Zeitschrift: Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales

Herausgeber: Société d'Etudes Economiques et Sociales

Band: 68 (2010)

Heft: 3: Subjectivité et économie : l'apport de la psychanalyse

Artikel: Conditions de travail et santé : réflexions à la lumière des données de l'enquête suisse sur la santé

Autor: Marquis, Jean-François

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-283584

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

CONDITIONS DE TRAVAIL ET SANTÉ: RÉFLEXIONS À LA LUMIÈRE DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE SUISSE SUR LA SANTÉ

JEAN-FRANÇOIS MARQUIS[1]
Historien

> Cet article reprend les grandes lignes d'un ouvrage que l'auteur a fait paraître cette année en Suisse où pour la première fois un point complet sur la question de la santé au travail en Suisse est réalisé. Plusieurs constats sont relevés: la moitié des salariés touchés par l'exposition à des conditions de travail présentant des risques pour la santé; l'exposition aux risques physiques ou aux risques psychosociaux est souvent combinée; l'exposition aux conditions de travail à risque varie fortement selon la position sociale; à des conditions de travail à risque sont associées, toutes choses égales par ailleurs, à de moins bons état de santé; l'insécurité de l'emploi et le chômage sont particulièrement toxiques pour la santé. Autant de constats alarmants qui justifient, selon l'auteur l'urgence de mettre en place, en Suisse, comme cela est fait ailleurs, un dispositif assurant que la réalité des conditions de travail, de la précarité de l'emploi ainsi que de leurs impacts respectifs sur la santé deviennent visibles et l'objet de débats publics.

Il n'existe pas à ce jour en Suisse de dispositif d'enquête permettant un suivi régulier et systématique des conditions de travail ainsi que de leur impact sur la santé de la population. L'enquête suisse sur la santé de 2007, réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), fournit des données qui permettent pour la première fois d'avoir une certaine vue globale, bien qu'incomplète, à ce sujet. Le tableau qui ressort est semblable à celui que de nombreuses études ont mis en évidence dans les pays voisins. Nous présentons ci-dessous cinq points forts de ces résultats, avant de discuter quelques conclusions[2].

DE FRÉQUENTES CONDITIONS DE TRAVAIL À RISQUE

Premier constat: l'exposition à des conditions de travail[3] présentant des risques pour la santé concerne la majorité des salariés: deux sur cinq (39%) sont exposés à au moins trois risques physiques, un sur trois (35%) le sont à au moins trois risques psychosociaux. 17% des salariés sont même exposés à un double cumul de risques (physiques et psychosociaux). Moins de la moitié des salariés (43%) ne sont pas exposés à au moins l'un ou l'autre de ces

1 Auteur de Conditions de travail, chômage et santé. La situation en Suisse à la lumière de l'Enquête suisse sur la santé 2007, Editions Page deux

2 Les résultats détaillés de cette analyse sont présentés dans Marquis J.-F (2010), Conditions de travail, chômage et santé. La situation en Suisse à la lumière de l'Enquête suisse sur la santé 2007, Editions Page deux

3 Un encadré en fin d'article détaille les instruments mis en œuvre pour mesurer les conditions de travail à risque ainsi que les indicateurs de santé mobilisés.

cumuls de risques[4]. L'exposition à des conditions de travail à risque est donc une réalité dont l'ampleur est sans rapport avec l'attention (au mieux distraite) qui lui est accordée.
Fait remarquable, les risques physiques demeurent très présents au travail. Il est convenu d'associer tertiarisation de l'économie, «dématérialisation» du travail et progressif effacement des pénibilités physiques. Il n'en est rien, ce que confirment également les enquêtes conduites à l'échelle européenne. L'analyse par branche précise ce constat. L'exposition aux risques physiques (au moins trois) est évidemment forte dans la construction ou dans l'industrie. Mais elle l'est également dans des branches du tertiaire comme l'hôtellerie et la restauration (67% des hommes et 61% des femmes exposés à au moins trois risques physiques) ou le secteur de la santé et du social (54% des femmes exposées). Autre exemple: bien que les banques et assurances soient un secteur où l'exposition aux risques physiques est faible, 53% des femmes actives dans ce secteur font des mouvements répétitifs du bras ou de la main, ce qui est nettement plus que la moyenne (46%).

DES RISQUES SOUVENT COMBINÉS

Second constat: l'exposition aux risques physiques ou aux risques psychosociaux est souvent combinée. Toutes choses égales par ailleurs, un homme exposé à au moins trois risques psychosociaux a deux fois plus de chances de l'être également à au moins trois risques physiques qu'un homme qui n'est exposé à aucun risque psychosocial. Pour une femme, c'est trois fois plus de chances. La réciproque est également vraie.
Les exemples de deux branches permettent de concrétiser. Les hommes travaillant dans la construction sont, sans surprise, nettement surexposés à de nombreux risques physiques: prendre des positions douloureuses ou fatigantes (48%), porter des charges lourdes (49%), effectuer des mouvements répétitifs du bras ou de la main (57%), être exposé à des vibrations (41%), respirer des fumées (44%), être exposé à un bruit fort (45%) ou encore à des températures élevées (38%) ou basses (43%). Mais ils sont aussi confrontés à des risques psychosociaux comme devoir être constamment très concentré (50%), manquer de temps pour terminer son travail (52%) ou ne pas pouvoir mettre ses idées en pratique (36%).
Prenons maintenant les femmes actives dans la santé et le social. De fortes expositions à des risques physiques apparaissent: ce n'est pas seulement le fait de devoir manipuler des matériaux potentiellement infectieux (44%), mais aussi de devoir prendre des positions douloureuses ou fatigantes (42%) ou de devoir porter des charges lourdes (32%). Cependant, l'exposition aux risques psychosociaux est également importante: devoir être constamment très concentré (48%), manquer de temps pour terminer son travail (42%) ou ne pas pouvoir mettre ses idées en pratique (48%). Cette dernière mention retient l'attention: il est remarquable que presque une femme sur deux travaillant dans des activités supposant une implication personnelle particulièrement élevée déclare n'avoir que «parfois», voire «rarement» ou «presque jamais» la possibilité de mettre ses propres idées en pratique dans son travail.

PAS ÉGAUX DEVANT LES RISQUES

Troisième constat: l'exposition aux conditions de travail à risque varie fortement selon la

---

4 Parmi eux, une majorité sont néanmoins exposés à un ou deux risques physiques ou psychosociaux. Seuls 19% des salariés ne sont exposés à aucun des risques physiques et 13% à aucun des risques psychosociaux mesurés.

position sociale. C'est élément est crucial: c'est parce que l'exposition aux conditions de travail associées avec un moins bon état de santé se caractérise par un gradient social – plus on descend l'échelle sociale, plus l'exposition est forte – que les conditions de travail peuvent être une médiation dans l'institution des inégalités sociales de santé.
Le gradient social est extrêmement fort pour l'exposition aux risques physiques: 82% des hommes et 58% des femmes avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire sont exposé à au moins trois d'entre eux, contre 22% des hommes ou des femmes qui ont une formation de niveau tertiaire[5]. Autrement dit: un homme avec un bas niveau de formation a, toutes choses égales par ailleurs, seize fois plus de chances d'être exposé à un cumul de risques physiques qu'un homme avec un niveau de formation élevé; pour une femme avec un bas niveau de formation, c'est cinq fois plus de chances.
Le gradient social est moins net pour les risques psychosociaux: toutes choses égales par ailleurs, un homme ou une femme avec un bas niveau de formation ont presque deux fois plus de chances d'être exposés à un cumul d'au moins trois risques psychosociaux qu'un homme ou une femme ayant une formation élevée. Un niveau d'analyse un peu plus fin permet de comprendre pourquoi. Si l'on considère les risques correspondant à une demande psychologique élevée (être toujours très concentré, manquer de temps pour finir son travail), il n'y a pas de gradient social ou ce dernier est inversé: par exemple, la part d'hommes et de femmes déclarant ne pas avoir assez de temps pour finir leur travail est plus grande parmi les personnes ayant un formation de niveau tertiaire que parmi celles ayant une formation du niveau de la scolarité obligatoire. Par contre, on retrouve un clair gradient social pour les risques indiquant une faible latitude décisionnelle (exécuter des tâches ennuyeuses ou répétitives, ne pas pouvoir prendre une pause quand on le souhaite, ne pas pouvoir mettre ses idées en pratique dans son travail) ou un faible soutien social. Or ces deux types de risque jouent un rôle déterminant dans le possible impact négatif des risques psychosociaux sur la santé.

UN IMPACT SENSIBLE SUR LA SANTÉ

Quatrième constat: ces expositions à des conditions de travail à risque sont associées, toutes choses égales par ailleurs, à de moins bons états de santé. Les salariés exposés à au moins trois risques physiques ont plus de chances d'avoir une santé auto-évaluée qui n'est pas bonne (hommes et femmes) et de souffrir de troubles physiques importants ou d'une détresse psychologique moyenne ou élevée (femmes). Ceux exposés à au moins trois risques psychosociaux ont, de leur côté, plus de chances d'avoir une santé auto-évaluée pas bonne ou de souffrir de troubles physiques importants (hommes), ou encore de présenter les symptômes d'une détresse psychologique moyenne ou élevées (hommes et femmes). Enfin, les hommes et les femmes exposés à un double cumul de risques (physiques et psychosociaux) ont toujours plus de chances de présenter un état de santé dégradé, pour les trois indicateurs retenus. Ce constat se répète pour les hommes et les femmes ayant ressenti de la peur à leur travail.
Deux remarques: Premièrement, ces associations concernent, à des degrés divers, une majorité des salariés (57%), alors même que les instruments de mesure des expositions aux

5 Il n'existe pas d'indicateur synthétique correspondant à la position (ou classe) sociale. Le niveau de formation est utilisé ici comme substitut. Les analyses réalisées avec la catégorie socioprofessionnelle aboutissent à des tendances analogues.

risques physiques ou psychosociaux utilisés sont relativement peu affinés et partiels (en particulier pour les risques psychosociaux). Le tableau qui ressort est donc très probablement en deçà de la réalité. Deuxièmement, les différences entre hommes et femmes sont plutôt contre-intuitives. Les hommes, plus exposés aux risques physiques, sont davantage sensibles aux expositions aux risques psychosociaux. C'est l'inverse pour les femmes. Gollac et Volkoff[6] ont mis en évidence un phénomène analogue sur la base de données françaises: l'impact des risques du travail sur la santé dépendrait en partie du fait qu'ils soient considérés comme socialement acceptables, selon le genre (ou le métier). Ces résultats soulignent l'importance d'une approche en termes de genre.

INSÉCURITÉ DE L'EMPLOI ET CHÔMAGE PARTICULIÈREMENT TOXIQUES

Cinquième constat: l'insécurité de l'emploi et le chômage sont particulièrement toxiques pour la santé. En 2007, un salarié sur sept (14%) avait peur de perdre son emploi, cela à un moment où la croissance économique était forte. Comme les conditions de travail à risque, l'insécurité de l'emploi est socialement inégalement répartie: 9% des hommes et 12% des femmes avec un niveau de formation tertiaire ont peur de perdre leur travail, contre 17% des femmes et 24% des hommes avec une formation du niveau de l'école obligatoire[7].

Les associations entre l'insécurité de l'emploi (crainte de perdre son travail) ou le chômage et un état de santé dégradé sont systématiques et très fortes. Un homme au chômage a sept fois plus de chances d'avoir une santé auto-évaluée pas bonne qu'un homme en emploi et ne craignant pas de perdre son travail; une femme, cinq fois plus de chances.

La littérature scientifique[8] a montré que ce lien peut s'expliquer en termes de causalité (c'est le fait de perdre son travail, ou de craindre le perdre, qui provoque une dégradation de l'état de santé, par le biais de divers mécanismes: stress lié à la perte d'estime de soi et du respect des autres, etc.) ou de sélection (les salariés les plus fragiles dans leur santé sont les premières victimes des suppressions d'emploi). Ce second effet illustre le caractère impitoyable du marché du travail et peut très bien renforcer, dans un second temps, le premier.

DES CONSTATS QUI INVITENT À L'ACTION

Ces constats n'ont rien d'originaux: ils convergent avec ceux d'innombrables enquêtes réalisées en Europe, notamment[9]. Quatre pistes de réflexion en ressortent:

1. Ces résultats soulignent l'urgence de mettre en place, en Suisse également, un dispositif assurant que la réalité des conditions de travail, de la précarité de l'emploi ainsi que de leurs

---

6 GOLLAC M. & VOLKOFF S. (2006), La perception subjective du travail: rôle des identités de genre et des conditions d'emploi (quelques éléments d'analyse statistique), Centre d'études de l'emploi (CEE), Document de travail N° 69, octobre 2006, 22 p.

7 Le taux de chômage était, en 2007, de 3,6% (hommes: 2,9%, femmes: 4,5%) selon l'enquête suisse sur la population active (ESPA). Le gradient social dans l'exposition au chômage est semblable à celui repéré pour l'insécurité de l'emploi.

8 Cf. 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 ainsi que SERMET C. & KHLAT M, (2004), La santé des chômeurs en France: revue de la littérature, Rev Epidemiol Sante Publique, 2004, 52, 465-474

9 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, VIII, 142 p., ainsi que, pour une revue récente de la littérature, SIEGRIST J., BENACH J., MCKNIGHT A. AND GOLDBLATT P. (2010), Employement 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

impacts respectifs sur la santé deviennent visibles et l'objet de débats publics. Cela suppose, a minima, un système d'enquêtes régulières, permettant des vues d'ensemble comme des analyses relativement fines, garantissant un suivi et donc la possibilité de repérer des évolutions. C'est ce qui existe dans divers pays ainsi qu'au niveau européen[10].

Cela ne suffit cependant pas: l'implication directe des premiers concernés, les salariés, est une condition nécessaire pour appréhender ce que sont les conditions de travail, comme pour envisager leur changement. Les salariés ne sont pas les objets passifs d'expositions nocives pour leur santé. Ils sont des sujets qui, en permanence, ré-agencent partiellement les conditions qui leur sont faites. Epaulés par des professionnels (ergonomes, etc.), ils sont les mieux à même de faire apparaître ce qui fait que des conditions de travail sont des risques pour la santé. Ils ont aussi les ressources nécessaires à leur changement: par les pratiques professionnelles dont ils sont porteurs et qu'entravent souvent l'organisation du travail[11], par leur possible action collective, sans laquelle les rapports de force sociaux indispensables pour faire advenir d'autres formes de travail ne sauraient exister. Des démarches de type recherche-action engagées par des organisations syndicales font apparaître le potentiel, comme les difficultés, d'une telle approche[12].

2. Les conditions de travail qui portent atteinte à la santé ne sont pas une expérience individuelle, déterminée par les caractéristiques individuelles des personnes impliquées. C'est une réalité sociale, dont la dimension considérable transparaît dans les données de l'enquête suisse sur la santé. La littérature pointe deux mécanismes fondamentaux, se renforçant l'un l'autre, qui aggravent leur impact négatif: l'intensification du travail et la précarisation de l'emploi[13]. Le chômage de masse, à partir de la seconde moitié des années 70, a diffusé, au rythme des crises successives, l'expérience particulièrement déstructurante et toxique pour la santé de la précarité et de l'insécurité. Il a, simultanément, profondément et durablement modifié les rapports de force sociaux dans les entreprises et dans les sociétés dans leur ensemble, ouvrant les espaces pour une intensification ininterrompue du travail. L'intensification se traduit par un étiolement de l'autonomie au travail comme des soutiens collectifs sur lesquels on peut compter, d'une part, et par un accroissement des contraintes physiques et temporelles, d'autre part. Deux phénomènes qui se répercutent négativement sur la santé des salariés qui y sont exposés.

3. La crise économique qui a débuté en 2007/2008 a donné une nouvelle dimension tant au chômage et à la précarisation des emplois qu'aux restructurations d'entreprise[14]. Les politiques d'austérité extrêmement brutales[15] mises en place dans toute l'Europe, accompagnées de réformes structurelles des marchés du travail visant en particulier à faciliter les licenciements (comme en Espagne), vont en démultiplier l'impact négatif sur la santé de la

---

10 La première enquête nationale sur les conditions de travail en France a été menée en 1978. L'enquête longitudinale Whitehall II, menée en Grande-Bretagne afin d'approfondir l'analyse des liens entre conditions de travail et santé, a débuté au milieu des années quatre-vingt du siècle dernier. L'enquête européenne sur les conditions de travail a eu lieu la première fois en 1991; la Suisse n'a participé qu'à la quatrième édition, en 2005.

11 Cf. Clot Y (2010), Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, Parie, Ed. La Découverte

12 Cf. Théry L (2010), Le travail intenable. Résister collectivement à l'intensification du travail, Paris, La Découvert

13 Cf. NAVARRO V (2009), «What we mean by social determinants of health», Global Health Promotion, 2009, 16; 05

14 Benach J, Muntaner C, Chung H, Solar O, Santana V, Friel S, Houweling T, Marmot M (2010), The importance of government policies in reducing employment related health inequalities, BMJ 2010;340:c2154, doi: 10.1136/bmj.c2154 (Published 21 June 2010)

15 L'éditorialiste phare du Financial Times, Martin Wolf, qualifiait, le 22 juin 2010, le projet de budget annoncé par le nouveau gouvernement britannique de «bain de sang auquel personne n'était préparé». Cela peut, sans difficulté, être étendu à nombre de programmes d'austérité mis en place en Europe à partir du printemps 2010.

population, notamment en réduisant les prestations des systèmes de retraites[16], en affaiblissant la couverture sociale garantie aux personnes au chômage[17] ou en donnant un nouvel élan aux privatisations des services publics[18]. Il suffit de penser aux projets de réformes des assurances chômage, invalidité ou vieillesse et survivant pour comprendre que la Suisse n'est pas à l'abri.

4. Cette conjoncture renforce l'actualité de la réflexion sur les déterminants sociaux de la santé – dont un des principaux est le travail – portée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[19]: «L'inégalité en matière de santé est provoquée par la distribution inégale des revenus, des biens et des services et des chances qui en découlent de mener une vie prospère. Cette distribution inégale n'est en aucun cas un phénomène «naturel»; elle est le résultat de politiques qui placent les intérêts de quelques-uns au-dessus de ceux des autres – bien trop souvent d'une minorité riche et puissante au-dessus des intérêts d'une majorité privée de capacité d'agir.» Les questions posées par l'impact des conditions de travail et de la précarité de l'emploi sur la santé sont d'un autre registre que celles abordées par les programmes de «promotion de la santé» à l'échelle des entreprises, visant à réduire l'absentéisme ou à soigner l'image de marque. Elles touchent aux fondements de l'ordre économique et social dans lequel nous vivons. «Le fait que dans presque toutes les sociétés développées les personnes en bas de l'échelle sociale aient un taux de mortalité qui soit du double au quadruple de ceux qui sont en haut de l'échelle sociale nous donne un message passablement brutal au sujet de la nature de la société moderne», remarque Wilkinson[20]. La responsabilité sociale commande à la fois d'aider à rendre visible cette brutalité et de contribuer à l'action sociale visant à la faire reculer. Sans quoi, l'intérêt manifesté pour ces questions ressemblerait fort à des larmes de crocodile[21].

L'ENQUÊTE SUISSE SUR LA SANTÉ ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL

L'enquête suisse sur la santé (ESS) est une enquête en population générale réalisée tous les cinq ans par l'Office fédéral de la statistique. Les dernières données disponibles datent de 2007. L'ESS porte sur un échantillon représentatif de la population résidante permanente de la Suisse de 15 ans et plus, disposant d'un raccordement téléphonique et ne vivant pas dans des institutions (hôpitaux, établissements médico-sociaux, etc.). Elle fournit des informations sur l'état de santé, sur certains de ses déterminants (comportements, conditions de travail) et sur le recours aux services de santé.

Pour l'analyse des liens entre travail et santé, ont été prises en considération les personnes salariées, âgées entre 25 et 64 ans et travaillant à un taux d'au moins 20%. S'y ajoutent les

16 Cf. Westerlund H, Kivimäki M, Singh-Manoux A. et al. (2009), Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. Lancet 2009; published online Nov 9. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61570-1.

17 Bambra C. (2010), Yesterday once more? Unemployement and health in the 21st century, J Epidemiol Community Health, 2010; 64: 213-215

18 Virtanen M., Kivimäki M., Sing-Manoux A., Gimeno D., Shipley M. J., Vathera J., Akbaraly T. N., Marmot M. G., Ferrie J. E. (2010), Work disability following major organisational change: the Whitehall II study, Journal of Epidemiology and Community Health, 2010, 64, 461-464 et Ferrie J., Shipley M., Marmot M. G., Stanfeld S., Davey Smith G. (1998), The health effects of major organisational change and job insecurity, Social science and medicine, vol 46, 2, 243-254

19 OMS (2008): Combler le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: rapport final de le Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève

20 WILKINSON R. G. (1996), Unhealthy societies. The Afflictions of Inequality, Routledge, Londres

21 HEATH I. (2010), Life and Death. Crocodile tears for health inequality, BMJ 2010; 340: c2970

personnes déclarant être au chômage, pour l'analyse des associations entre insécurité de l'emploi et état de santé.

Conditions de travail

L'ESS permet une analyse des conditions de travail selon deux axes: les risques physiques et les risques psychosociaux.

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. Cinq variables correspondent 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 autres variables correspondent 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 en contact direct avec des matériaux potentiellement infectieux tels que des déchets, des fluides corporels, du matériel de laboratoire, etc.». Enfin trois variables correspondent 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». Un indicateur «risques physiques» a été créé sur cette base, sommant les expositions, durant le quart du temps au moins, à ces 13 risques.

Risques psychosociaux. L'ESS contient six questions dont les formulations sont très proches du questionnaire de Karasek[22] et qui couvrent les trois axes de ce dernier. Deux se rapportent à l'axe de la demande psychologique: «au travail, je dois être constamment très concentré» et «vous avez assez de temps pout terminer votre travail». Trois renvoient 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, enfin, s'inscrit dans l'axe du soutien social: «vous pouvez recevoir l'aide de vos collègues si vous le demandez». Un indicateur «risques psychosociaux» a été créé, cumulant les expositions à ces six risques. Le questionnaire de Karasek complet est composé de 26 questions, neuf pour la dimension de la demande psychologique, neuf pour celle de la latitude décisionnelle et huit pour celle du soutien social. Cela signifie que la mesure des risques psychosociaux faite sur la base de l'ESS est partielle et sous-estime leur ampleur réelle. Dans le modèle de Karasek, 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. D'autres dimensions importantes des conditions de travail, comme le temps de travail et les

[22] Cf. KARASEK R. & THEORELL T. (1990): Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life, Basic Books

horaires atypiques, les tensions liées aux contacts avec le public ou encore les conflits de valeur ne sont pas appréhendées par l'ESS, qui n'est pas une enquête sur les conditions de travail.

Les indicateurs de santé

Trois indicateurs synthétiques de l'état de santé ont été mobilisés. *La santé auto-évaluée*. Elle correspond à la question: «Comment est votre santé en général?». Les réponses «moyenne», «mauvaise» et «très mauvaise» sont regroupées sous le label de «santé auto-évaluée pas bonne». De nombreuses études épidémiologiques ont montré que la santé auto-évaluée est un bon indicateur de l'état de santé général et qu'il a un bon pouvoir prédictif en termes de mortalité. *Les 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. *La 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 ayant, sur une période de quatre semaines, des symptômes suffisamment nombreux ou intenses pour être classée dans un groupe probablement à risque de présenter un problème psychologique plus sérieux.