

Travail, emploi et inégalités sociales de santé

Annette Leclerc (annette.leclerc@inserm.fr), Isabelle Niedhammer, Sandrine Plouvier, Maria Melchior

Épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé, U1018, Inserm, Villejuif, et Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, France

Résumé / Abstract

Face au constat d'inégalités sociales de santé objectivées par l'existence de gradients en fonction de la situation sociale présente, du revenu ou du niveau d'études, l'objectif est ici de s'interroger sur le rôle explicatif que peut jouer le « travail » au sens large, selon deux composantes que sont les expositions professionnelles et le statut vis-à-vis de l'emploi (y compris chômage ou absence d'emploi).

Sans viser à l'exhaustivité, la démarche consiste à présenter quelques exemples illustrant la façon dont les expositions professionnelles et les conditions de travail (ou de non-travail) peuvent avoir des conséquences du point de vue des inégalités sociales de santé.

Concernant le rôle des expositions professionnelles, les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent une dimension de santé où les expositions, principalement biomécaniques, expliquent une part importante des inégalités sociales observées. Travailler dans des conditions défavorables du point de vue du statut de l'emploi (insécurité d'emploi, contrats précaires...) est aussi péjoratif pour la santé et contribue à l'existence d'inégalités.

Quelques exemples documentent les effets différés des expositions professionnelles, au-delà de l'âge d'activité, qu'il s'agisse de mortalité générale, de cancer, ou de santé musculosquelettique.

Au-delà d'interventions ciblées sur une pathologie ou un facteur professionnel, une réflexion plus globale serait nécessaire sur les liens entre formation, expositions professionnelles et gestion des carrières, et sur le rôle positif que peut jouer le médecin du travail sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Occupational exposures, employment status, and social inequalities in health

In response to health inequalities evidenced by gradients based on social status, income or education level, the aim of this article is to document the potential role of work-related conditions to explain social inequalities in health. Work is considered here from two points of view: the first one is the role of occupational exposure, the second one is related to employment status, including unemployment. The approach, even if it is not aimed at being exhaustive, consists in giving some examples illustrating the various effects dealing with the contribution of these factors in the active life and beyond retirement.

One of the examples is musculoskeletal disorders, for which specific occupational exposures "explain" a large part of the prevalence differences between social categories. Several examples deal with employment status, which has various negative consequences, especially on mental health. A part of the inequalities observed at older ages are also linked with occupational exposures earlier in the active life.

Actions focussing on specific health dimensions or working conditions would have positive effects on the reduction of social inequalities in health. More global actions are also needed, based on a better knowledge on the interactions between education, working conditions, and work legislation including conditions for retirement.

Mots clés / Key words

Travail, emploi, inégalités de santé / Working conditions, employment, inequalities in health

Les liens entre le « travail » au sens large et la santé évoquent à la fois le rôle d'expositions professionnelles spécifiques, telles que l'exposition à des cancérogènes, et le rôle du « non-travail ». Ne pas travailler ou travailler dans un statut qui implique des conditions d'emploi dégradées est globalement défavorable à la santé. Dans cet article, ces deux dimensions seront évoquées : d'une part, les expositions professionnelles, du fait de leur répartition sociale inégalitaire, contribuent aux inégalités sociales de santé, non seulement dans la population en âge d'activité, mais aussi au-delà du passage à la retraite. Quant à la position vis-à-vis de l'emploi, elle est à la fois un indicateur de situation sociale et un facteur dont les liens avec la santé peuvent être précisés. Les questions évoquées ici sont complexes, car les variables décrivant les conditions de travail ne sont jamais très éloignées de la description de la situation sociale elle-même. Par ailleurs, dans l'abondante littérature scientifique sur le sujet, on ne trouvera pas d'informations simples et consensuelles telles que la quantification du rôle du travail dans les inégalités sociales observées pour telle ou telle dimension de la santé [1]. Dans ce contexte, l'objectif est de fournir quelques repères, illustrés par des exemples, sans viser à l'exhaustivité.

Le rôle des expositions professionnelles chez les personnes en âge d'activité

Dans une situation où un gradient social est observé pour une dimension donnée de la santé, que peut-on dire du rôle potentiel des conditions de travail dans le phénomène observé ? Des conditions de travail défavorables peuvent expliquer ces différences sociales de santé s'il s'agit de facteurs de risque du problème de santé étudié, et si les conditions de travail défavorables sont également distribuées selon un gradient social, autrement dit se rencontrent plus souvent en bas de l'échelle sociale. C'est *a priori* le cas pour d'assez nombreuses dimensions de santé et d'assez nombreuses expositions professionnelles. Parmi celles-ci, on peut considérer que les expositions modifiables sont les plus pertinentes du point de vue de la santé publique, car on peut alors conclure que la prévention en milieu de travail ciblée sur les travailleurs les plus exposés diminuerait les gradients sociaux.

Pour la France, les résultats issus de l'enquête Sumer montrent que la répétitivité des gestes, la manutention manuelle de charges, l'exposition à des produits chimiques, dont des substances cancérogènes, tou-

chent plus souvent les catégories sociales défavorisées [2]. Ceci suggère que les expositions professionnelles joueraient un rôle entre autres pour la santé musculosquelettique et le cancer. Si l'on considère les expositions autres que physiques ou chimiques, la latitude décisionnelle – ou autonomie dans le travail – est aussi très inégalement répartie du point de vue social, mais il n'en est pas ainsi de toutes les expositions psychosociales, en France comme dans d'autres pays d'Europe [3].

Pour quantifier l'« effet » d'une exposition professionnelle sur des différences sociales de santé observées, le schéma d'analyse le plus habituel est, dans une première étape, de quantifier le lien entre situation sociale et santé en calculant des risques relatifs (RR) ou des odds-ratios (OR) ; et dans une seconde étape, de recalculer les mêmes quantités après prise en compte d'un ou plusieurs facteurs professionnels ; l'ampleur de la réduction ainsi obtenue s'interprète comme la part « expliquée » par les facteurs professionnels concernés. Il faut noter qu'un facteur de risque fortement lié à l'incidence ou à la prévalence d'un problème de santé donné n'a pas systématiquement un rôle important dans l'explication des inégalités observées pour ce même problème de santé.

Ce travail de quantification a été mené dans quelques études portant sur les inégalités de santé perçue en général, ou en distinguant différentes composantes de la santé. Ainsi, parmi les hommes inclus dans une étude néerlandaise en population générale, environ un tiers des différences d'état de santé auto-déclaré entre niveaux d'études sont liées aux expositions professionnelles. Pour les femmes, seule une faible part des différences pourrait être expliquée par les conditions de travail [4]. Une explication est que certaines expositions professionnelles (de nature chimique ou physique) bien identifiées sont très présentes parmi les hommes ouvriers et le sont moins parmi les ouvrières.

Dans une étude menée auprès des employés municipaux finlandais, portant également sur la santé auto-déclarée, les expositions physiques expliquent une large part des écarts sociaux observés, le manque de latitude dans le travail en expliquant une moindre part [5]. La dimension « demande psychologique », quant à elle, ne fournit aucune contribution.

Une étude française montre que les expositions chimiques, physiques et biomécaniques expliquent une part importante des écarts entre ouvriers et cadres, la contribution des expositions psychosociales étant plus importante en ce qui concerne les écarts entre employés et cadres. Les résultats varient également selon les dimensions de santé prises en compte. Ainsi, un tiers des écarts observés dans la fréquence des accidents du travail entre les cadres et les ouvriers est « expliqué » par le seul facteur « expositions physiques au travail », qu'il s'agisse des hommes ou des femmes [6].

Les études du type de celles présentées ci-dessus impliquent d'établir une liste des variables classées comme « professionnelles », variables intermédiaires susceptibles d'expliquer l'association entre situation sociale et santé. Si cette liste est longue, incluant des variables telles que le contrat de travail et la précarité de l'emploi, la part « expliquée par le travail » est importante, mais l'interprétation des résultats est alors plus difficile, car on cherche à « expliquer » des inégalités sociales par des variables qui pourraient être considérées elles-mêmes comme des composantes de la situation sociale [7].

Rôle des expositions professionnelles : l'exemple des TMS et lombalgies

Quand l'objectif est d'étudier une dimension de santé spécifique, il est plus facile de choisir les variables intermédiaires pertinentes, parmi l'ensemble des variables professionnelles, comme on peut le voir sur quatre exemples portant sur les troubles musculosquelettiques (TMS) ou lombalgies. Le premier exemple concerne les sujets de 30 à 69 ans de l'Enquête Décennale Santé [8]. La présence de lombalgie (au moins 30 jours dans les 12 derniers mois) est fortement liée au niveau d'études, pris ici comme indicateur de situation sociale, pour les femmes et encore plus pour les

hommes. Pour ceux-ci, le rôle propre du niveau d'études disparaît quand l'exposition passée aux postures fatigantes et au port de charge est prise en compte. Pour les femmes, l'existence d'une surcharge pondérale – plus fréquente parmi les femmes ayant un faible niveau d'études – explique une partie des différences sociales.

Les effets différés des expositions biomécaniques sur les lombalgies (avec la même définition que dans l'étude précédente) ont été également étudiés parmi des volontaires masculins de la cohorte Gazel, appartenant aux entreprises EDF-GDF. La présence de lombalgies, documentée en 2001, a été mise en relation avec la situation sociale et avec les expositions professionnelles passées [9]. La prévalence de lombalgies, dans cette population âgée de 52 à 62 ans et partiellement à la retraite, est de 10,3% parmi les cadres et environ le double parmi les ouvriers. Cette différence est expliquée à 73% par les contraintes biomécaniques et posturales passées (conduite automobile, travailler penché en avant ou en arrière, torsions du tronc, port de charges lourdes), les expositions psychosociales n'apportant qu'une contribution minime.

L'exemple suivant est une quantification du rôle de certaines expositions professionnelles dans les différences de fréquence de TMS entre travailleurs manuels et non-manuels [10]. Dans une population proche de l'ensemble des salariés de la région Pays-de-la-Loire, l'étude s'est intéressée à la présence d'au moins un trouble touchant le membre supérieur parmi les six les plus fréquents, incluant le syndrome du canal carpien et les problèmes d'épaule. La répétitivité des mouvements et la force exercée expliquent 52% des différences observées chez les hommes, et 57% chez les femmes. Les pourcentages d'explication sont encore plus élevés s'il s'agit de troubles plus précis, troubles de l'épaule (pour les hommes et les femmes), et syndrome du canal carpien (pour les femmes).

Le dernier exemple est issu d'un projet norvégien portant sur un échantillon de plus de 7 000 personnes [11]. Les exigences physiques au travail expliquent une proportion substantielle des différences entre catégories sociales observées pour les lombalgies, alors que l'autonomie au travail joue un rôle plus important en ce qui concerne les troubles touchant le cou et les épaules. Comme pour les études précédentes, les auteurs concluent que les interventions de prévention en milieu de travail sont susceptibles de réduire notablement les inégalités sociales de santé.

Ces exemples illustrent les difficultés d'une quantification précise : selon la pathologie considérée, selon les expositions prises en compte, selon qu'il s'agit de la population masculine ou féminine, les résultats varient, ceci même pour un ensemble de pathologies (les TMS) où la situation paraît simple. Pour d'autres problèmes de santé dont l'origine est multifactorielle, avec une composante professionnelle, la méthodologie évoquée ici peut être mise en oeuvre, la part des inégalités attribuable « au travail » pouvant être plus réduite que pour les

TMS si le lien entre pathologie et exposition professionnelle est moins fort.

Accès et maintien dans l'emploi, statut et inégalités sociales de santé

Travailler dans des conditions défavorables du point de vue du statut, qu'il s'agisse d'insécurité d'emploi, d'emploi précaire, de temps partiel subi et, plus encore, de chômage et de chômage prolongé, est considéré comme défavorable pour la santé, particulièrement la santé mentale [12;13]. Des conditions d'emploi dégradées ont un impact négatif sur la situation sociale, altérant l'image que les sujets ont d'eux-mêmes et la façon dont les autres les considèrent, tout en diminuant le revenu, ce qui explique que les conséquences sur la santé soient multiples, faisant intervenir des mécanismes variés au-delà des effets directs, dont le renoncement aux soins pour raison financière [14]. Ces effets négatifs de nature assez générale s'ajoutent aux effets d'expositions professionnelles spécifiques, souvent associées à un statut professionnel défavorable.

Concernant les liens entre santé, inégalités et emploi, une autre dimension à considérer est celle des conséquences négatives, en termes d'emploi, de l'existence ou de la survenue d'un problème de santé. S'il est admis que l'état de santé a des effets de sélection, on peut s'interroger sur la dimension inégalitaire de ces effets. Ceci a été étudié pour certaines maladies. Ainsi, des patients de niveau d'études supérieur, infectés par le VIH en 1994 ou après, ont un taux d'emploi équivalent à celui de la population générale, alors que l'effet négatif de la maladie sur l'emploi existe pour les personnes ayant un faible niveau d'études [15].

Enfin, et ceci rejoint les questions évoquées dans les paragraphes précédents, les conditions d'emploi modulent l'ampleur des expositions professionnelles ainsi que leurs effets, tout en créant parfois des contraintes supplémentaires, à l'interface entre vie personnelle et professionnelle. Ces questions complexes ont été particulièrement explorées concernant la santé mentale : si être au chômage ou en inactivité forcée est défavorable, travailler dans de mauvaises conditions est également défavorable. En fait, on peut penser que des « travailleurs pauvres » ou certains salariés en bas de l'échelle sociale subissent les inconvénients liés au fait de travailler, sans beaucoup bénéficier des avantages, qu'il s'agisse du revenu ou du statut social. L'insécurité de l'emploi, des difficultés économiques, le manque de flexibilité dans la gestion du temps de travail associé à un manque de soutien des collègues, un équilibre difficile entre exigences familiales et professionnelles touchent des groupes vulnérables qui voient leur risque de dépression accru [16]. Ceci est cohérent avec d'autres résultats observés sur des populations bénéficiant d'un statut d'emploi favorable [17;18], ou dans la population générale en France, où l'existence de pression temporelle augmente le risque de dépression tout particulièrement parmi les salariés les moins favorisés [19].

Effets différés des expositions professionnelles

Les études précédemment citées sur le rôle des expositions professionnelles concernent des effets à court ou moyen terme, et ne renseignent pas très précisément sur ce qui, dans les expositions professionnelles, pourrait expliquer les écarts sociaux au-delà de l'âge de la retraite. Ainsi, les inégalités sociales de limitations d'activité, de mortalité, d'incidence du cancer, sont potentiellement liées à des expositions survenues bien antérieurement [20;21]. Une étude menée sur environ 2 000 hommes et 2 000 femmes de l'enquête Lorhandicap, interrogés en 1996, apporte ici des informations en ce qui concerne la mortalité [22]. Le rapport de mortalité entre ouvriers et cadres, sur la période 1996-2008, est de 1,71, et passe à 1,42 après ajustement sur les facteurs professionnels (expositions biomécaniques, physiques, contrat temporaire, faible soutien social au travail) ; ces facteurs expliquent donc 41% des écarts observés (voir encadré). Si les calculs sont restreints à la mortalité prématurée (avant 70 ans), la part d'explication s'élève à 72% (le rapport de mortalité passant de 1,88 à 1,25). La contribution des facteurs professionnels est plus importante pour les hommes que pour les femmes.

Dans le domaine du cancer, les données de l'enquête Sumer montrent que les salariés exposés à des cancérigènes sont majoritairement des ouvriers ; ceci suggère une contribution importante des expositions professionnelles dans les inégalités sociales concernant le cancer ; cependant, aucune étude n'a réactualisé les chiffres présentés dans un rapport du Centre international de recherche sur le cancer, qui indiquait une estimation de 50% pour la part des inégalités sociales d'incidence de cancer du poumon attribuable aux expositions professionnelles [23-25]. Concernant la santé musculosquelettique, certains résultats présentés dans cet article sont cohérents avec l'existence d'effets différés ou maintenus dans le temps. Les données disponibles, même si elles sont assez peu nombreuses, suggèrent qu'activité physique professionnelle et de loisirs n'auraient pas, aux âges élevés, les mêmes conséquences : bénéfiques en ce qui concerne l'activité de loisirs, et négatives pour l'activité professionnelle, souvent associée à des TMS relativement tôt dans la vie [26]. Ceci serait cohérent avec les inégalités sociales de santé observées pour les limitations fonctionnelles aux âges élevés.

Discussion et conclusion

Distinguer le rôle de l'accès à l'emploi, du maintien en emploi et des expositions professionnelles à court et à long terme permet de classer les connaissances, mais se révèle arbitraire si l'on privilégie une approche globale, tenant compte des histoires de

vie. Au cours du temps, et pour une même personne, il peut en effet y avoir cumul et enchaînement d'événements : un faible niveau d'études oriente plus souvent vers un métier impliquant des risques pour la santé ; plus tard dans la vie, la survenue de problèmes de santé compromet la poursuite de la vie professionnelle, d'autant plus que le niveau d'études est faible, avec des conséquences négatives additionnelles du point de vue de la santé. De l'ensemble de ces effets potentiels, c'est probablement la part du travail et des expositions professionnelles à long terme, au-delà du passage à la retraite, qui est la moins bien documentée.

Les résultats présentés ici suggèrent que des actions ciblées sur telle ou telle pathologie et des facteurs de risque spécifiques seraient efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé. D'autres pistes d'action, complémentaires, sont plus générales. La première concerne (particulièrement pour la France) le rôle des médecins du travail, qui sont à même de faire le lien entre l'histoire personnelle et les conditions de travail, et de contribuer à la prévention en milieu de travail de façon à agir avant survenue d'une invalidité [27]. La seconde porte sur la formation continue, qui est susceptible de corriger le handicap associé à un faible niveau d'études initial, et d'aider à faire face à des situations difficiles rencontrées dans la vie professionnelle ou personnelle. La troisième suggestion est une réflexion plus approfondie sur la santé et le travail vers la fin de la vie professionnelle, pour éviter que des décisions concernant l'âge ou les conditions de passage à la retraite n'accroissent les inégalités sociales de santé.

Références

- [1] Leclerc A, Kaminski M, Lang T. Inégaux face à la santé, du constat à l'action. Paris : Éditions La Découverte – Inserm, 2008.
- [2] Dares. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003. Premières synthèses 2004;52:1-8.
- [3] Lundberg U, Hemmingsson T, Hogstedt C (eds). Work and social inequalities in health in Europe. Bruxelles : Peter Lang, 2007;538 p.
- [4] Monden CW. Current and lifetime exposure to working conditions. Do they explain educational differences in subjective health? Soc Sci Med. 2005;60:2465-76.
- [5] Kaikkonen R, Rakkonen O, Lallukka T, Lahelma E. Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health. Eur J Public Health. 2009;19(5):458-63.
- [6] Niedhammer I, Chastang JF, David S, Kelleher C. The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey. Soc Sci Med. 2008;67(11):1870-81.
- [7] Aldabe B, Anderson R, Lyly-Yrjänäinen M, Parent-Thirion A, Vermeulen G, Kelleher CC, et al. Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. J Epidemiol Community Health. 2010 (sous presse).
- [8] Leclerc A, Gourmelen J, Chastang JF, Plouvier S, Niedhammer I, Lanoë JL. Level of education and back pain in France: the role of demographic, lifestyle and physical work factors. Int Arch Occup Environ Med. 2009;82(5):643-52.

[9] Plouvier S, Leclerc A, Chastang JF, Bonenfant S, Goldberg M. Socioeconomic position and low-back pain – the role of biomechanical strains and psychosocial work factors in the GAZEL cohort. Scand J Work Environ Health. 2009;35(6):429-36.

[10] Melchior M, Roquelaure Y, Evanoff B, Chastang JF, Ha C, Imbernon E, et al. Why are manual workers at high risk of upper limb disorders? The role of physical work factors in a random sample of workers in France (the Pays de la Loire study). Occup Environ Med. 2006;63:754-61.

[11] Mehlum IS, Kristensen P, Kjuus H, Wergeland E. Are occupational factors important determinants of socioeconomic inequalities in musculoskeletal pain? Scand J Work Environ Health 2008;34(4):250-9.

[12] Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Introduction to the WHO commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET study), with a glossary on employment relations. Int J Health Serv. 2010;40(2):195-207.

[13] Santin G, Cohidon C, Goldberg M, Imbernon E. Depressive symptoms and atypical jobs in France, from the 2003 Decennial Health Survey. Am J Ind Med. 2009;52:799-810.

[14] Boissguérin B, Després C, Dourgnon P, Fantin R, Legal R. Étudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins. Rapport N° 1800, IRDES 2010, pp. 31-40.

[15] Dray-Spira R, Gueguen A, Ravaud JF, Lert F. Socio-economic differences in the impact of HIV infection on workforce participation in the era of highly active antiretroviral therapy. Am J Public Health. 2007;97:552-8.

[16] Simmons LA, Swanberg JE. Psychosocial work environment and depressive symptoms among US workers: comparing working poor and working non-poor. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009;44:628-35.

[17] Laaksonen E, Martikainen P, Lallukka T, Lahelma E, Ferrie J, Rakkonen O, et al. Economic difficulties and common mental disorders among Finnish and British white-collar employees: the contribution of social and behavioral factors. J Epidemiol Community Health. 2009;63:439-46.

[18] Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Zins M, Goldberg M. The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42:573-82.

[19] Cohidon C, Santin G, Imbernon E, Goldberg M. Working conditions and depressive symptoms in the 2003 Decennial Health Survey: the role of the occupational category. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(12):1135-47.

[20] Cambois E, Robine JM. Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social. Études et Résultats (Drees) 2004;(295).

[21] Cambois E, Barnay T, Robine JM. Espérance de vie, espérance de vie en santé et âges de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France. Retraite et Société 2010;59:194-205.

[22] Niedhammer I, Bourkard E, Chau N. The Lorhandicap Study Group. Occupational and behavioural factors in the explanation of social inequalities in premature and total mortality: a 12.5-year follow-up in the Lorhandicap study. Eur J Epidemiol. 2011;26(1):1-12.

[23] Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P. Social inequalities and cancer, IARC scientific publication, 138, IARC, Lyon, 1997.

[24] INCa. Cancers professionnels et inégalités sociales. Fiche Repère 2010, p. 1-4.

[25] Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. Bull Épidémiol Hebd. 2008;(33):289-92.

[26] Burdorf A. The effect of high physical load at work on physical function at old age. Occup Environ Med. 2006;63:437.

[27] Lang T, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Leclerc A. France. In : Mackenbach J et Bakker M (eds). Reducing inequalities in health. Londres : Routledge, 2002; pp. 85-103.

Encadré Exemple du mode de calcul de la « part expliquée » / Box Example for measuring the « explained part »

Si le rapport de mortalité ouvriers/cadre est de 1,71 avant prise en compte des facteurs professionnels, et passe à 1,42 après leur prise en compte, la quantification de la part expliquée est obtenue en calculant :

$$(0,71-0,42) / 0,71 = 0,41$$

Dans cet exemple, on dira que 41% des écarts entre ouvriers et cadres sont « expliqués » par les expositions professionnelles.