relativement à l'ensemble des personnes du même âge (18-65 ans) – peut être considérée comme bonne, voire très bonne, si on se souvient que cette bonne santé relative n'est jamais indemne de trouble. Dans une démarche proche et en s'en tenant aux seules déclarations sur l'état de santé général et sur les maladies chroniques, Tessier et Wolff évaluaient cette part de la bonne santé à 80 % environ¹²⁹. L'écart avec notre propre mesure est à porter au crédit de la richesse des indicateurs fournis par *EVS* dont nous avons conservé les plus structurants et les plus généraux. Nous y revenons plus loin.

¹²⁹ Rappelons que leur investigation exploite les données de l'enquête *Emploi du temps* 1999 pour un même champ de population : les 18-65 ans. Seules les réponses aux deux premières questions du mini-module européen y sont mobilisées. Voir Tessier P. et Wolff F.-C., 2005, « Offre de travail et santé en France », *Economie & prévision*, vol. 168, 2, pp. 17-41.

Précisément, il nous a semblé possible, grâce à ces indicateurs variés, de répartir les 45 % de la population restants entre deux situations distinctes : un état de santé fortement dégradé pour quelque 14 % des 18-65 ans et quatre situations dites de « santé moyenne » pour 31 % d'entre eux. Dans le premier cas, la mauvaise santé se caractérise par les plus mauvais résultats enregistrés pour tous les indicateurs retenus, pointant une situation de cumul de difficultés sur divers pans de la santé. Quant au statut « moyen » de la santé, il s'obtient par diverses voies parmi lesquelles la dissonance entre santé mentale et santé physique ou des valeurs systématiquement « moyennes » de tous les indicateurs de santé¹³⁰.

Quoi qu'il en soit, ces valeurs demeurent toujours inférieures aux médianes mesurées pour l'ensemble de la population de référence et les limitations sont très présentes, qu'elles soient associées à des dimensions mentales ou physiques de la santé. Enfin, les déclarations de handicap y sont également nombreuses. Ces situations de santé moyenne conservent néanmoins des différences notables avec la santé la plus dégradée. Les indicateurs y sont toujours plus favorables et, surtout, les difficultés de santé ne se cumulent pas. Quand les individus déclarent des troubles d'ordre mental qui peuvent se révéler sévères, ils apprécient plus favorablement leur santé physique et réciproquement.

Des situations de santé moyenne

Ces situations de santé dite « moyenne » ont particulièrement retenu notre attention, d'où le soin apporté à la qualification de leurs frontières avec la situation de bonne santé d'une part, et de mauvaise santé d'autre part, qui nous a permis d'éprouver leur substance. L'identification de ces situations compte à nos yeux comme un des principaux résultats de notre investigation, susceptible d'ouvrir des pistes de recherche qui nous semblent prometteuses. Déjà, le phénomène découvert est marquant par son ampleur estimée ici à un tiers des 18-65 ans. Il est également ignoré par la littérature sur le thème qui n'en dit mot et concentre ses efforts sur les situations de santé les plus dégradées, celles dans lesquelles la responsabilité du travail est la plus lourde, les inégalités sociales de santé les plus sensibles et les risques d'éviction des marchés du travail les plus patents. Nous avons retrouvé les multiples traces de ces injustices sociales et le cumul des peines qu'éprouvent ceux et celles qui les subissent.

S'il faut certainement poursuivre l'exploration de ces positions où se conjuguent les dégradations de santé, de travail et d'emploi, il faudrait pouvoir le faire sans occulter celles qui semblent plus favorables mais qui, à l'examen, découvrent infiniment plus de nuances. La mauvaise santé n'est pas symétrique à la bonne santé généralisée, mais constitue une forme particulière de santé qui pose des questions et des problèmes spécifiques aux individus et à la recherche. Si ces questions et problèmes sont certainement importants à considérer, ceux que posent d'autres formes de santé ne le sont pas moins, même s'ils sont différents.

On voit par exemple que, dans les situations de santé moyenne, les taux d'activité atteignent les plus hauts niveaux parmi la population étudiée. L'attention se déplace ainsi vers les potentielles tensions entre la santé et les exigences de la profession et sur les arrangements plus ou moins institutionnalisés qui sont requis pour maintenir l'activité professionnelle. Cette attention déborde d'ailleurs cette zone « moyenne » pour s'intéresser à la moitié des personnes qui, bien qu'en très mauvaise santé, poursuivent leur activité.

L'âge et le sexe n'expliquent pas tout

Un autre enseignement concerne les variables d'âge et de sexe dont on connaît la complicité avec la santé. Sans surprise, le jeu de la variable d'âge est constamment sensible dans nos résultats, mais elle n'ordonne pas, à elle seule, toutes les situations de santé. Pour ce faire, il faut lui reconnaître sa dimension sociale et rappeler que, si l'on parle de la santé, un ouvrier et un cadre ne sont pas jeunes

¹³⁰ Nous raisonnons ici en référence aux valeurs moyennes des variables de santé dans l'ensemble de la population de référence.

au même âge, ni aussi longtemps. La présence des cadres dans la zone de bonne santé de nos résultats peut se lire comme une jeunesse étendue qui est refusée aux ouvriers que l'on retrouve dans la zone de santé moyenne dès les temps précoces de leur activité professionnelle.

Quant à la variable « sexe », les différences entre les hommes et les femmes se retrouvent à propos des dimensions mentales de la santé plutôt que physiques ; les femmes émettant en la matière des appréciations toujours plus défavorables. Pour les autres différences constatées, la variable « sexe » reste muette ou presque, alors même qu'elle est réputée constituer une caractéristique significative dans quantité d'analyses en santé. Il faut ici rappeler que nous considérons l'âge du travail, pour nous les 18-65 ans, et non comme le font ces analyses, l'ensemble de la population, embrassant tous les âges. La différence de définition de la population nous semble en effet la clef de l'explication, comme nous avons pu le vérifier à d'autres occasions à partir des données de l'enquête *Handicap Santé* – volet Ménages (*HSM* 2008), en particulier pour la santé perçue¹³¹.

À l'âge du travail, les déclarations de santé des hommes et des femmes sont assez homogènes. La variable « sexe » n'apparaît pas discriminante hormis pour les dimensions mentales de la santé. Sans nier qu'il y aurait encore ici matière à discussion tant la causalité est particulièrement délicate à traiter, la mesure de santé-travail que nous proposons suggère que le fait, pour les hommes et les femmes, de se trouver à l'âge du travail, modifie sensiblement la façon dont les rapports de genre ou les rapports sociaux de sexe s'impriment dans leurs jugements sur la santé.

Nous rejoignons d'autres travaux qui ont clairement montré les variations du jeu de la variable « sexe » selon le contexte économique-social considéré. Par exemple, l'examen des pratiques addictives selon la situation sociale des personnes¹³², conduit par Beck, Legleye, Maillochon et de Peretti, révélait la proximité du comportement des jeunes hommes et des jeunes femmes des catégories socio-professionnelles les plus élevées, à l'encontre des résultats attendus d'une pratique toujours plus faible des femmes.

La minoration des troubles de la santé mentale

Notons un dernier enseignement de notre travail qui concerne le rapport entre l'appréciation générale que font les individus de leur état santé et les symptômes, maladies, limitations ou handicaps qu'ils déclarent par ailleurs. Comme dans d'autres travaux, ces déclarations sont ici parfaitement cohérentes. Les personnes relevant de situations de « bonne santé » tendent à apprécier favorablement, voire très favorablement, leur état de santé général et il en va de même pour les autres types de situation.

Cette homologie n'est cependant jamais parfaite. *Toutes* les personnes relevant des situations de bonne santé ne déclarent pas une bonne ou très bonne santé. Une part conséquente d'entre elles s'estime dans un état de santé moyen. De même, dans les situations de santé moyenne, une part, elle aussi conséquente, se déclare en très bonne santé. Examinant ce léger écart entre la perception générale de la santé et l'ensemble des troubles de santé déclarés, il nous a semblé que les dimensions physiques et précisément la plus ou moins forte présence de limitations fonctionnelles semble l'emporter dans ce jugement d'ensemble. Nous en concluons, *a contrario*, que les difficultés d'ordre mental tendent à être minorées dans les jugements sur la santé.

2. DE LA NORME DE SANTÉ À LA NORMALITÉ DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Pour près de la moitié des personnes à l'âge du travail, le tableau de la santé se fait donc plus sombre que prévu et il se fait plus sombre encore pour 15 % d'entre elles. Pourtant, la plupart de ces

¹³¹ Algava E. et al., *La santé des indépendants : un avantage relatif à interpréter*, op. cit.

¹³² Beck F. et Legleye S. et Maillochon F. et de Peretti G., 2009, « La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 10-11, pp. 90-93.

personnes travaillent, y compris nombre de celles qui sont le plus durement limitées par leur santé. Le maintien de l'activité professionnelle qui, pour le sens commun, construit un critère robuste de la bonne santé élabore donc une norme bien lâche, qui tolère quantité de difficultés de santé, éventuellement substantielles. Cette norme de santé s'écarte nettement de celle que dicterait une perspective plus strictement biologique s'en tenant à la seule morbidité.

Travailler, c'est donc composer avec des problèmes de santé et nos analyses montrent que, pour la moitié des personnes, ces problèmes sont loin d'être anecdotiques. Témoinant de son caractère social, la santé déborde, pourrait-on dire, la morbidité et accepte des écarts substantiels à la norme, autrement dit des *anomalies*. Cette tolérance n'est évidemment pas totale et touche à ses limites quand les difficultés se font trop lourdes et se cumulent tant sur le plan mental que physique, ce que nous avons appelé le point de rupture de normalité. Mais, même dans ces conditions, la rupture n'est pas effective pour tous, puisque beaucoup dont le statut de malades (y compris gravement atteints) n'est pas contestable poursuivent leur activité professionnelle.

Le maintien d'une activité professionnelle malgré de sévères déficiences de santé évoque la contrainte, particulièrement la contrainte de nature économique. Mais ce n'est assurément pas la seule explication et il faut comprendre mieux ce qui rend possible une telle souplesse de la santé au travail. On touche ici à la double lecture de nos résultats. Dire que 50 % des personnes à l'âge du travail déclarent des troubles dont certains sont sévères, voire très sévères, en précisant qu'une majorité d'entre elles est en emploi, c'est sans doute identifier plus de difficultés que la littérature ne le laissait supposer pour cet âge, mais c'est aussi témoigner de l'efficacité de dispositifs divers qui permettent de travailler dans des conditions de santé variables.

La vue que propose la réflexion sur les normes de la santé au travail oblige ainsi à considérer, et peut-être plus centralement qu'on ne le fait usuellement, l'ensemble des dispositifs institutionnels et juridiques qui organisent et gèrent la santé au travail : assurance-maladie, mutuelle santé, obligation d'aménagement de poste ou de reclassement, mi-temps thérapeutique, etc. Ces dispositifs permettent plus ou moins aisément, plus ou moins systématiquement de se retirer de l'emploi en maintenant un revenu, d'y revenir sous certaines conditions, de bénéficier d'un suivi de santé ou d'actions de prévention, d'éviter de trop fortes contraintes, etc.

De ce point de vue, il est possible d'envisager des suites à notre travail, qui compareraient par exemple des destins de travailleurs œuvrant dans des secteurs d'activité économique ayant différemment construit le lien entre santé et travail, par exemple par le choix de telle ou telle mutuelle, la définition des conditions pour y accéder, etc. On pourrait également suivre divers types de maladies et traduire dans les différents registres de l'individu, des entreprises et des institutions ce que la maladie veut dire en activités dispensées, en temps consacrés, en ressources perdues ou gagnées. Bref, l'exploration du lien santé-travail découvre ici une diversité de chemins de recherche possibles et peu empruntés jusqu'alors.

3. LE PARI DE LA DESCRIPTION STATISTIQUE

Du point de vue de la méthode, notre approche s'est voulue résolument descriptive et a pris le parti de saisir, ensemble, diverses dimensions de la santé tant physique que mentale, soit deux options qui s'écartent sensiblement des voies ordinaires d'exploration des liens santé-travail. L'intention descriptive s'entend bien sûr en écho à la démarche plus ou moins explicitement causaliste qui, soit cherche à apprécier les effets des conditions de travail sur la santé, soit évalue la responsabilité du travail dans les dégradations constatées de la santé. Cette démarche dominante dans le champ a produit des résultats solides, confortés par plusieurs enquêtes statistiques. Nous les retrouvons nous-mêmes dans la cartographie que produit la mesure de la santé que nous proposons. Les effets négatifs de l'état de santé (mauvais) sur l'offre de travail, par exemple, sont perceptibles dans le taux d'activité très réduit de la situation de santé la moins favorable. Dans cette même situation, les effets délétères des conditions de travail, du niveau de diplôme ou du niveau de vie (bas) sur l'état de

santé s'enregistrent dans la plus forte présence des ouvriers et des employés et la moindre présence des cadres.

La voie descriptive que nous adoptons ne s'oppose donc pas à la démarche causaliste, mais la complète ou plus précisément nous a semblé la plus adaptée à l'exploration que nous voulions entreprendre des liens santé-travail « en les saisissant autrement », par d'autres voies qu'à l'habitude et précisément en *entrant dans le champ du travail et de l'emploi par la porte de la santé*. On jugera du bien-fondé de cette posture au vu de ses résultats que cette conclusion synthétise. Malgré ses limites, il nous semble que l'exercice réussit sur quelques points qui pourront éventuellement être ressaisis par des approches de type causaliste. Nous pouvons ainsi porter à son crédit l'attention sur la bonne santé et sur des situations de santé « moyenne », l'invitation à ouvrir le face-à-face entre conditions de travail et santé aux divers dispositifs réglementaires et juridiques qui organisent socialement la santé collective et individuelle, la démonstration de la souplesse de la norme de santé au travail, sans compter les résultats mêmes de la mesure de santé à l'âge du travail qui décrit dans le détail la santé de la population active.

Notre seconde option visant une saisie la plus large possible de la santé, nous a conduites à mobiliser, ensemble, des variables de santé très diverses exprimant plusieurs dimensions de la santé : fonctionnelle, physique ou mentale. Nos résultats sont donc plus nuancés que si nous avions adopté un indicateur unique, très agrégé ou très monodimensionnel. En tout état de cause, nous souhaitons nous démarquer des approches par trop segmentées de la santé qui ne justifient pas toujours les coupes sur lesquelles elles reposent. Au moment où la littérature « santé-travail » se concentre sur les dimensions mentales de la question, *via* des notions comme les risques psychosociaux au travail, maintenir l'intérêt pour la diversité des dimensions de la santé et, surtout, réfléchir à la manière dont elles s'articulent nous semble intéressant. Un des premiers effets de ce parti pris a été de repérer des discordances entre dimensions mentale et physique invitant à des explorations qualitatives nouvelles concernant les cadres ou les chômeurs, par exemple.

On peut cependant s'interroger sur le poids de cette seconde option sur la mesure proposée. Mécaniquement, en effet, le tableau que nous dressons de la santé a toutes chances d'être varié, en particulier il a toutes chances de permettre la description d'une variété de situations de « bonne santé » et, probablement, d'accroître la part quantitative de la zone que nous qualifions « de moyenne santé » au sein de la population de référence. C'est le filtre même de notre approche plurielle de la santé qui nous conduit à observer des relations plus complexes entre santé et caractéristiques d'emploi ou de travail. Il explique également, comme nous l'avons vu plus haut, l'écart constaté entre ce que nous désignons comme « bonne santé » et ce que Wolff et Tessier considèrent comme un état de santé « très bon » ou « bon ».

Toutefois, plusieurs vérifications nous encouragent à considérer que les dissonances constatées dans les rapports entre santé physique et mentale – dissonances qui nuancent les différentes zones de santé – ne résultent pas d'un pur artefact statistique. Deux résultats de l'analyse le confirment également. D'abord, le fait que notre démarche n'interdisait nullement d'identifier, *a priori*, des individus qui se seraient distingués par une absence de problèmes de santé déclarés sur toutes les dimensions examinées, dessinant une situation de santé excellente. Or, aucune des neuf situations de santé identifiées ne correspond à ce tableau. Si la « bonne santé » est variée et la « moyenne santé » statistiquement non marginale, ce n'est *pas seulement* du fait des outils utilisés pour construire ce résultat. Ensuite, les variétés de santé qu'incarnent ces neuf types ne varient pas seulement au gré des arrangements possibles entre les dimensions de la santé examinées. On y distingue assez clairement des seuils qui nous ont permis de discriminer sur la base des valeurs prises par les différentes variables les trois « zones » de santé rappelées plus haut. L'existence de ces seuils suggère que ces dimensions de santé se font écho les unes aux autres, mais dans des proportions et des formes qui restent à élucider plus complètement.

En conséquence, si la santé ne peut s'apprécier que conventionnellement comme nous l'avons rappelé dès l'ouverture de ce rapport, nous avons intérêt à élargir la prise que l'on peut en avoir en ouvrant l'éventail des registres de variables plutôt que de l'aborder de façon segmentée.

Reste un dernier point de méthode relatif à la délimitation du champ d'âge de notre population aux 18-65 ans, âge de l'activité. Cette délimitation n'est évidemment pas neutre et nous en avons vu les effets dans l'impact amoindri ou l'absence d'impact de variables réputées discriminantes quand elles sont appliquées à la population globale, telles les variables de sexe et d'âge. Autrement dit et très globalement, le fait de centrer le propos sur une sous-population n'entraîne pas seulement des effets quantitatifs (représentativité des résultats qui serait limitée à une *portion* de population), mais doit être accompagné d'une réflexion qualitative, ici sur le caractère social de l'âge et de la santé. La santé à l'âge du travail tel que nous le définissons n'est donc pas la santé de la population globale réduite à une sous-population particulière. Les rapports entre les variables, la qualification des situations qu'elles dessinent et le sens que prennent ces situations sont sensibles à la focale adoptée. Nous nous sommes efforcées d'interpréter au mieux les conséquences du choix de notre population pour l'âge et le sexe, mais le travail doit se poursuivre en reprenant la démarche dans une perspective plus restrictive de l'âge du travail de 25 à 55 ans, par exemple.

Au final, la mesure de santé au travail vaut en elle-même, pensons-nous, pour l'information immédiate qu'elle procure et qui n'était pas disponible. Mais cette mesure vaut surtout pour les pistes de réflexion qu'elle ouvre, qui récompensent nos efforts et satisfont la visée exploratoire qui a constamment guidé notre travail. Elle montre enfin que les enquêtes de santé transversales ne sont pas dénuées d'intérêt pour traiter des relations santé-travail, y compris quand elles pèchent notablement du point de vue des variables du travail comme c'est le cas d'EVS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGAVA E., CAVALIN C., CELERIER S., 2011, « La santé des indépendants : un avantage relatif à interpréter », Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi, Document de travail, n° 150, octobre.
- BASZANGER I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 1, pp. 3-27.
- BECK F., CAVALIN C., MAILLOCHON F., 2010, *Violences et santé en France. Etat des lieux*, Paris, La documentation française.
- BECK F., LEGLEYE S., MAILLOCHON F., DE PERETTI G., 2009, « La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 10-11, p. 90-93.
- BOURGEOIS S., BLATMAN M., 2009, *L'état de santé du salarié*, Paris, Editions Liaisons.
- BOURGEOIS S., VERKINDT P.-Y., 2010, « La maladie du salarié au prisme de la distinction de la vie personnelle et de la professionnelle », *Droit social*, n° 1, p. 5664.
- BUZZI S., DEVINCK J.-C., ROSENTAL P.-A., 2006, *La santé au travail, 1880-2006*, Paris, la Découverte, "Repères".
- CAMBOIS E., LABORDE C., 2011, « Mobilité socioprofessionnelle et mortalité en France », *Population*, vol. 66, n° 2, pp. 373-400.
- CAMBOIS E., LABORDE C., ROBINE J.-M., 2008, « La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. », *Population et Sociétés*, n° 441, p. 4.
- CANGUILHEM G., 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- CASES C., JOUGLA E., DANET S., 2008, « Indicateurs synthétiques de santé », *ADSP*, n° 64, pp. 5-10.
- CAVALIN C., CELERIER S., 2012, « La santé au travail : mesurer pour comprendre ? L'exemple des dimensions mentales de la santé au travail », in *XIII^{es} Journées internationales de sociologie du travail*, Bruxelles.
- CAVALIN C., CELERIER S., ALGAVA E., 2011, « La santé des indépendants : un avantage relatif à interpréter », in *Actes du Symposium "Les indépendants face au cancer"*, Paris, les presses de l'institut Gustave Roussy.

- CELIER S., 2008, « Santé précaire au travail : quelques perspectives sociologiques », *Connaissance de l'emploi*, Centre d'études de l'emploi, n° 56, juillet-août.
- COTTEREAU A., 1983, « L'usure au travail : interrogations et refoulements », *Le Mouvement social*, n° 124, pp. 3-9.
- DAGOGNET F., 1997, *Georges Canguilhem. Philosophie de la vie*, Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond.
- DANET S. (dir.), 2011, *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, Rapport 2011*, Paris, Drees.
- DANET S., OLIER L., 2009, *La santé des femmes en France*, Paris, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, coll. « Etudes et statistiques ».
- DAUPHINOT V., NAUDIN F., GUEGUEN R., PERRONNIN M., SERMET C., 2006, « Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie », *Questions d'économie de la santé*, n° 114.
- DAUPHINOT V., NAUDIN F., GUEGUEN R., PERRONNIN M., SERMET C., 2008, « Ecarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- DESALVO K.B., FAN V.S., MCDONNELL M.B., FINH S.D., 2005, « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, vol. 40, no. 4, August, pp. 1234-1246.
- DEVAUX M., JUSOT F., SERMET C., TUBEUF S., 2008, « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé », *Revue française des Affaires sociales*, vol. 62^e année, n° 1, pp. 29-47.
- DREES, 2010, *L'état de santé de la population. rapport 2009-2010*, Paris, La documentation française, "Bibliothèque des rapports publics".
- ERDOGAN-CIFTCI E., VAN DOORSLAER E., BAGO D'UVA T., VAN LENTHE F., 2010, « Do self-perceived health changes predict longevity ? », *Social Science & Medicine*, n° 71, pp. 1981-1988.
- FOURNIER J.-Y., GIVORD P., 2001, « La réduction des taux d'activité aux âges extrêmes, une spécificité française ? », *Document de travail*, n° 16.
- Friot B., 2010, *L'enjeu des retraites*, La Dispute.
- LE GUEN M., 2001, « La boîte à moustaches de TUKEY : un outil pour initier à la Statistique », *Statistiquement Votre - SFDS*, n° 4, pp. 1-3.
- HERZLICH C., 2005, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, 2e édition augmentée (1ère en 1969), Paris, EHESS.
- KHLAT M., SERMET C., 2004, « La santé des chômeurs en France : revue de littérature », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 52, n° 5, pp. 466-474.
- LORIOU M., 2003, « Faire exister une maladie controversée : les associations de malades du syndrome de fatigue chronique et Internet », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 4, pp. 6-31.
- MALAVOLTI L., PARAPONARIS A., VENTELOU B., 2008, « La reprise du travail après un diagnostic de cancer : un processus distinct entre hommes et femmes », in *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, Paris, La documentation française, pp. 260-270.
- MARICHALAR P., 2011, « Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010) », Paris, École normale supérieure.
- MARQUIE J.-C., PAUMES D., VOLKOFF S., 2000, *Le travail au fil de l'âge*, 2e éd.
- Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser. rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*, 2011, Paris, Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.
- MIILUNPALO S., OJA P., PASANIN M., URPONEN H., 1997, « Self-rated Health Status as a Health Measure. The predictive value of self-reported Health Status on Use of Physician Services and on mortality in the Working Age Population », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 50, no. 5, pp. 517-528.
- MONTAUT A., 2010, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 », *Études et résultats*, n° 717.
- NAVILLE P., 1972, *Temps et technique : Structures de la vie de travail*, Paris, Droz.

- NIEDHAMMER I., CHASTANG J.-F., LEVY D., DAVID S., DEGIOANNI S., 2007, « Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer », *Travailler*, vol. 17, n° 1, pp. 47-70.
- NIEDHAMMER I., DAVID S., BUGEL I., CHEA M., 2001, « Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux au travail dans une cohorte professionnelle », *Travailler*, vol. 5, n° 1, pp. 23-45.
- OMS, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMNES C., BRUNO A.-S., 2004, *Les mains inutiles : Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Belin.
- OMNES C., PITTI LAURE (eds.), 2009, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- PARSONS T., 1951, « Chapter X : Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », in *The social system*, London, Routledge & Kegan Paul Ltd, pp. 428-479.
- PRESCRIRE, 2010, « DSM-V : au fou ! (éditorial) », *Prescrire*, vol. 30, n° 323, pp. 699 et s.
- ROSENTAL P.A., OMNES C., 2009, « Les maladies professionnelles : genèse d'une question sociale numéro spécial Revue d'histoire moderne et contemporaine /1 (n° 56-1) ».
- SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., BLONDEL B., 1996, *La santé des femmes*, Paris, Flammarion.
- SETBON M., 2000, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, vol. 41, n° 1, pp. 61-78.
- SHAH D., 2009, « Healthy worker effect phenomenon », *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 13, no. 2, pp. 77-79.
- SIEURIN A., CAMBOIS E., ROBINE J.-M., 2011, *Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que dans le passé*.
- TABUTEAU D., 2010, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n° 1, pp. 85-92.
- Taylor F.W., 1990, *Organisation du travail et économie des entreprises*, Paris, Editions d'organisation.
- TESSIER P., WOLFF F.-C., 2005, « Offre de travail et santé en France », *Economie & prévision*, vol. 168, n° 2, pp. 17-41.
- THEBAUD-MONY A., 2008, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte (Poche).
- VOLKOFF S., MOLINIE A.-F., 2002, *La démographie du travail pour anticiper le vieillissement*, Anact.

DERNIERS NUMEROS PARUS :

(Téléchargeables à partir du site <http://www.cee-recherche.fr>)

- N° 77** *TIC et conditions de travail. Les enseignements de l'enquête COI*
NATHALIE GREENAN, SYLVIE HAMON-CHOLET, FREDERIC MOATTY, JEREMIE ROSANVALLON
juin 2012
- N° 76** *Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP. (In)visibilités et inscriptions dans les trajectoires professionnelles*
THOMAS AMOSSÉ, VÉRONIQUE DAUBAS-LETOURNEUX, KATIA BARRAGAN, KARINE MESLIN, FABIENNE LE ROY
juin 2012
- N° 75** *Changements organisationnels et évolution du vécu au travail des salariés : une comparaison entre secteur privé et Fonction publique d'État*
MAËLEZIG BIGI, NATHALIE GREENAN, SYLVIE HAMON-CHOLET, JOSEPH LANFRANCHI
mai 2012
- N° 74** *Le RSA en Dordogne*
MARTINE ABROUS
avril 2012
- N° 73** *Les effets du RSA sur le taux de retour à l'emploi des bénéficiaires*
ÉLISABETH DANZIN, VÉRONIQUE SIMONNET, DANIELLE TRANCART
mars 2012
- N° 72** *Pratiques de recrutement et sélectivité sur le marché du travail*
YANNICK FONDEUR [coord.], MICHÈLE FORTÉ, GUILLEMETTE DE LARQUIER [coord.], SYLVIE MONCHATRE, MARIE SALOGNON, GÉRALDINE RIEUCAU, ARIEL SEVILLA, CAROLE TUCHSZIRER
février 2012
- N° 71** *Ils et elles : parcours professionnels, travail et santé des femmes et des hommes. Actes du séminaire Âges et travail, mai 2009*
CRÉAPT-CEE
février 2012
- N° 70** *Les organisations patronales. Continuités et mutations des formes de représentation du patronat*
THOMAS AMOSSÉ, GAËTAN FLOCCO, JOSETTE LEFÈVRE, JEAN-MARIE PERNOT, HÉLOÏSE PETIT, FRÉDÉRIC REY, MICHÈLE TALLARD, CAROLE TUCHSZIRER, CATHERINE VINCENT
février 2012
- N° 69** *Le RSA : une monographie parisienne*
SAMIA BENABDELMOUMEN, BERNARD GOMEL, ABDEL MABROUKI DOMINIQUE MÉDA, VIRGINIE THÉVENOT
janvier 2012
- N° 68** *Quels modes de négociation face à des politiques salariales renouvelées ?*
NICOLAS CASTEL, NOÉLIE DELAHAIE, HÉLOÏSE PETIT
décembre 2011