



## Actualités OFS



---

14 Santé

Neuchâtel, le 20.08.2010

## Travail et santé

Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2007

---

**Renseignements:**

Jean-François Marquis, OFS, Section Santé de la population, tél.: +41 32 71 36754  
e-mail: Jean-Francois.Marquis@bfs.admin.ch  
N° de commande: 213-0710



# Table des matières

<b>1</b>	<b>L'essentiel en bref</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>Annexe méthodologique</b>	<b>24</b>
			6.1	L'enquête suisse sur la santé 2007	24
<b>2</b>	<b>Travail et santé: cadre d'analyse</b>	<b>5</b>	6.2	La population étudiée	24
2.1	Les déterminants sociaux de la santé	5	6.3	La mesure des conditions de travail	24
2.2	Conditions de travail et santé	5	6.4	La mesure de l'insécurité de l'emploi et du chômage	25
2.3	Insécurité de l'emploi, chômage et santé	6	6.5	La mesure de l'état de santé	25
			6.6	Types d'analyses	26
<b>3</b>	<b>Les expositions aux conditions de travail à risque pour la santé</b>	<b>7</b>	6.7	Les non-réponses	26
3.1	Risques selon le sexe	7			
3.2	Risques selon l'âge	8	<b>Bibliographie</b>		<b>27</b>
3.3	Risques selon la formation ou la catégorie socioprofessionnelle	9			
3.4	Risques selon la branche d'activité	11			
3.5	Associations entre risques physiques et risques psychosociaux	13			
3.6	Conclusion	13			
<b>4</b>	<b>Conditions de travail et santé</b>	<b>14</b>			
4.1	Problèmes de santé selon le sexe	14			
4.2	Problèmes de santé selon les conditions de travail	14			
4.3	Associations entre conditions de travail et état de santé	16			
4.4	Le rôle de chaque condition de travail à risque	18			
4.5	Styles de vie et associations entre conditions de travail et santé	20			
4.6	Conclusion	20			
<b>5</b>	<b>Insécurité de l'emploi, chômage et état de santé</b>	<b>21</b>			
5.1	Insécurité de l'emploi	21			
5.2	Problèmes de santé selon l'insécurité de l'emploi ou le chômage	22			
5.3	Associations entre insécurité de l'emploi, chômage et état de santé	22			

# 1 L'essentiel en bref

L'emploi et les conditions de travail sont d'importants déterminants des inégalités sociales de santé. Les données recueillies en 2007 par l'enquête suisse sur la santé permettent d'analyser la situation en Suisse dans ce domaine.

Les conditions de travail présentant des risques, physiques ou psychosociaux, pour la santé sont fréquentes en Suisse. Deux personnes salariées sur cinq sont exposées dans leur travail à au moins trois risques physiques, comme des mouvements répétitifs du bras ou de la main, ou des positions douloureuses. Une sur trois l'est à au moins trois risques psychosociaux, comme manquer de temps pour terminer son travail ou ne pas pouvoir mettre en pratique ses idées dans son travail. Une personne salariée sur huit ressent de la peur sur sa place de travail ou y est confrontée.

Les hommes sont un peu plus exposés aux risques physiques ainsi qu'aux risques psychosociaux signalant une forte demande psychologique. Les femmes le sont davantage aux risques psychosociaux correspondant à un manque de latitude décisionnelle.

Les risques physiques et les risques psychosociaux sont souvent associés. Une personne salariée sur six est exposée simultanément à une combinaison d'au moins trois risques physiques et d'au moins trois risques psychosociaux.

On constate un gradient social dans la distribution des conditions de travail à risque: plus le niveau de formation ou la catégorie socioprofessionnelle sont bas, plus ces risques sont fréquents. Ce gradient est particulièrement fort pour les risques physiques chez les hommes.

L'exposition à ces conditions de travail à risque est souvent associée à une probabilité accrue de déclarer un état de santé moins bon, pour quatre indicateurs différents de l'état de santé (santé auto-évaluée, troubles physiques, détresse psychologique et douleurs au dos, aux membres, articulations ou mains). Ressentir de la peur à son travail est toujours associé avec un état de santé moins bon. Chez les femmes, les risques physiques sont plus souvent associés avec un moins bon état de santé que les risques psychosociaux. Chez les hommes,

c'est l'inverse. Lorsque risques physiques et psychosociaux sont combinés, l'association est alors (presque) toujours significative.

Ces associations ne permettent pas à elles seules d'établir un lien de causalité entre conditions de travail et état de santé. Elles convergent cependant avec les résultats de la littérature scientifique internationale basée sur des études longitudinales, ayant établi de tels liens.

Plus d'une personne sur sept craint de perdre son emploi ou est au chômage. La crainte de perdre son emploi est plus fréquente parmi les personnes âgées entre 40 et 54 ans. Elle augmente à mesure que baisse le niveau de formation (il en va de même pour le taux de chômage).

Craindre perdre son emploi et, plus encore, être au chômage sont systématiquement associés avec une probabilité beaucoup plus grande de déclarer un état de santé dégradé. Ces associations s'expliquent tant par un effet direct (le chômage est à l'origine de la dégradation de l'état de santé) que par un effet de sélection (les personnes en mauvaise santé ont davantage de risque de perdre leur emploi).

Ces résultats convergent avec ceux de la littérature scientifique. Ils soulignent l'importance des conditions de travail et de la sécurité de l'emploi pour la santé de la population.

## 2 Travail et santé: cadre d'analyse

Les liens entre le travail – les conditions de travail, l'insécurité de l'emploi ou le chômage – et l'état de santé ont fait l'objet ces trois dernières décennies d'un grand nombre d'études épidémiologiques, qui ont montré leur importance. L'objet de cette publication est d'analyser la mesure dans laquelle les associations mises ainsi en évidence se retrouvent également dans les données pour la Suisse, fournies par l'enquête suisse sur la santé (ESS) conduite en 2007.

### 2.1 Les déterminants sociaux de la santé

L'emploi et les conditions de travail font partie des principaux déterminants sociaux de la santé. L'organisation mondiale de la santé (OMS) souligne, dans un récent rapport, que ces derniers «sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays»<sup>1</sup>. Pour l'OMS, les déterminants sociaux de la santé comprennent à la fois la «répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national» ainsi que les «injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir.» (OMS 2008, p. 1)

Diverses études ont montré qu'en Suisse également «les personnes d'un statut socioéconomique inférieur sont défavorisées dans la majorité des domaines de la santé pris en considération»<sup>2</sup>. Cela se traduit en particulier par des différences importantes dans l'espérance de vie en fonction de la catégorie sociale. Ainsi, en Suisse germanophone dans les années 90, l'espérance de vie

des hommes de 30 ans dont le niveau de formation correspondait à l'école obligatoire était inférieure de 7,1 ans à celle des hommes avec une formation universitaire; chez les femmes du même âge, cette différence était de 3,6 ans<sup>3</sup>.

### 2.2 Conditions de travail et santé

Il est courant de distinguer les risques physiques des risques psychosociaux, lorsqu'on parle des conditions de travail en lien avec la santé<sup>4</sup>.

#### 2.2.1 Les risques physiques

Les risques physiques désignent des contraintes matérielles liées au travail et pouvant avoir un impact négatif sur la santé. La Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail<sup>5</sup>, réalisée en 2005, en distingue trois groupes: les risques ergonomiques (positions pénibles/fatigantes, vibrations, etc.), les risques biologiques/chimiques et de radiation (respirer des fumées, manipuler des produits chimiques, etc.), et les risques ambiants et environnementaux (bruit, températures extrêmes).

Cette enquête européenne établit que «les personnes qui déclarent un niveau élevé d'exposition aux risques physiques sont davantage susceptibles de déclarer que leur santé est menacée à cause de leur travail» (p. 33).

<sup>1</sup> OMS (2008): Comblen le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève, p. 1.

<sup>2</sup> HUWILER K., BICHSEL M., JUNKER C., MINDER C.E., CALMONTE R. (2002), Soziale Ungleichheit und die Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, p. 10.

<sup>3</sup> SPOERRI A., ZWAHLEN M., EGGER M., GUTZWILLER F., MINDER C., BOPP M. (2006), «Educational inequalities in life expectancy in the German speaking part of Switzerland between 1990 and 1997: Swiss National Cohort», Swiss medical weekly, 2006, 136, pp. 145–148

<sup>4</sup> D'autres aspects, comme la durée du travail, le type d'horaires ou le degré de précarité de l'emploi, sont également importants. Ils ne sont pas abordés ici dans la mesure où les données de l'ESS n'en permettent pas l'analyse.

<sup>5</sup> PARENT-THIRION A., FERNANDEZ MACIAS E., HURLEY J., VERMEYLEN G. (2007), Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

## 2.2.2 Les risques psychosociaux

Les risques psychosociaux correspondent aux caractéristiques de l'organisation du travail et des relations inter-individuelles sur la place de travail pouvant également avoir un impact sur la santé<sup>6</sup>.

La recherche épidémiologique a recours à différents modèles pour les analyser. Le modèle «demande-contrôle», basé sur les études de Karasek<sup>7</sup>, est le plus utilisé. Il est construit sur trois axes caractérisant l'organisation du travail: la demande psychologique (par ex. la quantité de travail, son intensité), la latitude décisionnelle (par ex. les marges de manœuvres, les possibilités de développer ses compétences) et le soutien social (des collègues ou des supérieurs).

Dans ce modèle, la faiblesse de la latitude décisionnelle joue un rôle déterminant dans le fait que des conditions de travail sont associées avec un moins bon état de santé. Un faible soutien social accroît cet impact.

Les risques psychosociaux ont davantage retenu l'attention ces dernières années, ce qui s'explique en partie par les mutations intervenues dans le monde du travail (tertiarisation, intensification, précarisation, etc.). De nombreuses études longitudinales ont mis en évidence des liens entre risques psychosociaux et état de santé dégradé.

## 2.2.3 L'«effet du travailleur en bonne santé»

La recherche épidémiologique a depuis longtemps mis en évidence l'«effet du travailleur en bonne santé» (healthy worker effect). Cette notion désigne le fait qu'il faut être relativement en bonne santé pour être employé comme force de travail. Par conséquent, les taux de mortalité et de morbidité parmi la population active sont en général inférieurs à ceux mesurés parmi les inactifs. L'excédent de risque, en terme de morbidité ou de mortalité, lié à l'exposition à des conditions de travail nocives pour la santé peut être masqué, partiellement ou complètement, par ce mécanisme. Celui-ci a aussi un impact sur les comparaisons entre personnes actives, dans la mesure où des conditions de travail différentes peuvent avoir des

effets de sélection plus ou moins importants sur les personnes employées. Il en découle une tendance générale à sous-estimer les liens entre conditions de travail et état de santé.

## 2.3 Insécurité de l'emploi, chômage et santé

La question du lien entre l'insécurité de l'emploi ou le chômage, d'une part, et l'état de santé, d'autre part, a pris une place de premier plan avec la réapparition d'un chômage de masse dans un grand nombre de pays, à partir des années 70.

### 2.3.1 Associations avec l'état de santé

D'une manière générale, les études ont mis en évidence le fait que la santé des personnes au chômage, particulièrement leur santé psychologique, est moins bonne que celle des personnes en emploi. Le fait d'être au chômage est également associé avec un excès de mortalité. Les études ont aussi mis en évidence une association entre l'insécurité de l'emploi, s'exprimant par exemple par la crainte de perdre son poste de travail, et un état de santé dégradé<sup>8</sup>.

### 2.3.2 Causalité et sélection

Ces associations peuvent être expliquées de deux manières. La première est la sélection: le fait d'avoir une santé fragilisée augmente le risque de voir son emploi menacé et d'être au chômage. La seconde est la causalité: le fait de perdre son emploi est à l'origine d'une dégradation de l'état de santé, parce que le chômage est générateur de stress et d'effets comme la perte de l'estime de soi, de l'estime des autres, de contacts sociaux et de statut social, parce que la perte d'emploi favorise les comportements nocifs pour la santé (fumée, consommation d'alcool...), ou encore par suite des effets de l'appauvrissement découlant de la perte d'emploi.

Ces deux types de mécanisme ont été mis en évidence dans des enquêtes longitudinales et ils doivent être combinés pour expliquer l'association observée entre chômage et état de santé dégradé.

<sup>6</sup> Pour des synthèses, cf. MARMOT M, SIEGRIST J, THEORELL T (2006): «Health and the psychosocial environment at work», Marmot M & Wilkinson R G (éd.) (2006): Social determinants of health. Second edition, Oxford University Press, 97–130, ainsi que SIEGRIST J & THEORELL T (2006): «Socio-economic position and health: the role of work and employment», Siegrist J & Marmot M (2006): Social inequalities in health. New evidence and policy implications, Oxford University Press, 73–100

<sup>7</sup> Cf. KARASEK R. & THEORELL T. (1990): Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life, Basic Books, 381 p

<sup>8</sup> Pour une synthèse, voir notamment BARTLEY M., FERRIE J. and MONTGOMERY S. C. (2006): «Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment, and job insecurity», Marmot M & Wilkinson R G (éd.) (2006): Social determinants of health. Second edition, Oxford University Press, 78–96

## 3 Les expositions aux conditions de travail à risque pour la santé

La fréquence des conditions de travail pouvant présenter des risques pour la santé varie de manière importante selon les caractéristiques sociodémographiques des personnes exposées. L'analyse de ces différences permet d'esquisser un profil des conditions de travail à risque en Suisse.

### 3.1 Risques selon le sexe

En 2007, 39% des personnes salariées en Suisse et âgées de 25 à 64 ans étaient exposées à un cumul d'au moins trois **risques physiques**<sup>9</sup>. Cette proportion est un peu plus élevée pour les hommes (41%) que pour les femmes (37%). La part des personnes salariées qui ne sont exposés à aucun risque physique est de 19% (G1). L'exposition à un cumul d'au moins trois **risques psychosociaux** est légèrement inférieure (35%). Par contre, seuls 13% des personnes salariées ne sont exposés à aucun risque psychosocial à leur place de travail. Le fait **d'être confronté ou d'avoir ressenti de la peur** à son travail est nettement moins fréquent (12%). Les différences entre hommes et femmes ne sont pas significatives d'un point de vue statistique pour les trois types de risques liés au travail (elles le sont presque pour les risques physiques).

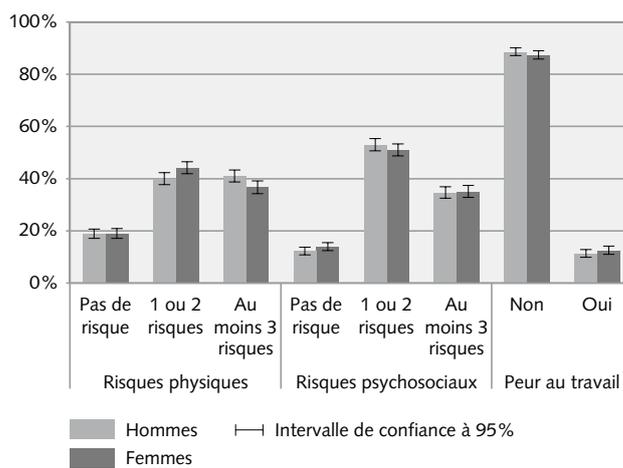
#### 3.1.1 Risques physiques

Parmi les risques physiques, les **risques ergonomiques** sont les plus fréquents. Par exemple, 47% des personnes salariées doivent, durant le quart du temps au moins, effectuer des mouvements répétitifs de la main ou du bras (G2). L'exposition des hommes et des femmes n'est pas significativement différente, à l'exception de celle aux vibrations, fortement plus élevée pour les hommes (17%) que pour les femmes (6%).

<sup>9</sup> Cf. l'annexe méthodologique (p. 24) pour une présentation des conditions de travail analysées. Les taux sont calculés sans tenir compte des non-réponses et des réponses «ne sais pas».

Conditions de travail selon le sexe, 2007

G 1



© OFS

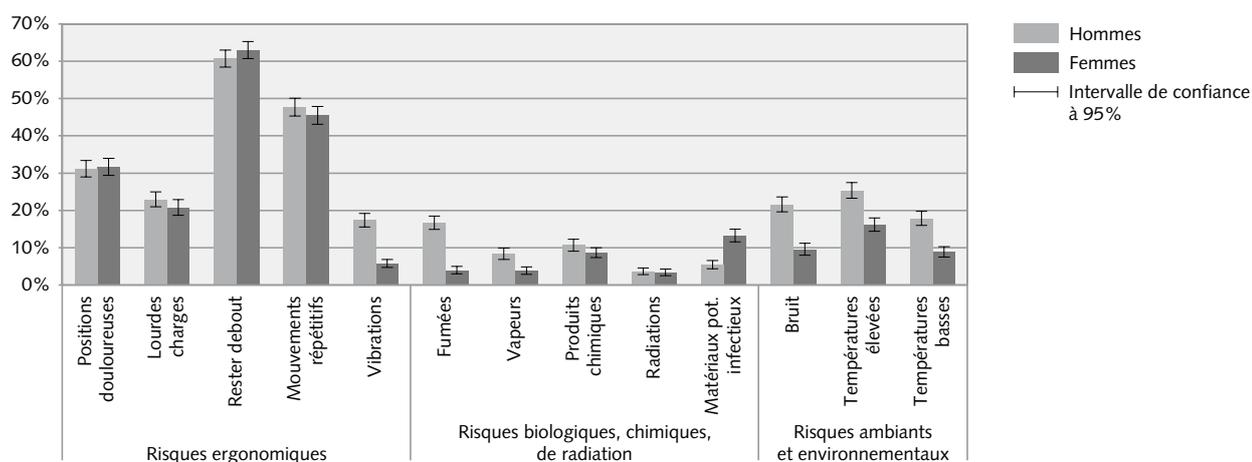
Les **risques biologiques, chimiques ou de radiation** sont nettement moins fréquents; les valeurs sont intermédiaires pour les **risques ambiants et environnementaux**. Dans un cas comme dans l'autre, l'exposition des hommes est presque toujours significativement plus élevée que celle des femmes, sauf pour l'exposition aux matériaux potentiellement contagieux, plus forte parmi les femmes.

#### 3.1.2 Risques psychosociaux

L'exposition aux risques psychosociaux est souvent plus élevée que celle aux risques physiques, l'exécution de tâches ennuyeuses et répétitives faisant exception. Les risques dénotant une **demande psychologique** élevée sont significativement plus fréquents parmi les hommes que parmi les femmes. A l'inverse, les risques caractéristiques d'une faible **latitude décisionnelle** sont plus courants chez les femmes que chez les hommes, les tâches ennuyeuses et répétitives faisant exception avec une exposition égale pour les deux sexes (10%). Enfin, la différence entre hommes et femmes dans la possibilité de compter sur un **soutien social** n'est pas statistiquement significative (G3).

### Risques physiques selon le sexe, 2007

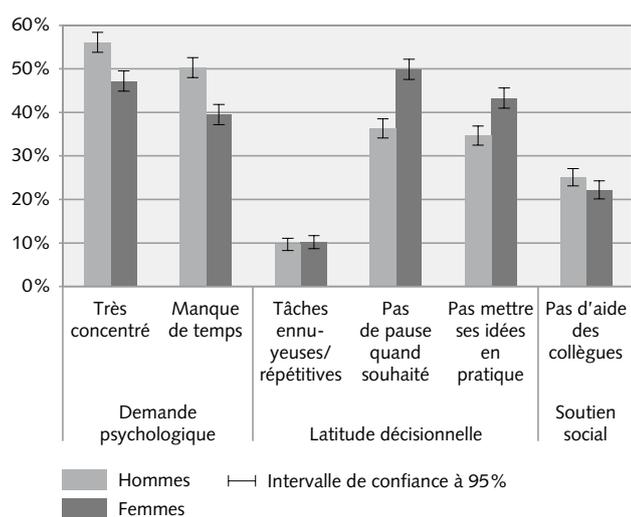
G 2



© Office fédéral de la statistique (OFS)

### Risques psychosociaux selon le sexe, 2007

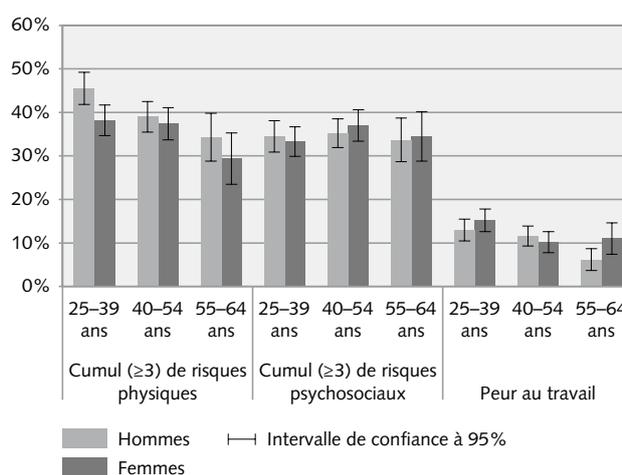
G 3



© OFS

### Conditions de travail selon l'âge, 2007

G 4



© OFS

## 3.2 Risques selon l'âge

Le tableau diffère selon le type de risque. L'exposition à un cumul de **risques physiques** diminue avec l'âge. Chez les hommes, l'écart entre les 25-39 ans (45%) et les 55-64 ans (34%) est statistiquement significatif. Chez les femmes, la différence est plus faible (38% et 29% respectivement). On ne constate pas de différence significative en fonction de l'âge dans l'exposition des hommes et des femmes à un cumul de **risques psychosociaux**. Enfin, on remarque que les hommes âgés de 55 à 64 ans sont significativement moins souvent

confrontés à de **la peur à leur travail** que leur collègues plus jeunes (6%, contre 13% et 12% pour les 25-39 ans et pour les 40-54 ans, respectivement). Chez les femmes, les différences ne sont pas significatives (G4).

### 3.3 Risques selon la formation ou la catégorie socioprofessionnelle

D'une manière générale, il y a un gradient social dans l'exposition aux conditions de travail à risque: plus le niveau de formation ou la catégorie socioprofessionnelle sont bas, plus l'exposition est élevée. Ce gradient est plus fort chez les hommes que chez les femmes. Il est plus net pour les risques physiques que pour les autres conditions de travail à risque. Enfin, il est davantage perceptible lorsqu'on considère la formation plutôt que la catégorie socioprofessionnelle<sup>10</sup>.

#### 3.3.1 Risques physiques

La proportion des hommes exposés à un cumul de risques physiques est quatre fois plus élevée parmi ceux avec une formation correspondant à la scolarité obligatoire que parmi ceux avec une formation de niveau tertiaire (82% et 22% respectivement). L'écart est moins ample chez les femmes mais il reste très significatif (58% et 22% respectivement). Pour les deux sexes, la progression de l'exposition est régulière à mesure que l'on descend l'échelle du niveau de formation (G5).

Le profil est semblable lorsqu'on prend en considération la catégorie socioprofessionnelle (G6), avec trois paliers significativement différents qui se dessinent. C'est le groupe des contremaîtres et des ouvriers qualifiés qui est le plus souvent exposés aux risques physiques; la différence avec les ouvriers spécialisés et manœuvres est statistiquement significative chez les hommes. Dans les deux catégories inférieures, l'exposition des hommes est significativement plus élevée que celle des femmes. A l'inverse, la catégorie des professions intermédiaires et cadres moyens est la seule dans laquelle les femmes sont significativement plus exposées que les hommes.

#### 3.3.2 Risques psychosociaux

Le gradient social est très atténué pour l'exposition aux risques psychosociaux. Chez les hommes, la différence entre l'exposition de ceux avec une formation de niveau scolarité obligatoire (47%) et celle des hommes avec une formation de niveau tertiaire (31%) est la seule à être statistiquement significative (G5). Chez les femmes, l'exposition de celles avec une formation correspondant à

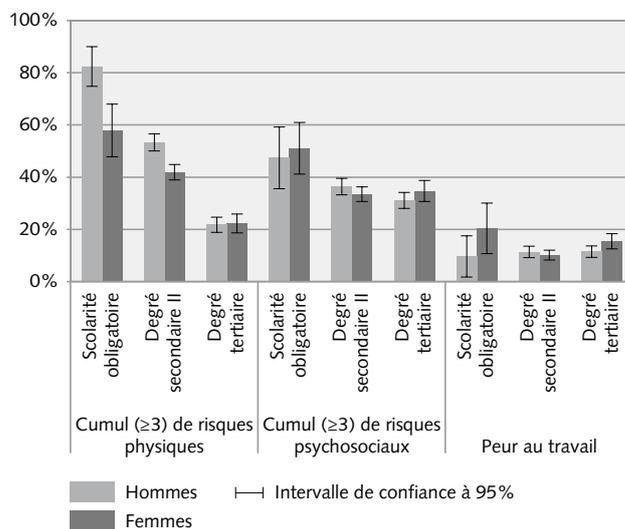
la scolarité obligatoire (51%) se démarque significativement de celle des deux autres niveaux de formation.

Lorsqu'on se réfère à la catégorie socioprofessionnelle, seule les expositions des hommes des deux catégories les plus basses se distinguent significativement de celle de la catégorie la plus élevée. Chez les femmes, aucune tendance significative ne se dessine (G6).

#### 3.3.3 Peur au travail

Aucune différence statistiquement significative n'apparaît dans le niveau d'exposition des hommes ou des femmes à de la peur au travail, que l'on considère la formation (G5) ou la catégorie socioprofessionnelle (G6).

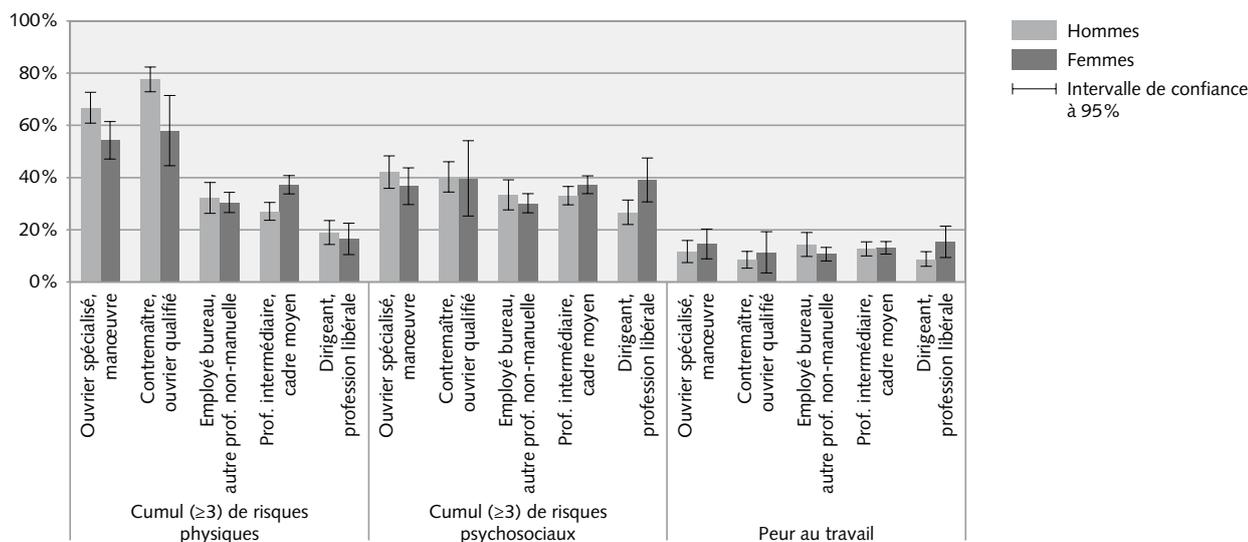
Conditions de travail selon la formation, 2007 G 5



<sup>10</sup> Le niveau de formation le plus bas (scolarité obligatoire) ne regroupe que 5% des hommes et 8% des femmes; cela explique en partie la force du gradient social mesuré selon la formation, comparé à celui mesuré selon la catégorie socioprofessionnelle.

Conditions de travail selon la catégorie socioprofessionnelle, 2007

G 6



© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.3.4 Associations avec la formation ou la catégorie socioprofessionnelle

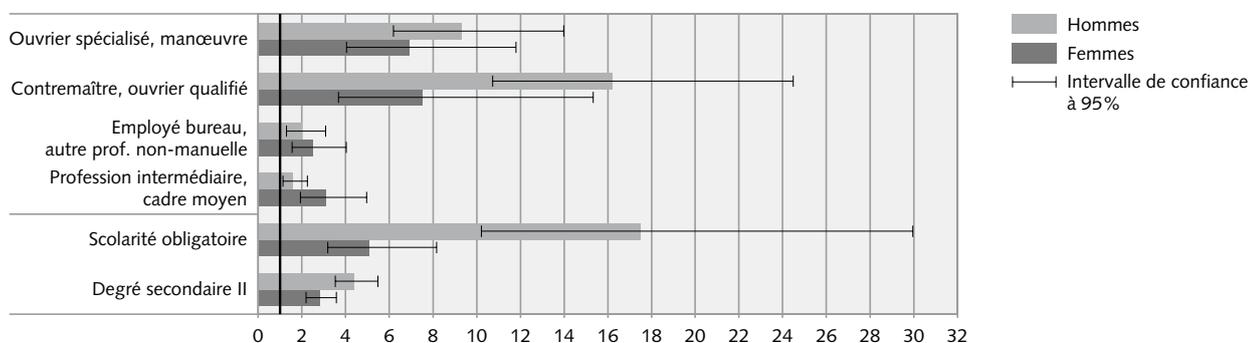
L'analyse multivariée (régressions logistiques) des associations entre l'exposition à des conditions de travail à risques, d'une part, et la formation ou la catégorie socio-professionnelle, d'autre part, précise ces résultats.

A mêmes âge, situation familiale, taux d'activité et exposition aux autres conditions de travail à risque, le gradient social dans l'exposition à un cumul de risques physiques est très fort pour les hommes et pour les femmes, que l'on prenne la formation ou la catégorie socioprofessionnelle comme référence (G7).

Pour les risques psychosociaux, les hommes avec le plus faible niveau de formation et ceux faisant partie des deux catégories socioprofessionnelles les plus basses sont significativement plus exposés. Chez les femmes, c'est le cas seulement de celles ayant le niveau de formation le plus bas (G8). Il n'y a pratiquement jamais d'association significative entre le niveau de formation ou la catégorie socioprofessionnelle et le fait d'avoir peur à son travail.

Associations avec l'exposition à au moins trois risques physiques, 2007

G 7

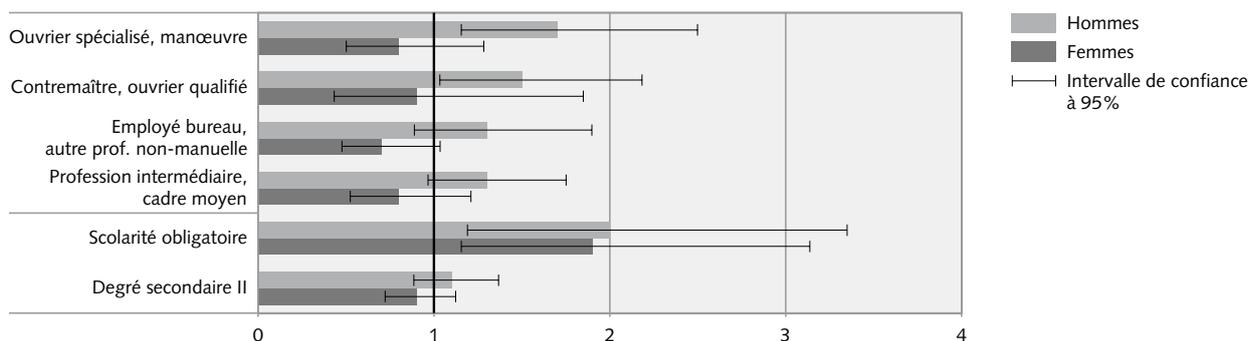


Odds ratios (OR) Valeurs de référence (=1): dirigeant/profession libérale ou formation de degré tertiaire

Lecture: Un homme ouvrier spécialisé ou manoeuvre a 9 fois plus de chances (odds ratio: 9,3) d'être exposé à au moins trois risques physiques qu'un homme avec une fonction de dirigeant ou exerçant une profession libérale.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Associations avec l'exposition à au moins trois risques psychosociaux, 2007** **G 8**



Odds ratios (OR) Valeurs de référence (=1): dirigeant/profession libérale ou formation de degré tertiaire

Lecture: Une femme dont le niveau de formation correspond à la scolarité obligatoire a deux fois plus de chances (odds ratio: 1,9) d'être exposée à au moins trois risques psychosociaux qu'une femme ayant achevé une formation de niveau tertiaire.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**3.4 Risques selon la branche d'activité**

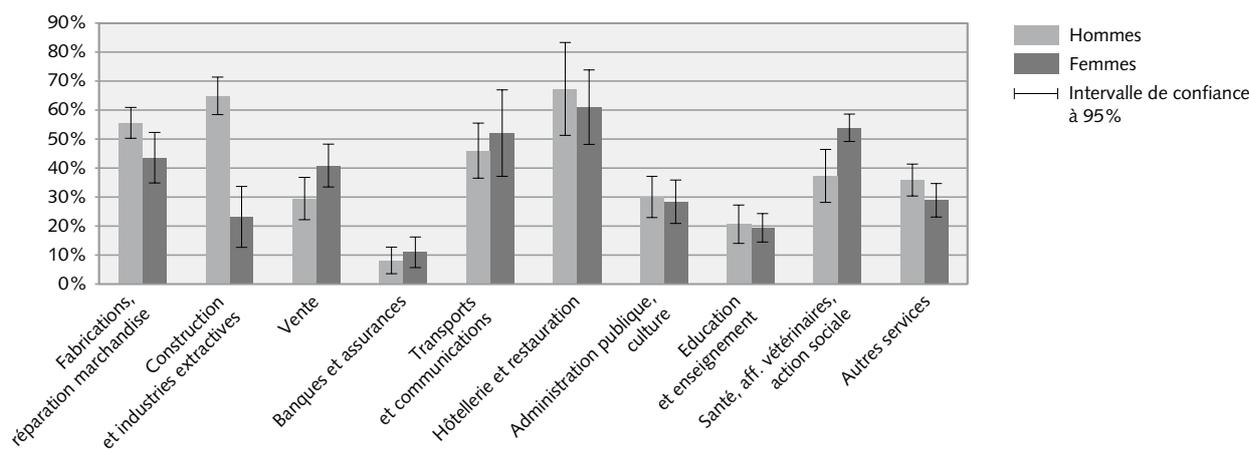
Ce n'est que dans le cas des **risques physiques** que des branches d'activité se distinguent significativement des autres par des taux d'exposition plus élevés ou plus bas (G9)<sup>11</sup>.

On constate ainsi une forte surexposition parmi les hommes employés dans l'industrie (56%), la construction (65%) et l'hôtellerie/restauration (67%). A l'opposé, l'exposition des hommes actifs dans les banques et

assurances (8%) ainsi que dans l'éducation et l'enseignement (21%) est nettement inférieure à la moyenne.

Chez les femmes, on mesure une forte surexposition parmi celles employées dans la santé, les affaires vétérinaires et l'action sociale (54%) et dans l'hôtellerie/restauration (61%). Comme pour les hommes, les femmes actives dans les banques et assurances (11%) ainsi que dans l'éducation et l'enseignement (19%) sont moins exposées que la moyenne.

**Risques physiques selon la branche d'activité, 2007** **G 9**

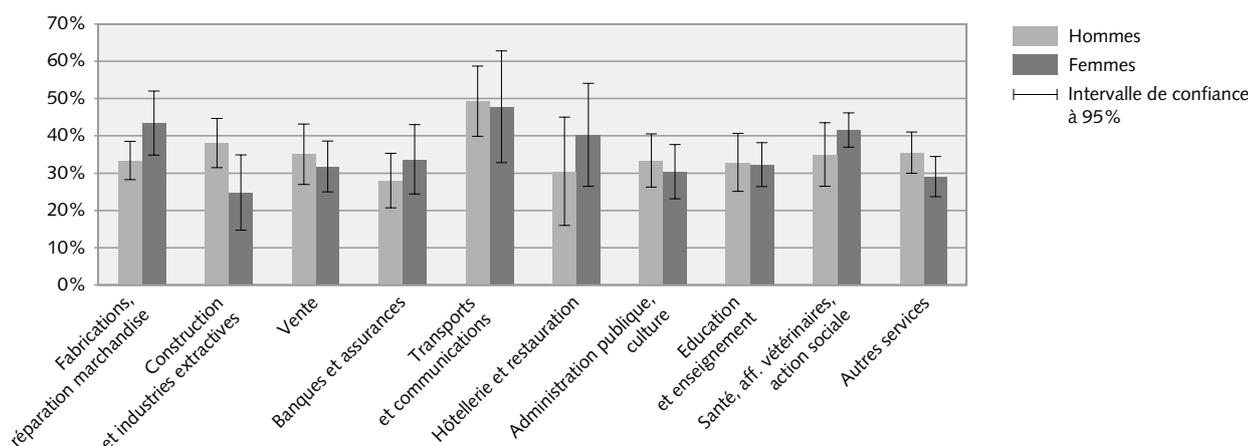


© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>11</sup> Un nombre parfois petit d'observations limite l'analyse de la distribution des conditions de travail à risque en fonction de la branche d'activité et se traduit par des intervalles de confiances grands. Pour ce même motif, les données relatives à l'agriculture et celles concernant la branche production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau ne sont pas présentées.

Risques psychosociaux selon la branche d'activité, 2007

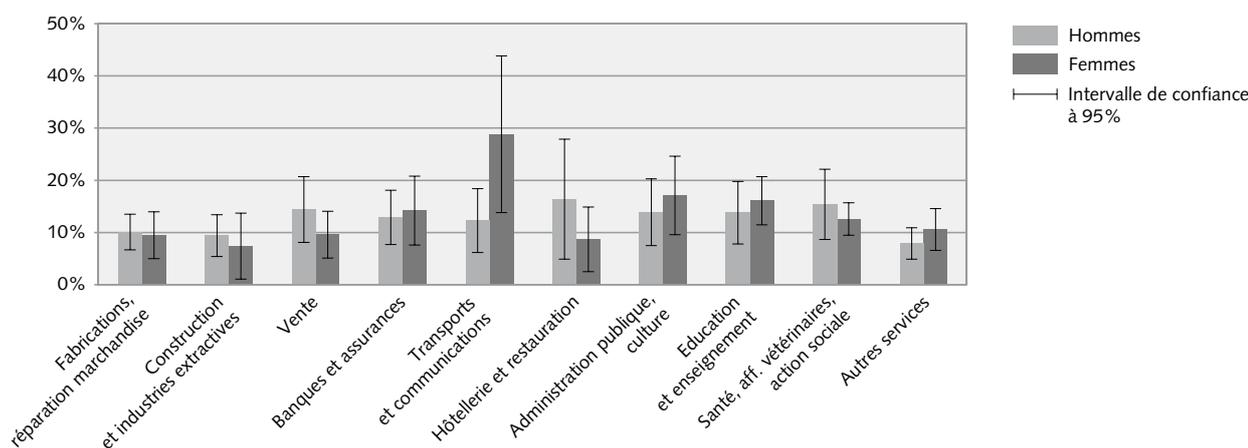
G 10



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Peur au travail selon la branche d'activité, 2007

G 11



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Pour les **risques psychosociaux**, les différences sont plus faibles et il n'y a pas de branche qui se détache significativement du lot, dans un sens comme dans l'autre (G10). On remarque cependant un pic d'exposition pour les hommes actifs dans les transports et communications (49%). Chez les femmes, ce sont les valeurs d'exposition dans les transports et communications (48%), dans l'industrie (43%) et dans la santé et le social (42%) qui se distinguent.

On ne peut mettre en évidence aucune tendance significative dans la fréquence de la **peur au travail** selon la branche d'activité, les valeurs mesurées étant associées à des intervalles de confiance particulièrement amples (G11).

### 3.5 Associations entre risques physiques et risques psychosociaux

Une personne salariée sur six combine l'exposition à au moins trois risques physiques et celle à au moins trois risques psychosociaux (G12). Des analyses multivariées (régressions logistiques) montrent qu'à mêmes âge, niveau de formation, taux d'activité et situation familiale, un homme exposé à au moins trois risques psychosociaux a deux fois plus de chances d'être également exposé à au moins trois risques physiques qu'un homme

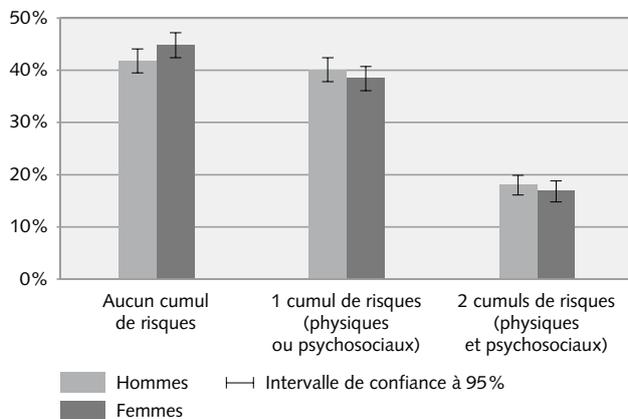
exposé à aucun risque psychosocial. Pour les femmes, c'est trois fois plus de chances (G13). Le fait de ressentir de la peur au travail n'est associé de manière significative qu'avec une chance accrue d'exposition aux risques psychosociaux.

### 3.6 Conclusion

Plusieurs caractéristiques importantes ressortent de ce profil des conditions de travail à risque:

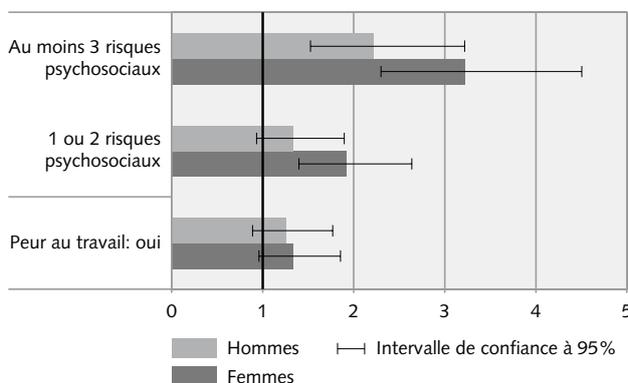
- L'exposition à des conditions de travail à risque n'est pas un phénomène marginal en Suisse: presque six personnes salariées sur dix sont exposées à au moins trois risques physiques ou à au moins trois risques psychosociaux ou encore à la combinaison de ces deux cumuls de risques.
- Les expositions aux risques physiques et celles aux risques psychosociaux sont en partie associées entre elles. Il serait simpliste d'opposer des activités professionnelles présentant des risques physiques à d'autres avec des risques psychosociaux.
- Le gradient social dans l'exposition diffère selon le type de risques pris en compte: il est très fort pour les risques physiques, plus limité pour les risques psychosociaux et insignifiant pour la peur ressentie au travail.
- Les différences entre hommes et femmes sont importantes à trois niveaux: l'exposition différente à chaque condition de travail à risque individuelle; le gradient social, plus faible chez les femmes; l'exposition selon la branche d'activité. C'est le reflet des différences entre hommes et femmes en termes de professions, d'activités exercées ainsi que de fonctions occupées.

**Exposition combinée aux risques physiques et psychosociaux, 2007** G 12



© OFS

**Associations entre les risques physiques et les autres conditions de travail, 2007** G 13



Odds ratios (OR) Valeurs de référence (=1): pas d'exposition

Lecture: Une femme exposée à au moins trois risques psychosociaux a 3 fois plus de chances (odds ratio: 3,2) de l'être également à un cumul d'au moins trois risques physiques qu'une femme qui n'est exposée à aucun risque psychosocial.

© OFS

<sup>12</sup> Cf notamment PARENT-THIRION A., FERNANDEZ MACIAS E., HURLEY J, VERMEYLEN G. (2007), Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; GRAF M., PEKRUHL U. (2007), Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005. Résultats choisis du point de vue de la Suisse, Seco, Berne; MARMOT M. (2010), Strategic review of health inequalities in England post-2010. Marmot review final report, University college London, 233 p., <http://www.ucl.ac.uk/ghg/marmotreview/Documents/finalreport>

## 4 Conditions de travail et santé

Y a-t-il une association, statistiquement significative, entre l'exposition aux conditions de travail à risque décrites au chapitre précédent et un état de santé dégradé? Cette question est abordée sous trois angles complémentaires:

- les variations de la prévalence des problèmes de santé en fonction de l'exposition aux conditions de travail à risque;
- les associations entre conditions de travail et santé, en tenant compte de plusieurs caractéristiques sociodémographiques (âge, formation ou catégorie socioprofessionnelle, taux d'activité, situation familiale);
- l'impact de la prise en compte de facteurs personnels relevant des styles de vie – surpoids, manque d'activité physique, tabagisme, consommation d'alcool – sur ces associations.

### 4.1 Problèmes de santé selon le sexe

Les prévalences des problèmes de santé selon le sexe varient fortement selon l'indicateur retenu<sup>13</sup>. Elles sont toujours plus élevées pour les femmes que pour les hommes; cette différence n'est cependant pas significative dans le cas de la santé auto-évaluée (G14).

### 4.2 Problèmes de santé selon les conditions de travail

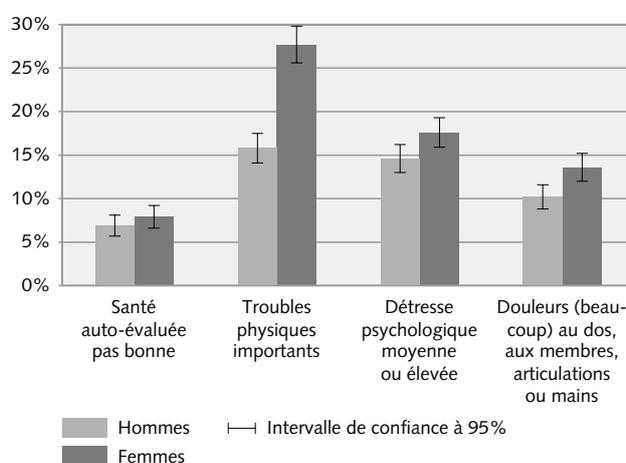
La prévalence des problèmes de santé en fonction de l'exposition à des conditions de travail à risque fait apparaître plusieurs faits intéressants (G15 à G18):

- L'exposition à des conditions de travail à risque va globalement de pair avec une prévalence plus élevée de problèmes de santé, pour les quatre indicateurs de l'état de santé retenus.

- En ce qui concerne les risques physiques et les risques psychosociaux, seule l'exposition à un cumul d'au moins trois risques est accompagnée d'une prévalence significativement plus élevée de problèmes de santé. Il y a des exceptions: une des plus notables est le fait que la prévalence d'un état de santé auto-évalué pas bon n'est pas significativement différente chez les femmes exposées à au moins trois risques physiques ou à trois risques psychosociaux que chez celles qui ne sont pas exposées à ces risques.
- Le fait de ressentir de la peur à son travail est toujours accompagné d'une forte augmentation de la prévalence des problèmes de santé.
- L'augmentation de la prévalence des problèmes de santé en cas d'exposition à des conditions de travail à risque est en général plus forte chez les hommes que chez les femmes.
- La prévalence d'une santé auto-évaluée pas bonne et celle d'une détresse psychologique moyenne ou élevée varient le plus nettement en fonction de l'exposition à des conditions de travail à risque. A l'inverse, la prévalence des troubles physiques importants est la moins sensible à ces expositions.

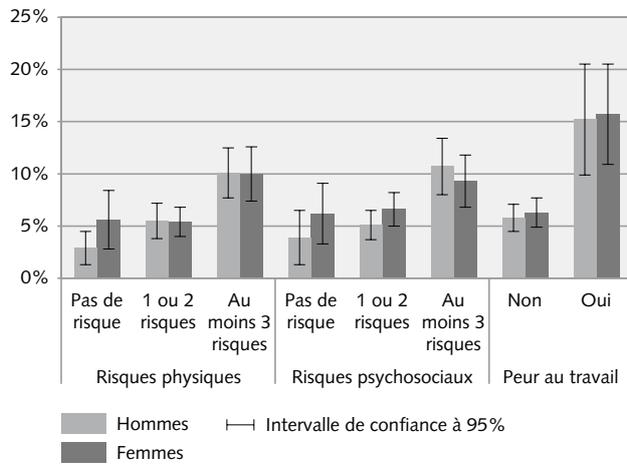
Problèmes de santé selon le sexe, 2007

G 14



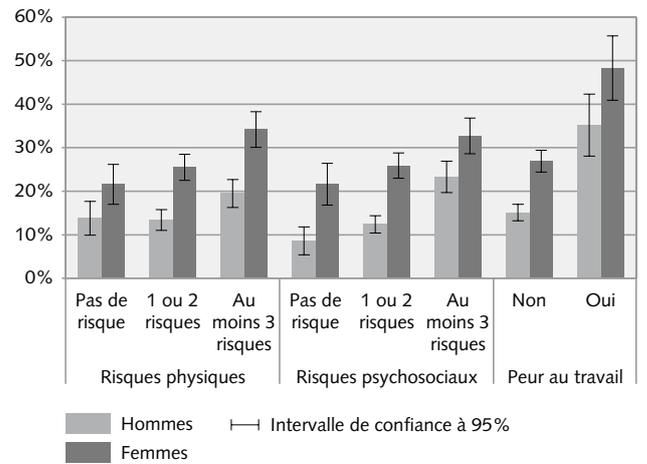
<sup>13</sup> Cf. l'annexe méthodologique (p. 25) pour une présentation des mesures de l'état de santé.

**Santé auto-évaluée pas bonne selon l'exposition à des conditions de travail à risque, 2007** G 15



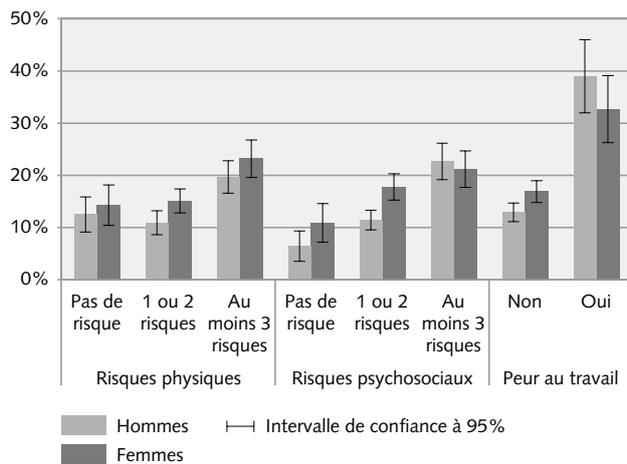
© OFS

**Troubles physiques importants selon l'exposition à des conditions de travail à risque, 2007** G 16



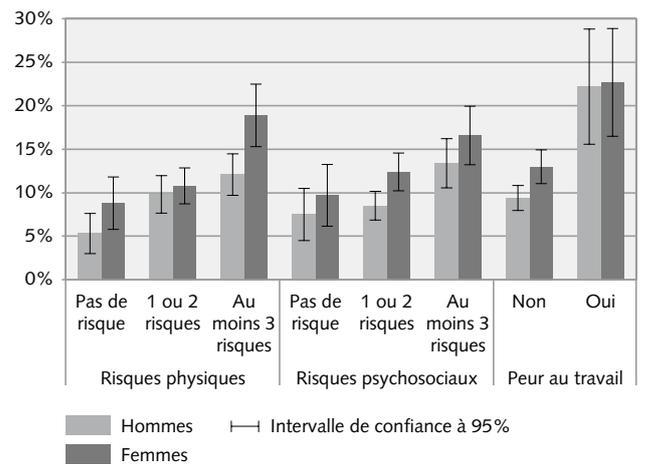
© OFS

**Détresse psychologique moyenne ou élevée selon l'exposition à des conditions de travail à risque, 2007** G 17



© OFS

**Douleurs (beaucoup) au dos, aux membres, articulations ou mains selon l'exposition à des conditions de travail à risque, 2007** G 18



© OFS

### 4.3 Associations entre conditions de travail et état de santé

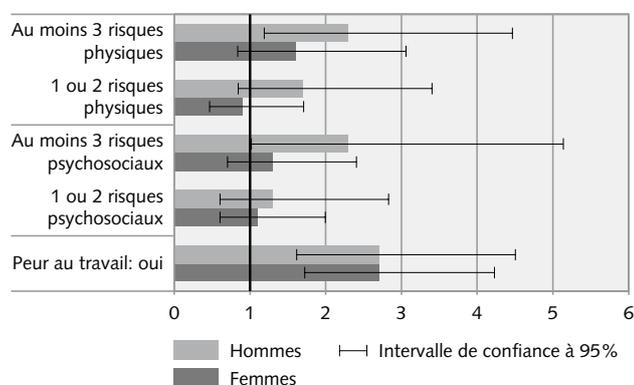
Des analyses multivariées (régressions logistiques) permettent de déterminer s'il existe des associations statistiquement significatives entre les conditions de travail à risque et chacun des quatre indicateurs de l'état de santé retenus, à mêmes âge, niveau de formation<sup>14</sup>, situation familiale, taux d'activité et autres conditions de travail.

- Le fait de ressentir ou d'être confronté à de la peur au travail est la seule condition de travail à risque à être

toujours associée de manière significative avec une probabilité plus élevée (odds ratio >1) de présenter un état de santé dégradé. L'association est la plus faible avec les douleurs au dos, aux membres, articulations ou mains.

- La probabilité d'avoir une santé auto-évaluée pas bonne est significativement plus élevée chez les hommes exposés à au moins trois risques physiques comme chez ceux exposés à au moins trois risques psychosociaux. Ce n'est pas le cas chez les femmes (G19).

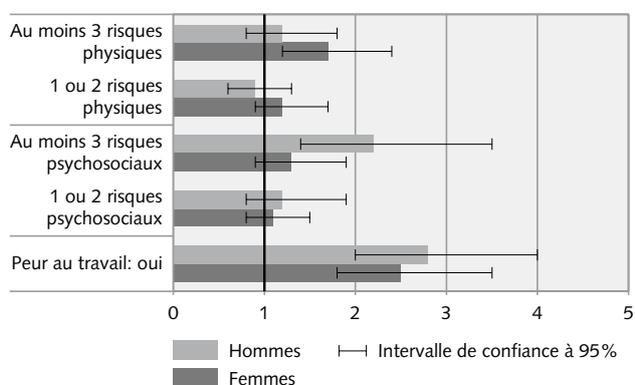
**Associations avec une santé auto-évaluée pas bonne, 2007** G 19



Odds ratios (OR) Valeur de référence (=1): pas d'exposition

© OFS

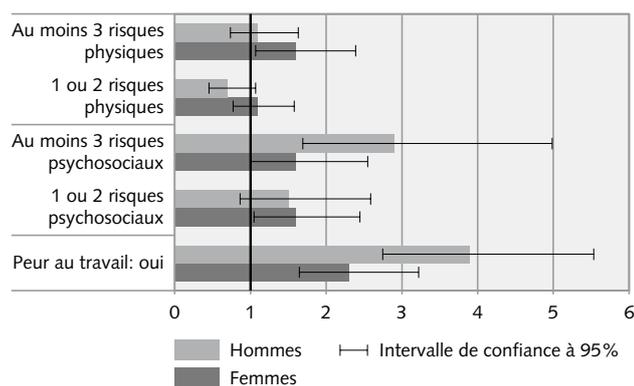
**Associations avec des troubles physiques importants, 2007** G 20



Odds ratios (OR) Valeur de référence (=1): pas d'exposition

© OFS

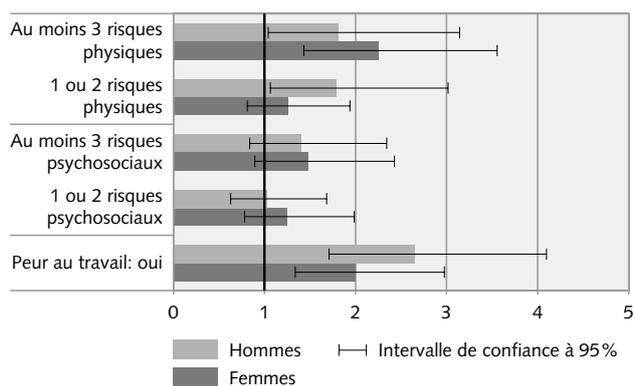
**Associations avec une détresse psychologique moyenne ou élevée, 2007** G 21



Odds ratios (OR) Valeur de référence (=1): pas d'exposition

© OFS

**Associations avec des douleurs (beaucoup) au dos, aux membres, articulations ou mains, 2007** G 22



Odds ratios (OR) Valeur de référence (=1): pas d'exposition

© OFS

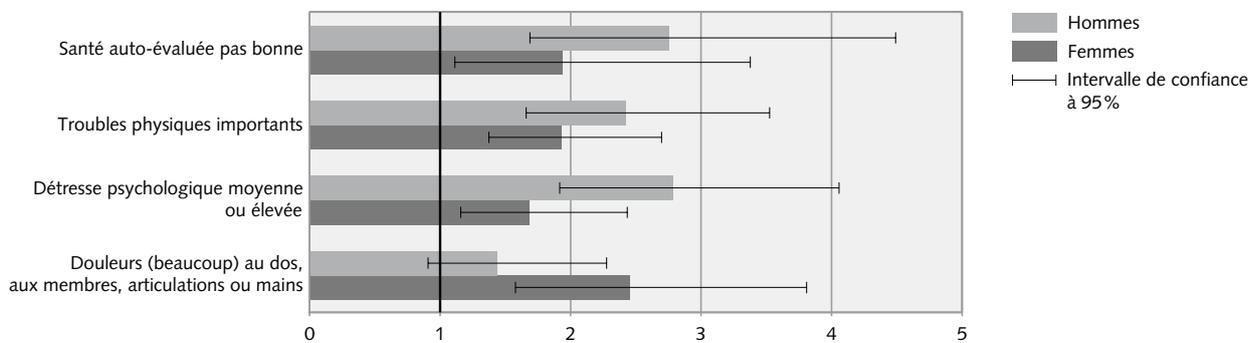
Exemple de lecture sur la base du graphique G19: un homme salarié exposé à au moins trois risques physiques a deux fois plus de chance (odds ratio: 2,3) de déclarer un état de santé auto-évalué pas bon qu'un homme exposé à aucun risque physique. Cette valeur est contrôlée pour l'âge, le niveau de formation, la situation familiale, le taux d'activité et l'exposition aux autres conditions de travail à risque.

<sup>14</sup> Les analyses ont également été faites en tenant compte de la catégorie socioprofessionnelle. Les résultats ne présentent pas de différence significative.

- La présence de troubles physiques importants n'est pas associée chez les hommes avec l'exposition aux risques physiques; elle l'est par contre avec l'exposition à au moins trois risques psychosociaux. Chez les femmes, c'est l'inverse (G20).
- Les femmes exposées à au moins trois risques physiques et celles exposées à des risques psychosociaux ont une probabilité significativement plus élevée de souffrir de détresse psychologique moyenne ou élevée. Parmi les hommes, seuls ceux exposés à au moins trois risques psychosociaux sont dans ce cas (G21).
- Chez les hommes comme chez les femmes, l'exposition à au moins trois risques physiques est associée avec une probabilité accrue d'avoir beaucoup de douleurs au dos, aux membres, articulations ou mains. Ce n'est par contre pas le cas de l'exposition à au moins trois risques psychosociaux (G22).
- Enfin, l'exposition à une combinaison d'au moins trois risques physiques et d'au moins trois risques psychosociaux est toujours associée à des probabilités significativement plus élevées de problèmes de santé, sauf pour les douleurs au dos, aux membres, articulations ou mains chez les hommes (G23).

**Associations entre l'exposition à une combinaison des risques physiques et psychosociaux et l'état de santé, 2007**

**G 23**



Odds ratios (OR) Valeur de référence (=1): pas d'exposition

Lecture: un homme salarié exposé à une combinaison d'au moins trois risques physiques et d'au moins trois risques psychosociaux a trois fois plus de chance (odds ratio: 2,8) de déclarer une santé auto-évaluée pas bonne qu'un homme qui n'est pas exposé à cette combinaison de risques. Cette valeur est contrôlée pour l'âge, le niveau de formation, la situation familiale et le taux d'activité.

#### 4.4 Le rôle de chaque condition de travail à risque

On peut se demander quelles sont les conditions de travail à risque, parmi celles prises en compte pour créer les indicateurs de risques physiques et de risques psychosociaux, qui sont le plus liées à un moins bon état de santé. Dans ce but, l'association entre chacune d'entre elles et les quatre indicateurs de l'état de santé a été mesurée, à mêmes âge, niveau de formation, situation familiale et taux d'activité. Les résultats obtenus ne peuvent pas être comparés directement aux précédents, dans la mesure où ils ne tiennent compte que d'une seule condition de travail à la fois (T1).

- *Risques ergonomiques*. Chez les hommes, comme chez les femmes, les positions douloureuses ou fatigantes sont systématiquement associées avec une probabilité accrue de problèmes de santé. Chez les hommes, le fait de devoir soulever ou déplacer des lourdes charges est également fortement associé avec des problèmes de santé, ce qui n'est pas le cas chez les femmes. A l'inverse, les mouvements répétitifs de la main ou du bras sont toujours associées chez les femmes à un état de santé dégradé, ce qui n'est pas le cas chez les hommes. Le fait de rester debout ou de marcher le quart du temps au moins n'est presque jamais associé à un moins bon état de santé: le seuil d'exposition retenu (le quart du temps) est probablement trop bas pour distinguer des conditions de travail susceptibles de constituer un risque pour la santé.
- *Risques chimiques/biologiques et de radiation*. Chez les hommes, les associations sont relativement nombreuses, sauf avec les troubles physiques et avec les douleurs au dos, aux membres, articulations ou mains. Chez les femmes, les associations sont l'exception.
- *Risques ambiants et environnementaux*. Les associations sont presque systématiques chez les hommes; elles sont un peu moins fréquentes chez les femmes, en particulier en lien avec la santé auto-évaluée et les douleurs au dos, aux membres, articulations ou mains. L'exposition à des températures basses est toujours associée avec une probabilité accrue de déclarer des problèmes de santé.
- *Demande psychologique*. Le fait de manquer de temps pour terminer son travail est très fortement associé à de moins bons états de santé, chez les hommes et chez les femmes (sauf avec la santé auto-évaluée pour les femmes). Le profil est par contre différencié pour le fait de devoir être constamment très concentré: faibles associations chez les hommes, associations marquées chez les femmes.
- *Latitude décisionnelle*. Le tableau est également contrasté. Chez les hommes, l'association est plutôt faible dans le cas de tâches ennuyeuses et répétitives, et forte dans les deux autres cas. Chez les femmes, c'est l'inverse.
- *Soutien social*. Chez les hommes comme chez les femmes, le manque de soutien des collègues est fortement associé à de moins bons états de santé.

T 1 Associations entre les risques physiques ou psychosociaux individuels et l'état de santé, 2007

		Hommes				Femmes			
		Santé auto-évaluée	Troubles physiques	Détresse psychologique	Douleurs dos, membres, articulations, mains	Santé auto-évaluée	Troubles physiques	Détresse psychologique	Douleurs dos, membres, articulations, mains
Risques ergonomiques	Positions douloureuses ou fatigantes	***	***	***	***	**	***	***	***
	Lourdes charges	**	*	*	NS	(*)	NS	NS	*
	Rester debout ou marcher	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	*
	Mouvements répétitifs main/bras	(*)	*	NS	NS	**	***	***	***
	Vibrations	**	NS	**	NS	*	NS	*	NS
Risques biologiques/chimiques	Respirer des fumées, poussière	**	NS	**	NS	NS	*	*	NS
	Respirer des vapeurs (solvants, etc.)	**	NS	**	NS	NS	*	NS	NS
	Manipuler produits chimiques	NS	NS	*	(*)	NS	NS	NS	*
	Radiations	**	NS	NS	(*)	NS	NS	NS	NS
	Manipuler matériaux pot. infectieux	NS	NS	*	NS	NS	NS	NS	*
Risques ambiants et env. ir.	Bruits forts	*	**	***	NS	NS	(*)	**	NS
	Températures élevées	NS	**	**	*	NS	**	*	NS
	Températures basses	**	**	*	*	*	*	*	*
Demande psychologique	Constamment très concentré	(*)	(*)	NS	NS	*	**	*	NS
	Manque de temps pour terminer	**	***	***	(*)	NS	*	**	**
Latitudo décisionnelle	Tâches ennuyeuses/répétitives	NS	(*)	*	NS	**	**	***	NS
	Pas de pause quand souhaité	**	**	**	NS	NS	NS	NS	*
	Pas mettre ses idées en pratique	**	***	***	**	NS	**	**	NS
Soutien social	Pas d'aide des collègues	**	**	***	**	**	*	***	NS

\*\*\*: p<0,0001; \*\*: p<0,01; \*: p<0,05; (\*): p<0,1; NS: non significatif. Associations contrôlées pour l'âge, le niveau de formation, la situation familiale et le taux d'activité.

Lecture: plus le nombre d'astérisques est élevé, plus l'association est forte entre conditions de travail et état de santé. Par exemple, chez les hommes, il y a moins d'une chance sur 10'000 pour que l'exposition à des positions douloureuses ou fatigantes ne soit pas associée à une probabilité plus grande de santé auto-évaluée pas bonne, en comparaison avec les personnes non-exposées à ce risque.

## 4.5 Styles de vie et associations entre conditions de travail et santé

Il est courant de mettre en relation les différences d'état de santé avec des facteurs personnels relevant des styles de vie, comme le fait de présenter un surpoids, le manque d'activité physique, la consommation de tabac et celle d'alcool. On peut donc se demander si les liens observés entre conditions de travail à risque et état de santé dégradé ne s'expliquent pas en réalité par d'autres associations, entre styles de vie et santé. Les analyses montrent que la prise en compte de ces facteurs personnels ne modifie significativement aucune des associations mises en évidence entre conditions de travail à risque et état de santé.

Ces résultats sont conformes à ceux d'une étude réalisée sur des données françaises, qui conclut que «la non-prise en compte des facteurs personnels ne biaise pratiquement pas l'évaluation des liens entre expositions [à des conditions de travail à risque] et santé»<sup>15</sup>. Ce constat ne doit pas être interprété comme signifiant que les facteurs personnels liés aux styles de vie seraient sans effet sur la santé des personnes, mais comme reflétant le fait que facteurs professionnels et facteurs personnels jouent de façon largement indépendante. Cela conforte la robustesse des associations mises en évidence entre conditions de travail et état de santé.

## 4.6 Conclusion

L'analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 montre des associations entre conditions de travail à risque et un moins bon état de santé, pour quatre indicateurs de celui-ci. Ces associations sont établies à mêmes âge, niveau de formation, situation familiale et taux d'activité. Le fait qu'une partie des résultats ne soient pas significatifs d'un point de vue statistique peut en partie s'expliquer par le nombre limité d'observations. La prise en compte de facteurs personnels relevant des styles de vie ne modifie pas significativement ces associations.

Ressentir de la peur à son travail ou y être confronté est toujours associé avec un moins bon état de santé. C'est aussi le cas (à une exception près) de l'exposition à une combinaison de cumuls de risques physiques et psychosociaux.

Pour le reste, les différences selon le sexe sont notables. Le contraste le plus important concerne les liens avec la santé auto-évaluée, forts chez les hommes, pas significatifs chez les femmes. La santé auto-évaluée est considérée comme un bon indicateur de l'état de santé général, avec en particulier un bon pouvoir prédictif en termes de mortalité. Par ailleurs, les risques physiques sont plus souvent associés à un moins bon état de santé chez les femmes que chez les hommes. C'est l'inverse pour les risques psychosociaux.

L'ESS est une enquête transversale: il n'est pas possible d'établir des liens de causalité sur la base de ses seules données. Les associations mises en évidence correspondent cependant à celles établies dans la littérature scientifique basée sur des enquêtes longitudinales<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> COUTROT T., WOLFF L. (2005), L'impact des conditions de travail sur la santé: une expérience méthodologique, Dares, Documents d'études N° 97.

<sup>16</sup> Pour une vue d'ensemble récente de cette littérature cf. SIEGRIST J., BENACH J., MCKNIGHT A. AND GOLDBLATT P. (2010), Employment arrangements, work conditions and health inequalities. Report on new evidence on health inequality reduction, produced by Task group 2 for the Strategic review of health inequalities post 2010, <http://www.ucl.ac.uk/ghcg/marmotreview/Documents/tgs>

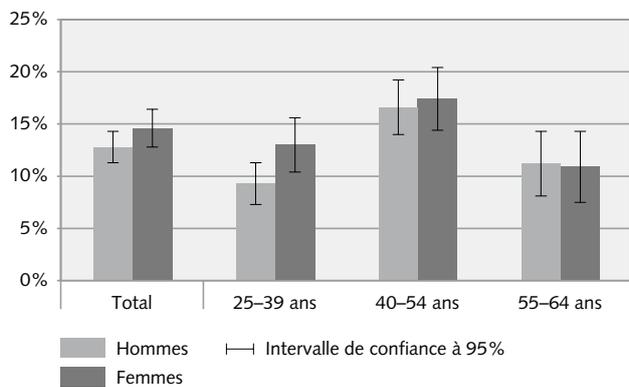
# 5 Insécurité de l'emploi, chômage et état de santé

L'enquête suisse sur la santé 2007 permet d'analyser l'association pouvant exister entre l'insécurité de l'emploi ainsi que le chômage et l'état de santé<sup>17</sup>. C'est d'un intérêt particulier dans le contexte économique actuel, marqué par une forte insécurité concernant l'avenir.

## 5.1 Insécurité de l'emploi

Une personne salariée sur sept (14%) craint de perdre son emploi en 2007. L'insécurité de l'emploi est la plus élevée dans la tranche d'âge des 40-54 ans (G24). Chez les hommes, l'écart est (presque) significatif avec les deux autres tranches d'âge. Chez les femmes, ce n'est le cas qu'avec les 55-64 ans.

**Insécurité de l'emploi selon l'âge, 2007** G 24



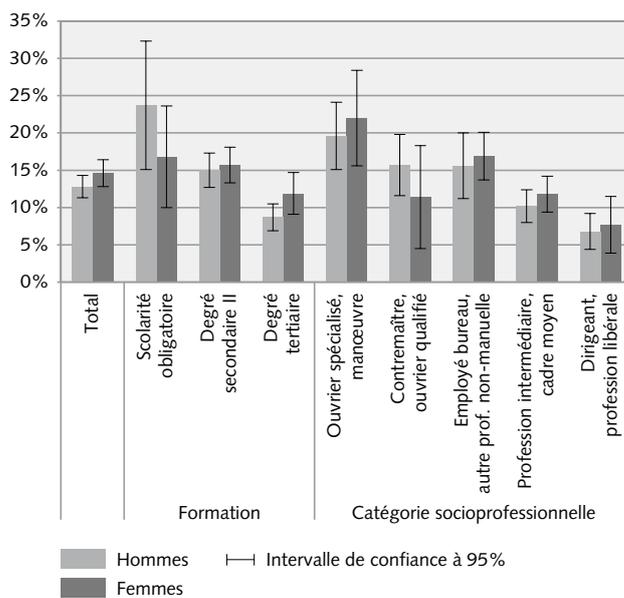
© OFS

<sup>17</sup> Pour des raisons développées dans l'annexe méthodologique (section 6.4), il est renoncé à l'analyse de la distribution du chômage selon des caractéristiques sociodémographiques. Pour information, selon l'Enquête suisse sur la population active (ESPA), le taux de personnes sans-emploi (au chômage) était en 2007 de 2,9% pour les hommes et 4,5% pour les femmes. Ce taux était le plus bas pour les hommes de 40-54 ans (2,0%, contre 2,6% pour les 25-39 ans et les 55-64 ans) et pour les femmes du même âge (3,4%, contre 5% pour les 25-39 ans et 3,8% pour les 55-64 ans). Il présentait un gradient social selon le niveau de formation, tant parmi les hommes (degré tertiaire: 1,8%, secondaire II: 2,8%, secondaire I: 5,9%) que parmi les femmes (degré tertiaire: 2,9%, secondaire II: 4,1%, secondaire I: 7,7%).

La crainte de perdre son emploi se caractérise par un gradient social, plus prononcé chez les hommes que chez les femmes (G25). La crainte de perdre son emploi est significativement plus faible chez les hommes avec une formation de niveau tertiaire (9%) que chez ceux avec une formation de niveau secondaire II (15%) et ceux avec une formation correspondant à la scolarité obligatoire (24%). Elle progresse également par paliers, entre les hommes exerçant des activités de dirigeants ou relevant des professions libérales (7%) et les ouvriers spécialisés ou les manoeuvres (20%).

Chez les femmes, il n'y a pas de différence significative selon le niveau de formation. Par contre, la part des femmes craignant de perdre leur emploi est significativement plus élevée parmi les ouvrières spécialisées ou les manoeuvres (22%) que dans la catégorie des dirigeants/professions libérales (8%) et dans celle des professions intermédiaires/cadres moyens (12%).

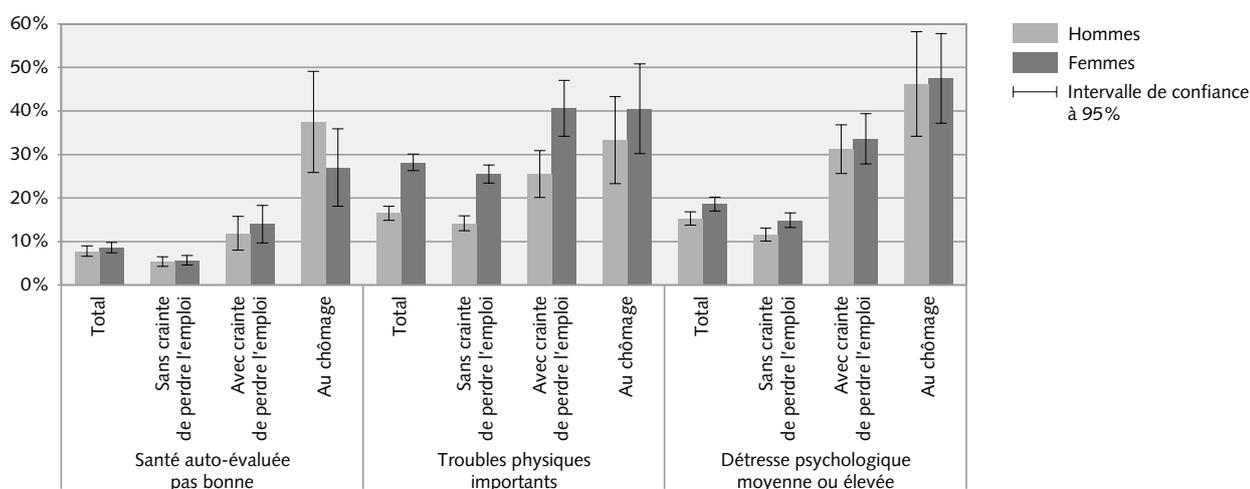
**Insécurité de l'emploi selon la formation ou la catégorie socioprofessionnelle, 2007** G 25



© OFS

## Problèmes de santé selon l'insécurité de l'emploi ou le chômage, 2007

G 26



© Office fédéral de la statistique (OFS)

## 5.2 Problèmes de santé selon l'insécurité de l'emploi ou le chômage

La prévalence des problèmes de santé chez les personnes salariées et ne craignant pas pour leur emploi est toujours significativement inférieure à celles mesurées chez les personnes salariées craignant pour leur emploi et chez les personnes au chômage. L'écart le plus grand se mesure pour la santé auto-évaluée pas bonne. Il n'y a par contre pas de différence significative entre les personnes craignant pour leur emploi et celles au chômage, sauf dans le cas de la santé auto-évaluée, pour les hommes et (presque) pour les femmes. L'écart le plus faible se mesure pour les troubles physiques importants; il est même inexistant chez les femmes (G26).

## 5.3 Associations entre insécurité de l'emploi, chômage et état de santé

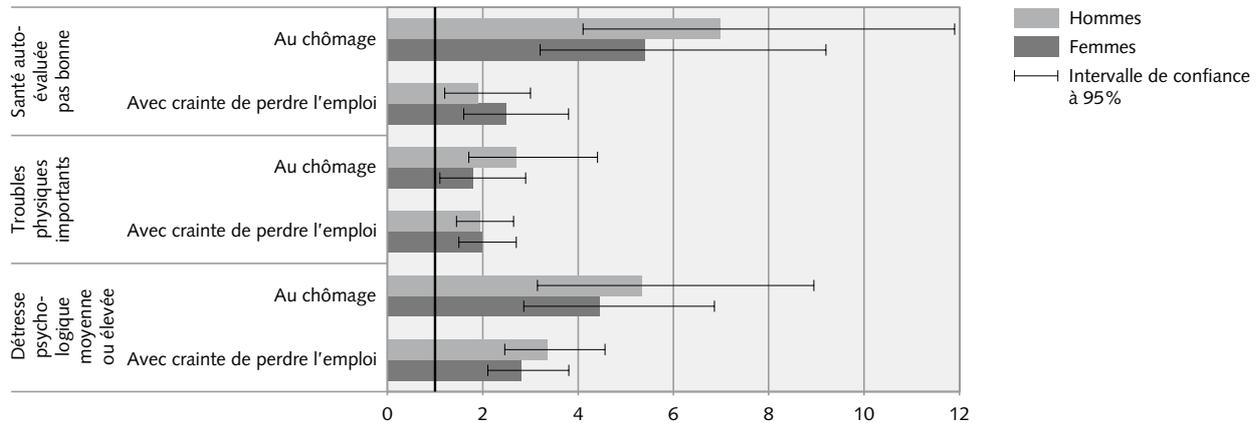
L'analyse des associations entre insécurité de l'emploi, chômage et état de santé, à mêmes âge, niveau de formation et situation familiale, fait apparaître des résultats qui convergent avec ceux de la littérature scientifique<sup>18</sup> (G27):

- L'insécurité de l'emploi et le fait d'être au chômage sont toujours associés à une probabilité significativement plus élevée de problèmes de santé en comparaison avec les personnes salariées et ne craignant pas pour leur travail.
- Il n'y a pas de différence significative entre la force des associations mesurées chez les personnes salariées et craignant de perdre leur emploi et celle des associations mesurées parmi les personnes au chômage, sauf dans le cas de l'état de santé auto-évalué chez les hommes. L'écart est le plus faible lorsqu'on mesure les troubles physiques.

<sup>18</sup> Pour une revue récente de la littérature, cf. SIEGRIST J., BENACH J., MCKNIGHT A. AND GOLDBLATT P. (2010), Employment arrangements, work conditions and health inequalities. Report on new evidence on health inequality reduction, produced by Task group 2 for the Strategic review of health inequalities post 2010, <http://www.ucl.ac.uk/ghcg/marmotreview/Documents/tgs>; pour la Suisse, cf. DOMENIGHETTI D., D'AVANZO B., BISIG B. (2000), «Health effects of job insecurity among employees in the swiss general population», International Journal of Health Services, 2000, vol. 30, N. 3, pp. 477–490 et DOMENIGHETTI G., FAHRLÄNDER A., CLIVIO L. (2007), Effetti della disoccupazione sullo stato di salute. Analisi per il Cantone Ticino, Bellinzona, Sezione sanitaria 19p. + xii p.

Associations entre l'insécurité de l'emploi ou le chômage et l'état de santé

G 27



Odds ratios (OR) Valeur de référence (=1): personnes salariées ne craignant pas pour l'emploi

Lecture: une femme au chômage a cinq fois plus de chances (odds ratio: 5.4) de déclarer un état de santé auto-évalué pas bon qu'une femme salariée et ne craignant pas pour son emploi. Cette valeur est contrôlée pour l'âge, le niveau de formation et la situation familiale.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

- L'association entre le fait d'être au chômage et les problèmes de santé est très forte, particulièrement pour l'état de santé auto-évalué ou la détresse psychologique. Les données disponibles ne permettent pas de distinguer entre effets directs (être au chômage génère une aggravation de l'état de santé) ou effets de sélection (être en mauvaise santé accroît le risque de perdre son emploi). Les mécanismes de sélection sont souvent décrits comme plus importants en période de faible chômage (comme en 2007 en Suisse) qu'en période de chômage élevé.

# 6 Annexe méthodologique

## 6.1 L'enquête suisse sur la santé 2007

L'enquête suisse sur la santé (ESS) a été conduite tout au long de l'année 2007 auprès d'un échantillon représentatif de la population résidente permanente de la Suisse de 15 ans et plus, disposant d'un raccordement téléphonique et ne vivant pas dans des institutions (par ex. hôpitaux, établissements médico-sociaux). Elle a permis l'interview de 18'760 personnes (66% de l'échantillon tiré). 14'393 des personnes interviewées (80,5%) ont également rempli un questionnaire écrit, qui contient notamment les questions relatives aux conditions de travail.

## 6.2 La population étudiée

Pour étudier les liens entre conditions de travail et état de santé, l'analyse se concentre sur les personnes âgées de 25 à 64 ans, salariées et travaillant à un taux d'activité d'au moins 20%. Cette population est composée de 3184 hommes et 3330 femmes (total 6514). Le fait que les personnes actives avec le statut d'indépendants n'aient pas été incluses ne veut pas dire que la question du lien entre conditions de travail et santé ne les concerne pas.

Pour l'étude des liens entre insécurité de l'emploi, chômage et état de santé, les 303 personnes âgées de 25 à 64 ans et déclarant être au chômage ont été ajoutées. La population étudiée dans ce cas est composée de 3315 hommes et 3502 femmes.

## 6.3 La mesure des conditions de travail

L'enquête suisse sur la santé 2007 contient plus d'une soixantaine de variables se rapportant aux conditions de travail. Les choix faits pour cette étude sont motivés par la préoccupation de recourir à des instruments se rapprochant de ceux utilisés dans la littérature scientifique.

### 6.3.1 Risques physiques

L'ESS 2007 a repris de la Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail 13 des 14 variables destinées à décrire les risques physiques<sup>19</sup>. Cela permet d'avoir une bonne idée de la prévalence de ces risques en Suisse ainsi que de leur association avec des problèmes de santé.

Un indicateur «risques physiques» a été créé, sommant les expositions, durant le quart du temps au moins<sup>20</sup>, aux 13 risques documentés. Il a une grande cohérence interne (alpha de Cronbach: 0,95). Trois modalités ont été retenues pour cet indicateur: aucune exposition, exposition à 1 ou 2 risques, exposition à au moins trois risques. Les variables entrant dans sa composition sont:

- Cinq variables correspondant aux *risques ergonomiques*. Elles portent sur le fait que le travail implique:
  - a) «des positions douloureuses ou fatigantes», b) «de soulever ou déplacer de lourdes charges», c) «de rester debout ou marcher», d) «des mouvements répétitifs de la main ou du bras», e) «d'être exposé à des vibrations provoquées par des outils manuels, machines, etc.».
- Cinq variables correspondant aux *risques biologiques/chimiques et de radiation*. Elles portent sur le fait que les personnes sont exposées dans leur travail à:
  - a) «respirer des fumées, des vapeurs (telles que des vapeurs de soudure ou d'échappement), poussière (telle que la poussière de bois ou la poussière minérale), etc.», b) «respirer des vapeurs telles que les dissolvants ou diluants», c) «être en contact avec ou manipuler des produits ou des substances chimiques», d) «des radiations telles que rayons X, radioactivité, soudure à l'arc, rayon laser», e) «manipuler ou à être

<sup>19</sup> La variable non retenue porte sur le fait que le travail implique de devoir soulever ou de déplacer des personnes.

<sup>20</sup> Ce seuil est celui retenu dans l'analyse des résultats de la Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail.

en contact direct avec des matériaux potentiellement infectieux tels que des déchets, des fluides corporels, du matériel de laboratoire, etc.».

- Trois variables correspondant aux *risques ambiants et environnementaux*. Elles portent sur le fait que les personnes sont exposées dans leur travail à: a) «des bruits si forts que vous devez élever la voix pour parler aux gens», b) «des températures qui font transpirer même si vous ne travaillez pas», c) «des températures basses que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur».

### 6.3.2 Risques psychosociaux

L'ESS contient six questions dont les formulations sont très proches du questionnaire de Karasek<sup>21</sup> et qui couvrent les trois axes de ce dernier. Un indicateur «risques psychosociaux» a été créé, cumulant les expositions à ces six risques, avec trois modalités: aucune exposition, exposition à 1 ou 2 risques; exposition à au moins 3 risques. La cohérence interne de cet indicateur est également élevée (alpha de Cronbach: 0,88). Les variables, recodées de manière dichotomique, entrant dans la composition de cet indicateur sont:

- deux se rapportant à l'axe de la *demande psychologique*: «au travail, je dois être constamment très concentré» et «vous avez assez de temps pour terminer votre travail»;
- trois renvoyant à l'axe de la *latitude décisionnelle*: «au travail, je dois exécuter des tâches ennuyeuses et répétitives», «vous pouvez faire une pause quand vous le souhaitez» et «vous avez la possibilité de mettre vos propres idées en pratique dans votre travail»;
- une s'inscrivant dans l'axe du *soutien social*: «vous pouvez recevoir l'aide de vos collègues si vous le demandez».

### 6.3.3 Peur au travail

La question posée est très générale: «Au cours des 12 derniers mois au travail, avez-vous été confronté ou avez-vous ressenti de la peur?». Cette variable, fortement associée à l'état de santé, correspond à une dimension importante des conditions de travail mise en évidence par les travaux de l'école de psychopathologie du travail<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> Le questionnaire de Karasek complet est composé de 26 questions, 9 pour la dimension de la demande psychologique, 9 pour celle de la latitude décisionnelle et 8 pour celle du soutien social.

<sup>22</sup> DEJOURS C. (1993), Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail, Bayard Editions, Paris, 263 p.

## 6.4 La mesure de l'insécurité de l'emploi et du chômage

Les personnes ayant une activité professionnelle sont interrogées au sujet de leur crainte de perdre leur emploi: «Craignez-vous de perdre votre emploi actuel?». Un indicateur «insécurité de l'emploi» a été créé, avec trois modalités: a) les personnes salariées et ne craignant pas de perdre leur emploi, b) les personnes salariées et craignant de perdre leur emploi et c) les personnes au chômage.

Afin de disposer d'un nombre plus élevé d'observations pour les personnes au chômage, celles qui n'ont pas répondu au questionnaire écrit (112 sur 303) ont également été prises en compte, contrairement à ce qui a été fait pour les personnes salariées. Des analyses montrent que cela ne modifie pas la signification statistique des associations entre le fait d'être au chômage et l'état de santé. Par contre, cela surévalue le taux de chômage dans la population étudiée et déforme sa distribution selon les caractéristiques sociodémographiques<sup>23</sup>. Pour ces raisons, il n'est pas présenté d'analyse du taux de chômage selon les caractéristiques sociodémographiques. L'analyse de l'insécurité de l'emploi ne porte, elle, que sur les personnes salariées.

## 6.5 La mesure de l'état de santé

Pour mesurer l'état de santé, quatre indicateurs synthétiques ont été retenus:

- **Santé auto-évaluée.** Cette variable correspond à la question: «Comment est votre santé en général?». Les réponses «moyenne», «mauvaise» et «très mauvaise» ont été regroupées sous le label de «santé auto-évaluée pas bonne».
- **Troubles physiques.** Les huit troubles physiques pris en considération ont essentiellement un caractère symptomatique (mal de dos, sentiment de faiblesse généralisée, difficultés à s'endormir, maux de tête, etc.). Les personnes déclarant de la fièvre ne sont pas prises en compte. L'indicateur distingue les troubles «importants» apparus sur une période de quatre semaines des autres états (pas de troubles ou quelques troubles)<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> Par exemple, la proportion de personnes avec un bas niveau de formation est nettement plus élevée parmi les personnes au chômage n'ayant pas répondu au questionnaire écrit que parmi celles qui y ont répondu.

<sup>24</sup> Cf. BISIG B. (2000), «La santé physique», Calmonte R., Koller R C., Weiss W. (2000), Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 2000, pp. 11–20.

- **Détresse psychologique.** Cet indicateur, basé sur le Mental Health Inventory (MHI-5) ne pose pas de diagnostic, mais permet d'estimer la proportion de la population probablement à risque de présenter un problème psychologique plus sérieux.
- **Douleurs au dos, aux membres, articulations ou mains.** Cet indicateur a été construit pour cette étude à partir des réponses à trois questions, demandant aux personnes interrogées si elles ont souffert, au cours d'une période de quatre semaines, de «mal au dos ou aux reins», «de douleurs dans les membres ou les articulations», ou «de douleurs aux mains ou aux membres supérieurs». L'indicateur distingue les personnes déclarant avoir «beaucoup» souffert d'au moins un de ces trois symptômes de celles en ayant souffert «un peu» ou «pas du tout». Comme pour les troubles physiques, les personnes déclarant avoir eu de la fièvre ne sont pas prises en compte. L'indicateur est utilisé ici par défaut comme approximation de possibles troubles musculo-squelettiques, puisque leurs localisations se recouvrent en grande partie. Ils ne sont cependant pas identiques.

## 6.6 Types d'analyses

Tous les résultats sont donnés avec un intervalle de confiance à 95% (analyses conduites avec les procédures survey de SAS). Les intervalles de confiance qui ne se chevauchent pas font apparaître les différences significatives d'un point de vue statistique. Deux types d'analyses ont été conduits:

- des *analyses descriptives* de fréquence, stratifiées selon le sexe, des conditions de travail ou des problèmes de santé, en fonction de caractéristiques socio-démographiques ou de l'exposition à des conditions de travail à risque;
- des *analyses multivariées* stratifiées selon le sexe. Les analyses descriptives ne permettent pas de mettre en évidence des associations. Les différences observées dans les analyses descriptives selon un facteur (par ex. l'état de santé auto-évalué selon l'exposition aux risques physiques) peuvent en effet s'expliquer par d'autres facteurs que celui pris en compte, liés à l'état de santé et distribués de manière inégale entre les personnes exposées à des conditions de travail à risque et celles qui n'y sont pas. Pour remédier à cette difficulté, il est fait recours à des analyses multivariées, sous forme de régressions logistiques, permettant d'identifier l'association entre une exposition particulière à

des conditions de travail à risque et un état de santé, dans l'hypothèse où l'âge, le niveau de formation (ou la catégorie socioprofessionnelle), la situation familiale, le taux d'activité et l'exposition aux autres conditions de travail à risque sont égaux<sup>25</sup>. Les résultats obtenus sont exprimés en odds ratios (OR, rapport de cote). Un odds ratio indique la chance qu'une exposition soit associée à un état de santé dégradé, comparé à la situation en cas d'absence d'exposition. La valeur de référence est 1, correspondant à l'absence d'exposition. Si un odds ratio est supérieur à 1, cela signifie que l'exposition est associée avec un état de santé dégradé. À l'inverse, un odds ratio inférieur à 1 correspond au fait que l'exposition est associée avec une meilleure santé.

## 6.7 Les non-réponses

Le problème des non-réponses découle du fait que les variables relatives aux conditions de travail figurent dans le questionnaire écrit de l'enquête.

Une personne sur cinq ayant participé à l'enquête n'a pas rempli ce questionnaire. Le profil de ces personnes est plus jeune, avec une moins bonne formation et une catégorie socioprofessionnelle plus basse, avec une présence plus forte dans des branches fortement exposées aux conditions de travail à risque, ainsi qu'avec un moins bon état de santé. Il peut en découler un biais dans les résultats, tendant à sous-estimer l'importance des conditions de travail à risque.

De plus, une proportion non-négligeable des personnes ayant rempli le questionnaire écrit n'a pas répondu à tout ou partie des questions relatives aux conditions de travail (entre 4% et 18% selon la question et le sexe). Le profil de ce groupe aux frontières mouvantes est plus difficile à établir. Il a été tenu compte de ces non-réponses dans l'analyse multivariée des associations entre conditions de travail et état de santé<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> Pour les analyses relatives à l'association entre insécurité de l'emploi, chômage et état de santé, le taux d'activité et les conditions de travail n'ont pas été pris en compte.

<sup>26</sup> Les réponses «ne sais pas», lorsqu'elles existent, ont un taux très faible (<1%) et ont été traitées comme des non-réponses.

# Bibliographie

- BARTLEY M., FERRIE J. and MONTGOMERY S. C. (2006): «Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment, and job insecurity», Marmot M & Wilkinson R G (éd.) (2006): Social determinants of health. Second edition, Oxford University Press, 78–96
- COUTROT T., WOLFF L. (2005), L'impact des conditions de travail sur la santé: une expérience méthodologique, Dares, Documents d'études N° 97
- DOMENIGHETTI D., D'AVANZO B., BISIG B. (2000), «Health effects of job insecurity among employees in the swiss general population», International Journal of Health Services, 2000, vol. 30, N. 3, 477–490
- DOMENIGHETTI G., FAHRLÄNDER A., CLIVIO L. (2007), Effetti della disoccupazione sullo stato di salute. Analisi per il Cantone Ticino, Bellinzona, Sezione sanitaria
- GRAF M., PEKRUHL U. (2007), Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005. Résultats choisis du point de vue de la Suisse, Seco, Berne
- HUWILER K., BICHSEL M., JUNKER C., MINDER C.E., CALMONTE R. (2002), Soziale Ungleichheit und die Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
- KARASEK R. & THEORELL T. (1990): Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life, Basic Books
- KRIEGER R. & GRAF M. (2009), Travail et santé – Récapitulation des résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007, Seco, Zurich
- MARMOT M, SIEGRIST J, THEORELL T (2006): «Health and the psychosocial environment at work», Marmot M & Wilkinson R G (éd.) (2006): Social determinants of health. Second edition, Oxford University Press, 97–130
- MARMOT M. (2010), Strategic review of health inequalities in England post-2010. Marmot review final report, University college London, <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents/finalreport>
- MARQUIS J.-F. (2010), Conditions de travail, chômage et santé. La situation en Suisse à la lumière des données de l'enquête suisse sur la santé 2007, Lausanne, éditions Page deux
- OMS (2008): Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève
- PARENT-THIRION A., FERNANDEZ MACIAS E., HURLEY J, VERMEYLEN G. (2007), Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes
- SIEGRIST J & THEORELL T (2006): «Socio-economic position and health: the role of work and employment», Siegrist J & Marmot M (2006): Social inequalities in health. New evidence and policy implications, Oxford University Press, 73–100
- SIEGRIST J., BENACH J., MCKNIGHT A. AND GOLDBLATT P. (2010), Employment arrangements, work conditions and health inequalities. Report on new evidence on health inequality reduction, produced by Task group 2 for the Strategic review of health inequalities post 2010, <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents/tgs>

