

Santé et travail

Bibliographie thématique

Mars 2018

Centre de documentation de l'Irdes

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses/sante-et-travail.pdf

Sommaire

<i>Introduction : Travail et santé / Santé et Travail : des liens de causalité multidirectionnels</i>	3
<i>L'impact des conditions de travail sur l'état de santé.....</i>	4
FOCUS : LES ENQUETES MENEES EN FRANCE POUR MIEUX APPREHENDER L'IMPACT DES CONDITIONS DE TRAVAIL SUR LA SANTE.....	4
DE L'ETUDE GENERALE DE LA SANTE AU TRAVAIL A LA PROBLEMATIQUE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	5
<i>Études françaises</i>	5
Ouvrages.....	5
Articles.....	13
Rapports	40
<i>Etudes étrangères</i>	51
Ouvrages.....	51
Articles.....	52
Rapports	56
<i>L'impact de l'état de santé sur la situation au travail.....</i>	59
FOCUS SUR UNE PATHOLOGIE : CANCER	59
<i>Etudes françaises</i>	60
<i>Etudes internationales</i>	69
QUELQUES ETUDES CONCERNANT D'AUTRES PATHOLOGIES EN LIEN AVEC LE TRAVAIL	83
<i>Etudes françaises</i>	83
Ouvrages / rapports	83
Articles.....	86
<i>Etudes internationales</i>	89
Ouvrages / rapports	89
Articles.....	91
<i>Impact de la conjoncture économique, l'insécurité économique et le chômage sur l'état de santé : une relation procyclique</i>	95
FOCUS : CHOMAGE.....	95
ETUDES FRANÇAISES	95
ETUDES INTERNATIONALES	104
<i>Pour poursuivre la recherche.....</i>	123

Introduction : Travail et santé / Santé et Travail : des liens de causalité multidirectionnels

L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur le thème « Santé et travail ». Il sera question tout à la fois de la santé, des conditions de travail, du fonctionnement de l'entreprise. Cette bibliographie aborde les deux sens de la causalité entre état de santé et travail, à travers les études de l'impact des conditions de travail sur la santé et de la santé sur la situation au travail.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases suivantes : Base bibliographique de l'Irdes, Banque de données santé publique (BDSP), Medline et Econlit.

Lorsque les requêtes de recherches rapportaient plus de 1 000 références dans la littérature scientifique notamment anglo-saxonne, la sélection s'est orientée vers les revues de la littérature (review, systematic review, literature review, et les documents accompagnés de résumé.

Les références bibliographiques sont classées par date, puis par ordre alphabétique d'auteurs.

L'impact des conditions de travail sur l'état de santé

FOCUS : LES ENQUETES MENEES EN FRANCE POUR MIEUX APPREHENDER L'IMPACT DES CONDITIONS DE TRAVAIL SUR LA SANTE

Depuis les années 1970, la question des conditions de travail a suscité de nombreux travaux et enquêtes dans diverses disciplines, favorisant la connaissance des liens entre itinéraire professionnel et santé.

Les principales enquêtes sur les conditions de travail

- *L'enquête Conditions de travail* existe depuis 1978 et est renouvelée environ tous les sept ans (1984, 1991, 1998, 2005, 2013). Responsable : DARES

Les principaux objectifs de l'enquête sont de décrire et d'analyser les situations de travail des actifs occupés, en particulier les horaires et l'organisation du temps de travail, l'organisation et le contenu du travail, les contraintes et pénibilités, les accidents du travail.) Dans le domaine des risques professionnels, elle permet d'une part de connaître l'évaluation qu'en font les salariés eux-mêmes pour ce qui concerne les risques physiques, d'autre part de repérer les facteurs de risque liés à l'organisation du travail (contraintes de rythme du travail, pression temporelle, soutien social au travail).

- *L'enquête COI « Changement Organisationnel et Informatisation »* (1997, 2006) . Responsable : DARES en partenariat avec le CEE

Menée dans industries et certains secteurs de service, elle décrit de façon précise l'organisation du travail des salariés et l'usage qu'ils font des technologies de l'information et de la communication(TIC). Couplée avec une enquête auprès des entreprises qui emploient ces salariés, COI donne une vision plurielle des conditions de travail.

- *L'enquête SUMER « Surveillance Médicale des [expositions aux] risques professionnels »* (1994, 2003, 2010). Responsable : DARES

Elle fournit une évaluation des expositions aux risques professionnels, de leur durée et des protections collectives ou individuelles mises en place par les entreprises. En 2002, un auto-

questionnaire sur la perception du travail par les salariés ainsi que sur les accidents du travail, absences pour maladie, atteintes à la dignité et état santé général a été introduit.

- L'enquête SIP « Santé et itinéraire professionnel » (2007-2010). Responsable : DARES en partenariat avec la DREES

Cette enquête prend en compte les enchaînements successifs de situations d'emploi mais aussi de chômage. Elle explore donc la population générale les dynamiques de santé liées aux caractéristiques des parcours professionnels et des conditions de travail.

- L'enquête décennale santé de l'INSEE. Pour la vague 2002-03, elle interroge les actifs et les retraités sur leurs conditions de travail.

Autre source d'informations : la base de données Hygie de l'Irdes permet, à partir des données médico-administratives, d'avoir des informations sur les arrêts de travail, les consommations de soins associés, les contextes individuel et professionnel des salariés. :

<http://www.irdes.fr/recherche/partenerariats/hygie-systeme-d-information-sur-les-indemnitees-journalieres/actualites.html>

Sources

- (2015). Dares : [catalogue des enquêtes réalisées par la DARES](#).

- Bué J., Hamon-Cholet S. (2006). Présentation des enquêtes sur les conditions de travail menées en France depuis 1978. In: Santé, Société et Solidarité, n°2, pp. 139-142.

-Buée J., et al. (2007). [Conditions de travail : les enseignements de 20 ans d'enquêtes](#). Toulouse ; Octares Editions.

Voir aussi : Barnay T., Coutrot T., de Saint-Pol T. (2016) Santé et itinéraire professionnel : contexte et genèse d'une enquête. Economie et Statistique, n°486-487.

DE L'ETUDE GENERALE DE LA SANTE AU TRAVAIL A LA PROBLEMATIQUE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Études françaises

Ouvrages

(2016). Santé et bien-être des salariés, performance des entreprises. Chiffres clés des études 2015. Paris : Malakoff Médéric

Le rapport 2015 présente les principaux résultats de trois grandes études de référence réalisées par Malakoff Médéric en 2015 : 7ème étude Santé et bien-être au travail ; étude Absentéisme (4e édition) ; étude "Regards croisés" auprès des dirigeants et des salariés (1ere édition).

Thebaud-Mony, A., et al. (2015). [Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner](#), Paris : Editions de la Découverte

Depuis les années 1990, les conditions de travail se sont peu à peu imposées dans le débat social. Néanmoins, la situation reste critique. Les risques traditionnels n'ont pas disparu : les manutentions lourdes, l'exposition professionnelle aux cancérogènes, au bruit ou aux vibrations demeurent répandues... De plus, certaines « améliorations » n'ont fait que déplacer et dissimuler les problèmes, telle l'externalisation des risques grâce à la sous-traitance. Dans le même temps, les transformations du travail et des modalités de gestion de la main-d'œuvre ont fragilisé les collectifs et accru l'isolement des salariés, conduisant à une montée visible de la souffrance psychique. Face à ces évolutions, il est plus que jamais nécessaire que tous les acteurs concernés, en particulier les salariés eux-mêmes et leurs représentants, s'approprient les connaissances indispensables pour améliorer la protection de la santé sur les lieux du travail. Tel est le but de ce livre, qui renouvelle intégralement sa première édition de 1985, laquelle avait fait date. Trente ans après, cette refonte s'imposait : cet ouvrage présente de manière accessible à un large public les connaissances les plus récentes sur les risques du travail, dans tous les secteurs. Mobilisant une équipe internationale de spécialistes et prenant en compte des expériences conduites dans de nombreux pays, il constitue à la fois une référence incontournable pour réfléchir à l'avenir de la prévention et un outil pratique proposant des pistes d'action.

Marquie, J. C. coord. et Amauger-Lattes, M. C. (2014). Pénibilité et santé : les conditions de l'effort soutenable au travail, Toulouse : Octarès Editions

Pourquoi s'intéresser à la pénibilité ? Le mot est aujourd'hui à la mode et dans toutes les bouches, mais qu'apporte-t-il de plus (ou éventuellement qu'occulte-t-il ?) à côté de tous les autres concepts qui renvoient aux effets défavorables du travail sur le bien-être et la santé (stress, souffrance au travail, insatisfaction ou malaise au travail, surcharge, usure, préjudice, risques psychosociaux...) ? Le regain d'intérêt pour cette notion de pénibilité à l'occasion de la réforme des retraites et la place centrale qui lui est faite dans le débat social actuel obligent les chercheurs à se positionner à son égard. Il s'agit de savoir comment la notion de pénibilité est utilisée dans les divers champs disciplinaires qui s'intéressent à la santé au travail, avec quels cadres théoriques et quelles méthodologies. Cela doit non seulement permettre de clarifier le débat public mais doit aussi conduire à établir des passerelles entre les disciplines abordant ces questions de manière trop souvent parallèle. C'est dans cet objectif que des chercheurs toulousains de différentes disciplines (sociologie, sciences de la communication, psychologie, sciences du management, droit, ergonomie, épidémiologie, médecine), mais ayant en commun le domaine de la santé au travail, se sont réunis en séminaire, dans le cadre de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), depuis 2010. Ils livrent ici le regard qu'ils portent sur cette question, avec des points de vue différents mais complémentaires (4e de couverture).

(2013). Le stress des professionnels de la santé et du social en France, Paris : Staffsanté

Charge de travail, contexte émotionnel : une enquête menée en fin d'année 2012 auprès de 910 professionnels du secteur de la santé et du social par Staffsanté.fr et Staffsocial.fr pointe l'important niveau de stress ressenti par les infirmières. Sur une échelle de 1 à 10, les infirmières évaluent leur stress au travail à 7,2, contre 6,4 pour les aides-soignantes et 6,8, en moyenne, pour l'ensemble des professionnels de santé interrogés.

(2012). Stress au travail et infarctus : un lien confirmé, Paris : INSERM
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60994-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60994-5/fulltext)

Les dernières études sur lien entre la survenue d'accidents cardiovasculaires ischémiques et le stress au travail ont été confrontées à de nombreux biais (méthodologie employée, définition du "stress" au travail et nombre de cas étudiés) modifiant la valeur du risque obtenu. Pour en savoir plus, des chercheurs français de l'Inserm et de l'université Versailles Saint Quentin participent à un grand consortium européen appelé IPD-WORK Consortium, regroupant treize cohortes en population en Europe. Aujourd'hui, les chercheurs confirment, par une analyse à grande échelle sur près de 200 000 individus en Europe, l'association entre le stress au travail et la survenue d'accidents cardiovasculaires. Les personnes exposées au stress auraient un risque de 23% plus élevé que celles qui n'y sont pas exposées de faire un infarctus.

Beuret-Siess, R., et al. (2012). Le travail contre la santé ?, Paris : L'Harmattan

Cet ouvrage collectif propose des éléments de réponse et des pistes de réflexion sur deux problématiques majeures : la santé au travail et la place des seniors dans les sphères professionnelles. Quels sont les enjeux de la santé au travail ? Du travail sur la santé ? Comment analyser les changements de la gestion du travail et des ressources humaines apparus au cours des dernières décennies ? Peut-on faire un lien entre ces nouveaux modèles de management et l'augmentation des pathologies psychiques ? En quoi l'emploi des seniors va devenir une problématique incontournable ces prochaines années ? Pourquoi les seniors restent-ils perçus négativement dans les sphères professionnelles ? Cet ouvrage s'est attaché à répondre à ces questions en proposant un état des lieux sur la santé au travail, ses conséquences économiques, politiques, sanitaires et sociales ainsi que sur les particularismes associés aux seniors (d'après 4ème de couv).

Dedessus-Le-Moustier, N. coor. et Douguet, F. coor. (2012). La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques, Paris : Editions Tec & Doc – Lavoisier

La question de l'impact du travail sur la santé préoccupe un public de plus en plus large et s'inscrit au cœur du débat social. L'importance médiatique d'un certain nombre de sujets de santé au travail participe sans doute de cette évidence. Ce qui ressort de ce qu'on appelle les nouveaux risques ou les risques émergents n'est cependant pas toujours aussi récent qu'il n'y paraît. Les travaux portant notamment sur le stress ou le harcèlement moral au travail ont été développés depuis plusieurs années. Des chercheurs issus de diverses disciplines ont été conviés à croiser leur regard sur cet objet commun. Convoquant tour à tour, le droit, la médecine, la sociologie, la psychologie, l'ergonomie, l'économie, l'histoire, la gestion ou encore la science politique, cet ouvrage propose une analyse renouvelée des risques professionnels. Il s'articule autour de quatre parties à la fois transversales et complémentaires : les facteurs d'évolutions des conditions de travail et de la santé au travail, les nouveaux risques pour la santé physique et mentale, la gestion des risques dans le cadre professionnel, les réponses de l'action publique.

Molinie, A., et al. (2012). La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail, Toulouse : Octarès Editions

Le thème de cet ouvrage est au cœur de l'actualité, compte tenu des changements démographiques et des transformations rapides dans le monde du travail. Les « seniors » sont de plus en plus nombreux dans les entreprises et les administrations, mais aussi de plus en plus nombreux à quitter la vie active. C'est une tendance marquée, durable, quelles que soient les hypothèses d'âge de départ. L'arrivée de « nouveaux » est elle aussi de plus en plus fréquente, pour remplacer des départs en retraite ou du fait d'une accélération des

mobilités. Or, dans le même temps, le monde du travail se transforme, privilégiant à la fois la rationalisation et la réactivité. Les espaces de liberté, les possibilités d'anticiper, de s'organiser individuellement et collectivement, diminuent. Les temps non immédiatement productifs sont réduits, tels ceux consacrés à la formation et aux apprentissages, à l'accueil des nouveaux, aux échanges entre collègues. Ce livre invite à saisir le « fil de l'âge » pour proposer des repères, théoriques et pratiques, afin de comprendre ces transformations dans le travail et les parcours professionnels, et leurs enjeux, souvent préoccupants, en termes de santé au travail et d'expérience. Sur l'apprentissage, le développement des compétences, les ressources que peut - ou non - constituer le collectif, la santé au travail en fin de vie active, il existe des connaissances, des expériences, des pistes d'action, pour prendre en compte la diversité de la population et porter attention aux différents temps de la vie professionnelle. Les réflexions et les expériences que présente ce livre collectif sont étroitement liées aux problématiques et recherches développées depuis une vingtaine d'années au sein du Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail (Créapt) (4e de couverture).

Guillemin, M. et Goelzer, B. (2011). Les dimensions insoupçonnées de la santé au travail, Paris : l'Harmattan

Il faut dénoncer cette pollution qui ronge le travail - pourtant pilier de notre société - que sont les dérives actuelles : déni des réalités (cancers, dépression, suicide) qui va de pair avec le mépris de la personne, de ses besoins, de ses attentes. Il faut aussi réaliser que les "bourreaux" (managers, décideurs..) sont eux-mêmes prisonniers des impératifs de l'économie, eux-mêmes "victimes" tant ils sont eux aussi soumis à des rythmes effrénés. Ce livre dresse un état des lieux sur la question (Résumé de l'éditeur).

Sermet, C. (2011). État de santé des travailleurs indépendants selon le secteur professionnel. Stress au travail et santé : situation chez les indépendants., Paris : INSERM: 83-97.

Ce chapitre fait le point sur les connaissances en matière d'état de santé des travailleurs indépendants. Différents indicateurs directs ou indirects de santé sont explorés : mortalité, santé perçue, maladies chroniques, accidents du travail, arrêts de travail, facteurs de risque. La première partie du chapitre est consacrée à l'état de santé de cette population, indépendamment des problèmes de santé liés au travail. Une deuxième partie tente ensuite d'approcher les maladies et les risques professionnels spécifiques des indépendants.

(2010). Quel est l'état de santé des salariés en France en 2010 ? 3e édition de l'enquête nationale Santé en Entreprise. Paris : Malakoff Médéric

L'enquête de Malakoff Médéric repose sur une approche globale de la santé en entreprise. À la base, un constat : les déterminants de la santé au travail ne résident pas seulement dans l'état de santé d'un salarié (état physique, douleurs perçues, maladies chroniques et handicap, Indice de Masse Corporelle) ou son hygiène de vie (risque nutrition, manque d'activité physique et de sommeil, manque de suivi de la santé, addictions). Ils recouvrent également les composantes liées au travail et au métier (pénibilité, tension au travail, pression psychologique), à l'environnement personnel du salarié (état psychologique, charge de vie, problèmes financiers) et également à l'insertion sociale (isolement, fragilité psychologique, manque de confiance en l'avenir). Ils doivent donc être appréhendés sous un angle global, conciliant vie professionnelle et vie personnelle. La force de ce dispositif réside également dans le travail statistique approfondi qui évalue l'impact potentiel de chacun de ces déterminants sur l'engagement des salariés pour leur travail (volonté de bien faire) et leur présence. (résumé des auteurs)

Steiller, D., et al. (2010). Éloge du bien-être au travail, Paris : Presses Universitaires de France

Comment peut-on en arriver à se suicider à cause des conditions de travail ? Comment redonner du sens au travail, individuellement et collectivement ? Comment réussir à passer de l'entreprise, lieu de souffrance et de profits à court terme, à l'entreprise, lieu de bien-être et de performance durable ? Et si le bien-être était perçu différemment ? Si, au lieu de n'y voir qu'une reproduction idéalisée d'un paradis perdu, nous pouvions y voir la capacité plus réelle de vivre sereinement dans le chaos journalier ? Si le bien-être était moins dans l'obtention d'un "toujours plus" que dans notre capacité à faire face aux situations avec ce qui est à notre disposition ? À partir de l'analyse des difficultés et des souffrances de la vie professionnelle, de la compréhension du mécanisme selon lequel des hommes et des femmes peuvent en arriver à se donner la mort, les auteurs montrent qu'il est possible de mettre en place une nouvelle façon de gérer les dysfonctionnements et d'inventer un nouveau type de management. Ce type de management, garant des conditions de bien-être et de performance, est dénommé slow management (4e de couverture).

Trontin, C., et al. (2010). Le coût du stress professionnel en France en 2007, Paris : INRS

L'institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) publie son rapport d'étude sur le stress professionnel en France, en 2007. Pour évaluer ce coût, l'INRS a adopté une approche macroéconomique, en combinant agrégats économiques et études épidémiologiques portant sur les risques de développer des pathologies en lien avec le stress. Les chiffres obtenus, qui intègrent les dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés, portent à 2 - 3 milliards d'euros le coût du stress au travail pour la nation. Les auteurs soulignent que cette évaluation est une évaluation à minima, sachant notamment qu'un seul facteur de stress a été pris en compte pour l'étude, le « job strain », c'est-à-dire les situations de travail combinant une forte pression subie et une absence d'autonomie dans la réalisation du travail. De plus, les auteurs ont retenu pour l'étude seulement les pathologies liées au stress qui ont fait l'objet de nombreuses études, telles que les maladies cardiovasculaires, la dépression et certains troubles musculosquelettiques. Enfin, les auteurs indiquent que l'étude ne tient compte que de la perte de richesse pour la société, alors que les coûts pour l'individu, en particulier s'agissant de la souffrance subie, sont très importants.

Barnay, T. éd. et Legendre, F. éd. (2009). Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection sociale, Paris : L'Harmattan

En contribuant pleinement à la stabilisation macro-économique, le « modèle social français » semble être réhabilité avec la crise financière et la récession économique. Pourtant, la Commission européenne en appelait récemment à « moderniser les systèmes de protection sociale » afin notamment de rendre « l'emploi financièrement plus attrayant » comme si la protection sociale était devenue l'ennemie de l'emploi. Le lecteur trouvera dans ce premier tome 23 contributions issues des XXIXe Journées de l'Association d'Économie Sociale qui apportent un éclairage nouveau et original sur les liens entre emploi et politiques sociales et qui abordent les trois thèmes suivants : Santé, travail et emploi ; Emploi des seniors et avenir de la protection sociale.

Benallah, S. et Narcy, M. (2009). Les caractéristiques du travail sont-elles déterminantes dans le choix de l'âge de la retraite en Europe ? Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection sociale., Paris : L'Harmattan : 167-180

L'objet de cet article est d'évaluer, au sein de plusieurs pays européens, les facteurs déterminants de l'âge de départ à la retraite qu'envisagent les travailleurs en s'intéressant plus particulièrement au rôle joué par les caractéristiques de leur travail.

Bouhia, R. (2008). Mourir avant 60 ans, le destin de 12 % des hommes et 5 % des femmes d'une génération de salariés du privé. France, portrait social. Edition 2008., Paris : Insee: 175-193,

L'étude présentée ici montre, à milieu social donné, c'est-à-dire en considérant des groupes de personnes dont les comportements sont a priori relativement homogènes, qu'il existe des disparités de mortalité précoce significatives selon la catégorie socioprofessionnelle détaillée mais aussi selon la taille de l'entreprise, le fait d'être ou non à temps complet et le secteur d'activité, ce qui suggère un lien avec les conditions de travail. Par exemple, les ouvriers non qualifiés ne présentent pas les mêmes risques de décès précoce selon leur spécialisation : 15,7 % des ouvriers non qualifiés de type artisanal à 36 ans nés entre 1940 et 1946 sont décédés avant 60 ans contre 13,8 % de ceux de type industriel. Pour les ouvriers et employés, les disparités de risques de décès entre catégories socioprofessionnelles sont encore plus marquées quand on prend compte les changements professionnels survenus après 36 ans tels que la promotion en tant que cadre ou profession intermédiaire ou l'arrêt complet de l'activité salariée. D'ailleurs, les professions où les risques de décès sont les plus élevés coïncident avec celles où les sorties de l'emploi salarié sont les plus nombreuses, ce qui laisse encore supposer un effet du métier sur l'état de santé. Enfin, la structure de mortalité féminine constitue un dernier indice témoignant de l'effet de la profession : les inégalités de mortalité entre catégories socioprofessionnelles détaillées y sont moins fortes que pour les hommes, ce qui pourrait résulter, surtout dans les anciennes générations étudiées ici, de leur moins grande présence sur le marché du travail.

Douguet, F. d. et Munoz, J. d. (2008). Santé au travail et travail de santé, Rennes : EHESP

Cancers, troubles musculo-squelettiques, dépressions, suicides? Ces dernières années, de nombreuses études ont rappelé les répercussions parfois néfastes du travail sur l'état de santé physique ou mental des individus. Pourtant, les risques pour la santé susceptibles d'être générés par les conditions de travail demeurent, dans l'ensemble, mal connus et sous-estimés dans notre pays. Au plan de l'action publique, on assiste à une timide évolution des modalités de définition, de reconnaissance et de réparation des accidents et maladies professionnelles. À l'échelle des entreprises, on peut s'interroger sur les modalités, les effets et les difficultés des politiques de prévention et de sécurité au travail. Comprendre les liens entre le travail et la santé implique l'analyse transversale des organisations, des politiques publiques, de l'activité concrète et des expériences privées et collectives. Quels sont les rôles des différents acteurs et institutions qui, en interaction, contribuent à la production de la santé au travail ? Quels sont les déterminants des décisions des employeurs ? Certaines formes d'organisation du travail ou de management facilitent-elles le traitement des contraintes ? Quels sont les effets propres de la capacité des individus et des collectifs à intervenir sur leur travail ? Fruit de la collaboration entre une quinzaine de chercheurs en sociologie, économie, histoire, psychologie, droit et gestion, cet ouvrage réunit un ensemble de contributions autour de ces questionnements.

Imbernon, E., et al. (2008). La santé au travail. Traité de santé publique., Paris : Médecine Sciences Flammarion: 180-188.

Fau-Prudhomot, P. P., et al. (2007). Age, santé au travail, Rouen : Editions PTC

Cet ouvrage est consacré aux problématiques de santé professionnelle en lien avec le vieillissement.

Gollac, M. et Volkoff, S. (2007). Les conditions de travail, Paris : La Découverte

Le travail change: changements techniques et organisationnels, changements dans les formes d'emploi et la gestion des carrières. Quelles sont les conséquences de ces évolutions sur la santé physique et mentale des salariés, au long de leurs parcours professionnels? Quels sont les principaux facteurs de diversité des conditions de travail, entre catégories sociales, entre grands secteurs de l'économie, entre les âges et les sexes? Va-t-on vers une amélioration des conditions de travail sous l'effet du progrès technique? Cette amélioration est-elle automatique ou nécessite-t-elle des stratégies de régulation ? Où se situent, aujourd'hui, les marges d'action? Pour améliorer les conditions de travail, faut-il vraiment envisager l'activité de chaque travailleur dans sa globalité et sa singularité? Cette nouvelle édition d'un ouvrage rédigé par deux spécialistes reconnus mobilise les dernières avancées de l'économie, de la sociologie, de l'ergonomie, de la psychologie et de la médecine, ainsi que les sources statistiques les plus récentes, pour apporter des éléments de réponse à ces questions (4e de couverture).

Margossian, N. (2006). Risques professionnels : caractéristiques, réglementation, prévention, Paris : Dunod

Cet ouvrage traite des différents risques professionnels rencontrés dans toutes les activités, industrielles ou de service, en donnant pour chacun le contexte, le cadre réglementaire et les mesures de prévention existantes, illustrées par des exemples sectoriels : définitions et caractéristiques des risques, accidents du travail et maladies professionnelles (réparation aux victimes, organisation de la prévention, ergonomie et conditions de travail) ; législation et réglementation du travail en matière de prévention, et normalisation de la sécurité ; risques mécaniques et physiques (bruit, vibrations, électricité, rayonnements ionisants et non ionisants) ; risques dus aux manutentions manuelles et mécaniques, à la circulation et au transport ; risques chimiques et biologiques ; risques du bâtiment et des travaux publics. Cette deuxième édition mise à jour tient compte des nouvelles directives européennes relatives aux risques professionnels. Cet ouvrage, destiné aux responsables sécurité, responsables opérationnels, chefs d'entreprise, ainsi qu'aux médecins du travail et CHSCT, offre une vision à la fois globale et pratique de la prévention des risques professionnels.

Askenazy, P. (2004). Les désordres du travail : enquête sur le nouveau productivisme. Paris : Le Seuil

Chaque jour en France, 2000 personnes sont victimes d'un accident du travail nécessitant une interruption d'activité. Le coût global cumulé des accidents et des maladies professionnels s'élève à 3 % de la richesse nationale, soit l'équivalent théorique de plus de dix jours fériés supplémentaires... Contrairement à une idée reçue, cette dégradation des conditions de travail ne s'explique que partiellement par une pression psychologique accrue (les pathologies physiques progressent en réalité plus vite que les pathologies psychiques). Elle est bien davantage le fruit du nouveau productivisme qui a présidé, depuis une vingtaine d'années, à la réorganisation des entreprises et à la désorganisation du travail. Philippe Askenazy démontre que, loin d'être une " fatalité économique ", cette situation constitue plutôt une aberration économique. Les moyens de la résoudre sans " grand soir " ni perte de performance ne sont pas hors de portée. Mais, en Europe et singulièrement en France, c'est l'inertie qui domine.

Coutrot, T. coord., et al. (2004). Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes, Toulouse : Editions Octarés

Depuis vingt ans, les enquêtes Conditions de travail, réalisées par l'Insee et le ministère du Travail (1978, 1984, 1991, 1998), mettent en lumière les conséquences des évolutions économiques et des politiques des entreprises sur les conditions de travail telles qu'elles sont vécues par les salariés. Elles constituent l'un des piliers du dispositif statistique d'observation du travail et de l'emploi. Cet ouvrage collectif propose une relecture synthétique des enseignements de ces enquêtes. Les contributions privilégient, à des degrés divers, trois types d'approches : l'éclairage longitudinal, qui met en évidence les tendances de longue période ; la réflexion méthodologique, éclairant l'apport spécifique de la statistique dans la connaissance des changements du travail ; l'approche thématique de domaines jusqu'ici peu explorés, comme les spécificités du travail des femmes, des salariés âgés, ou la diversité des conditions de travail entre les pays de l'Union européenne, comme les spécificités du travail des femmes, des salariés âgés, ou la diversité des conditions de travail entre les pays de l'Union européenne.

Lergeron, P. (2003). Le stress au travail, Paris : Editions Odile Jacob

Le stress prend aujourd'hui une multitude de formes. Souffrance psychologique, maladies psychosomatiques, absentéisme, baisse du rendement dans les entreprises : la facture est lourde. Comment le stress est-il devenu si destructeur ? Pourquoi cette fonction si utile à notre organisme est-elle inadaptée aux problèmes de notre quotidien professionnel ? Afin d'éviter que le travail ne nous entraîne vers la dépression ou l'épuisement, nous pouvons développer des stratégies efficaces. Pour faire du stress l'allié dont nous avons tous besoin. Patrick Légeron est psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne et dirige un cabinet de conseil aux entreprises sur les problèmes de stress (4e de couverture).

Menahem, G. (2000). Intensification du travail et santé : la balance entre plus d'efficacité et plus d'inégalités. Efficacité versus équité en économie sociale., Paris : L'Harmattan: 197-207.

La concurrence des entreprises entraîne un double mouvement d'intensification du travail et de flexibilisation de la main-d'œuvre destiné à augmenter la productivité des facteurs de production. Mais les progrès associés de l'instabilité et de l'insécurité des conditions de travail contribuent à creuser les inégalités de santé, d'où une moindre équité. (R.A.)

Thebaud-Mony, A. (2000). L'industrie nucléaire : sous-traitance et servitude, Paris : Editions Inserm

Chaque année, entre 20 et 30 000 travailleurs, intervenant en sous-traitance dans l'industrie nucléaire, sont directement affectés aux travaux sous rayonnements. Ces travailleurs, dits " extérieurs ", effectuent l'essentiel des tâches de maintenance des centrales et supportent plus de 80% de la dose collective annuelle d'irradiation reçue dans le parc nucléaire français. La question qui se pose est pourquoi les activités de maintenance, fondamentales pour la sûreté des installations nucléaires, sont-elles sous-traitées ? En s'appuyant sur les résultats d'une enquête qualitative menée auprès des différents acteurs concernés et, notamment, les travailleurs " extérieurs ", la démarche de sociologie de la santé au travail et des rapports sociaux exposée dans cet ouvrage analyse les raisons d'un tel choix et met en évidence les répercussions de celui-ci sur la santé et la sûreté. A la lumière des récits de ces salariés d'entreprises sous-traitantes, se dessinent les contours d'une division sociale du travail et des risques. Dans cette division du travail, le terme professionnel de " servitudes nucléaires " désigne certaines tâches de maintenance peu qualifiées mais indispensables à la réalisation

d'interventions importantes pour la sûreté des installations. Ce livre montre comment la sous-traitance du travail et des risques précarise la santé des travailleurs " extérieurs ", en même temps qu'elle rend difficile l'élaboration de connaissances sur les rapports entre le nucléaire et la santé. Il s'adresse à tous ceux qui voient la santé au travail comme un domaine à part entière de la santé publique (4e de couverture).

Articles

Beque, M. et Coutrot, T. (2018). "Risques psychosociaux : premiers résultats de l'enquête nationale." Santé & Travail(101)

L'intensité du travail, toujours élevée, est stable depuis 2013, comme le révèlent les premiers résultats de l'enquête "Conditions de travail et risques psychosociaux" publiés par la Dares au Ministère du travail. La charge mentale recule pour toutes les catégories de salariés, mais elle reste plus élevée pour les cadres et pour les femmes.

Greenan, N. et Seghir, M. (2018). "Quelle vulnérabilité des travailleurs européens face aux conditions de travail dégradées ?" Connaissance de l'emploi : Le 4 Pages du Ceet(138): 4.
[http://www.cee-](http://www.cee-recherche.fr/sites/default/files/webfm/MEDIA/comprese/communiqu%C3%A9_cde_138.pdf)

[recherche.fr/sites/default/files/webfm/MEDIA/comprese/communiqu%C3%A9_cde_138.pdf](http://www.cee-recherche.fr/sites/default/files/webfm/MEDIA/comprese/communiqu%C3%A9_cde_138.pdf)
Les mutations organisationnelles et technologiques engendrent des risques de dégradation des conditions de travail susceptibles d'affecter le bien-être et la santé des travailleurs. Le projet InGRID, financé dans le cadre du programme européen Horizon 2020 pour la recherche et l'innovation, développe de nouvelles méthodes pour mieux identifier les travailleurs qui font face à ces risques. À partir de données recueillies entre 1995 et 2015 pour les quinze pays fondateurs de l'Union européenne, ce 4-pages dresse le portrait des travailleurs les plus vulnérables au cumul de conditions de travail dégradées et illustre les différences entre pays européens. Si, dans l'ensemble, ces pays se caractérisent par des niveaux de vulnérabilité stables, certains, dont la France et la Belgique, observent une hausse constante de la vulnérabilité. De plus, les CDD, le travail indépendant et les petites entreprises (1 à 9 salariés) sont associés à une plus grande vulnérabilité des travailleurs.

Verkindt, P. Y. (2018). "Les conditions de travail et la santé au travail dans les ordonnances du 22 septembre 2017 : faut-il mouiller son mouchoir ?" Droit Social(1): 41-45.

L'examen de la place accordée à la question des conditions de travail dans les ordonnances du 22 septembre 2017 conduit à mettre en évidence le fait que si, elle apparaît explicitement dans quelques dispositions, son influence sur le droit du travail qui se profile à l'horizon, reste très incertaine.

(2017). "Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux ?" DARES Analyses(082)
<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/quelles-sont-les-evolutions-recentes-des-conditions-de-travail-et-des-risques>

Les premiers résultats de la dernière enquête « Conditions de travail » conduite en 2016 font état d'une stabilisation des contraintes de rythme de travail et d'une baisse de certaines contraintes psychosociales (charge mentale en diminution, horaires moins contraignants,

soutien social fort et stabilisation de la demande émotionnelle) qui s'accompagnent d'un recul des comportements hostiles. En revanche l'autonomie des salariés poursuit son recul. Les contraintes physiques sont globalement stabilisées à un niveau qui reste élevé.

Aziza-Chebil, A., et al. (2017). "Les changements organisationnels augmentent-ils les risques psychosociaux des salariés ? Une analyse sur données couplées." *Économie & prévision* **210**(1): 44.
<http://www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-2017-1-page-25.htm>

Cet article propose, à partir de l'enquête Changements Organisationnels et Informatisation 2006, une évaluation non paramétrique de l'impact des changements organisationnels ou technologiques sur les risques psychosociaux des salariés. La nature couplée de cette enquête permet de mesurer les changements au niveau salarié et entreprise. Les risques psychosociaux sont pris en compte en suivant une méthodologie recommandée par le rapport Nasse-Légeron et à sa suite le collège Gollac. Nous montrons que l'analyse de l'effet des changements organisationnels sur les risques psychosociaux n'est pas aisée et dépend de la matière dont ces changements sont mesurés. Ainsi, nous montrons qu'à moyen terme les changements organisationnels déclarés par les entreprises n'ont pas d'impact alors que ceux déclarés par les salariés ont un impact sur les risques psychosociaux.

Helardot, V. (2017). "La santé, variable d'ajustement de la précarité." *Santé & Travail*(100): 34-36.

La précarité de l'emploi oblige les salariés à opérer des arbitrages entre travail et santé, rarement favorables à cette dernière. Et si celle-ci est privilégiée, c'est souvent dans le cadre d'une sortie de l'emploi. Cette constatation relativise les vertus d'une flexibilité accrue.

Lengagne, P. (2017). "Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail. La tarification à l'expérience dans les systèmes d'assurance des risques professionnels." *Regards*(51): 51-61.
<https://www.cairn.info/revue-regards-2017-1-page-51.htm>
<http://en3s.fr/articles-regards/51/LENGAGNE.pdf>

Dans différents pays, des dispositifs visant à inciter financièrement les entreprises à améliorer la santé au travail sont mis en œuvre. En France, les contributions que les entreprises versent au titre de l'assurance des risques professionnels du Régime Général sont modulées selon leurs propres coûts ; ce mode de tarification devrait sensibiliser les employeurs à mettre en œuvre davantage de démarches de prévention des risques professionnels. Quelle est l'efficacité de ce mode de tarification en termes d'incitation des entreprises à la prévention ? Cet article propose un éclairage sur cette question en présentant, dans un premier temps, les spécificités de dispositifs qui existent dans plusieurs pays, afin d'appréhender les mécanismes incitatifs différents qui peuvent en résulter. Il présente ensuite une synthèse des résultats de travaux d'évaluation qui étudient l'influence de ces dispositifs en termes d'amélioration de la santé au travail. Ces travaux mettent en lumière les effets bénéfiques de ces dispositifs, tout en pointant dans le même temps l'existence d'effets potentiels non désirés.

Libault, D., et al. (2017). "Les risques professionnels." *Regards*(51): 11-212.
<http://www.cairn.info/revue-regards-2017-1.htm>

Au carrefour français des droits du travail et de la protection sociale, les risques professionnels composent un risque social en mouvement. Procédant d'une histoire maintenant assez longue, la prévention et la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles s'adaptent à l'évolution de leur nature et à l'apparition de nouvelles

menaces pouvant peser sur le travailleur. La santé au travail relève d'une priorité et de missions de services spécialisés, avec un souci d'extension des couvertures dans un monde du travail qui se transforme substantiellement. Au-delà de la tarification pour les entreprises et de l'évaluation des préjudices pour les victimes, les outils s'étendent pour promouvoir le bien-être, chercher à empêcher le dommage, maintenir en emploi. Ce fascicule fait le point sur l'actualité et les perspectives d'un domaine changeant en permanence. Les analyses historiques et juridiques sur la dynamique et l'actualité des risques professionnels se doublent d'ouvertures concernant les métiers et les innovations. Le dossier déborde le cas national pour évoquer les dimensions européennes et mondiales d'une thématique et de politiques dont l'ambition générale vise la préservation et l'amélioration de la santé (résumé de l'éditeur).

Langlois, P. (2017). "Pour une tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles fondée sur la prévention." Droit Social(3): 265-271.

Le mécanisme de la tarification des accidents du travail est strictement assurantiel. Il consiste, en substance, à faire supporter par les entreprises le poids du risque auquel elles exposent leurs salariés, sans véritable prise en considération des mesures de prévention qu'elles ont pu mettre en place. Ce mécanisme garantit l'équilibre financier de la branche des accidents du travail qui, ainsi, n'est jamais déficitaire. Mais ce dispositif est inadapté à l'heure où la place de la prévention devrait être centrale. Il est donc temps de repenser la tarification des accidents du travail. Telle est la problématique de cet article.

Niedhammer, I., et al. (2017). "Working conditions in the explanation of occupational inequalities in sickness absence in the French SUMER study." Eur J Public Health. **27**(6) :1061-1068

Background: Explanations of social inequalities in sickness absence are lacking in the literature. Our objectives were to evaluate the contribution of various occupational exposures in explaining these inequalities in a national representative sample of employees. : The study was based on the cross-sectional sample of the SUMER 2010 survey that included 46 962 employees, 26 883 men and 20 079 women. Both sickness absence spells and days within the last 12 months, as health indicators, were studied. Occupation was used as a marker of social position. The study included both psychosocial work factors (variables related to the classical job strain model, psychological demands, decision latitude, social support and understudied variables related to reward, job insecurity, job promotion, esteem, working time/hours and workplace violence) and occupational exposures of chemical, biological, physical and biomechanical nature. Weighted age-adjusted Poisson and negative binomial regression analyses were performed. Strong occupational differences were found for sickness absence spells and days and for exposure to most work factors. Psychosocial work factors contributed to explain occupational differences in sickness absence spells, and the contributing factors were: decision latitude, social support, reward, and shift work and workplace violence. Physical exposure, particularly noise, and biomechanical exposure were also found to be contributing factors. Almost no work factor was found to contribute to occupational differences in sickness absence days. : Preventive measures at the workplace oriented towards low-skilled occupational groups and both psychosocial work factors and other occupational exposures may be beneficial to reduce sickness absence spells and occupational differences in this outcome.

Barnay T., et al. (2016). «L'effet des contraintes physiques du travail sur les maladies cardiovasculaires chez les femmes. Enquête Santé et itinéraire professionnel, vagues 2006 et 2010, France. ». Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (7-8)

Introduction : en France, les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent la première cause de mortalité chez les femmes. Le rôle du milieu professionnel dans l'apparition de ces pathologies est peu documenté. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'effet de l'exposition aux contraintes physiques du travail sur la déclaration de MCV chez les femmes.

Euzenat, D. et Morteza pouraghdam, M. (2016). "Les changements d'organisation du travail dans les entreprises : quelles conséquences sur les accidents du travail des salariés ?" Économie Et Statistique (486-487): 129-147.

Cet article étudie l'influence de l'introduction, au sein des entreprises, des nouvelles formes d'organisation du travail, souvent inspirées du toyotisme (production en juste-à-temps, équipes autonomes de travail...) sur le risque d'accidents du travail des salariés. Dans ce but, il estime, sur l'enquête française COI (Changements organisationnels et informatisation) dédiée à ce sujet et appariée avec les données administratives sur les accidents du travail, un modèle de données de comptage en panel à effets fixes sur les années 2003 et 2006.

Le Clainche, C. (2016). "Analyser les liens entre la santé et le travail : le point de vue d'un économiste." Sciences Sociales Et Sante **34**(1): 65-76.

Mauroux, A. (2016). "Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail." Synthèse Stat' (Dares)(22)
<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/synthese-stat-synthese-eval/article/chiffres-cles-sur-les-conditions-de-travail-et-la-sante-au-travail>

Les conditions de travail d'un emploi renvoient aux aspects matériels (contraintes physiques, moyens de travail, conditions sanitaires, exposition à des substances dangereuses, etc.), organisationnels (organisation du temps de travail, rythme de travail, autonomie et marge de manœuvre, etc.) et psychosociaux (relations avec les clients, la hiérarchie et les collègues, conflits de valeurs, satisfaction et difficultés au travail, etc.) dans lesquels le travailleur exerce son activité. Les conditions de travail peuvent avoir des conséquences sur les risques d'accidents, mais aussi sur le développement de maladies professionnelles ; de façon plus générale, la qualité de vie au travail favorise la construction de la santé physique et mentale des personnes en emploi. Deux approches sont possibles pour examiner les liens entre travail et santé. La première examine les conditions de travail, les expositions professionnelles (pénibilité, risques psychosociaux) et les atteintes liées au travail (accidents du travail, maladies professionnelles reconnues ou limitations perçues par les salariés). La seconde appréhende les conséquences des troubles de santé et des handicaps sur l'insertion professionnelle des personnes. Ce fascicule regroupe les chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail en France, ainsi que des éléments sur l'activité des personnes handicapées ou en situation de handicap.

Niedhammer, I., et al. (2016). "Contribution of working conditions to occupational inequalities in depressive symptoms: results from the national French SUMER survey." Int Arch Occup Environ Health **89**(6): 1025-1037.

OBJECTIVES: Social inequalities in mental health have been observed, but explanations are still lacking. The objectives were to evaluate the contribution of a large set of psychosocial work factors and other occupational exposures to social inequalities in mental health in a national representative sample of employees. METHODS: The sample from the cross-sectional national French survey SUMER 2010 included 46,962 employees: 26,883 men and 20,079 women. Anxiety and depression symptoms were measured using the Hospital Anxiety

and Depression scale. Occupation was used as a marker of social position. Psychosocial work factors included various variables related to the classical job strain model, psychological demands, decision latitude, social support, and other understudied variables related to reward, job insecurity, job promotion, esteem, working time/hours, and workplace violence. Other occupational exposures of chemical, biological, physical, and biomechanical nature were also studied. Weighted age-adjusted linear regression analyses were performed. RESULTS: Occupational gradients were found in the exposure to most psychosocial work factors and other occupational exposures. Occupational inequalities were observed for depressive symptoms, but not for anxiety symptoms. The factors related to decision latitude (and its sub-dimensions, skill discretion, and decision authority), social support, and reward (and its sub-dimensions, job promotion, job insecurity, and esteem) contributed to explain occupational inequalities in depressive symptoms. Decision latitude played a major role in the explanation. Workplace violence variables contributed among men only. Other exposures of physical and biomechanical nature also displayed significant contributions. CONCLUSIONS: Comprehensive prevention policies at the workplace may help to reduce social inequalities in mental health in the working population.

Von Lennep, F., et al. (2016). "Santé et itinéraire professionnel : état de la connaissance et perspectives." Dossiers Solidarité et Santé(73)

L'enquête Santé et itinéraire professionnel interroge les relations entre emploi, conditions de travail et santé dans leur dimension diachronique. La première session de cet ouvrage est dédiée aux déterminants professionnels de l'état de santé et des comportements à risque. La seconde session s'intéresse tout particulièrement à la santé mentale en lien avec le travail et l'emploi. La troisième session traite des questions d'inégalités. Enfin la table ronde tenue lors du colloque a permis un échange sur les pistes d'actions pour préserver la santé au travail à la lumière des enseignements des travaux présentés. Ce document de synthèse restitue la trame des interventions et échanges qui ont rythmé la journée.

Wolff, L. et Mardon, C. (2016). "Changer de conditions de travail. pour le meilleur ou pour le pire ?" Santé et travail(93): 42-45.

Au fil des dernières décennies, les changements de conditions de travail sont devenus de plus en plus fréquents et de moins en moins favorables à la santé. Cet article présente l'analyse d'une nouvelle exploitation de l'enquête Santé et Itinéraire professionnel

Bruno, A. S., et al. (2015). "Pénibilité : un compte à rendre ?" Retraite Et Société(72)

Le « compte personnel de prévention de la pénibilité », décidé lors de la réforme des retraites de 2014, entre à présent en vigueur. Ce nouveau dispositif a suscité nombre de débats et réflexions sur le contenu de la notion « pénibilité », le bien-fondé de sa prise en considération par les systèmes de retraite, la faisabilité ou les difficultés d'évaluation des expositions aux facteurs de pénibilité, les évaluations possibles du nombre de personnes concernées...En réunissant des connaissances et des travaux menés dans différentes disciplines (histoire, droit, ergonomie, statistique, économie...), ce dossier a pour objectif d'enrichir la compréhension des enjeux du C3P, qu'il s'agisse du « compte » lui-même ou de sa place dans les politiques sociales.

Coutrot, T. et Sandret, N. (2015). "Pilotage du travail et risques psychosociaux au travail." DARES Analyses: 10.

Selon l'enquête Sumer 2010, un tiers des salariés n'ont ni entretien individuel d'évaluation, ni objectifs chiffrés. L'entretien individuel d'évaluation fondé sur des critères "précis et mesurables" mais sans objectifs chiffrés concerne, quant à lui, 20% des salariés. Ces derniers déclarent plus souvent que les premiers bénéficier d'autonomie et de soutien social de la part de leur hiérarchie ou de leurs collègues, et moins souvent ressentir des conflits éthiques ou de l'insécurité dans leur emploi.

Latil, F. (2015). "La pénibilité pour les nuls : quand la prévention au travail devient un risque économique." Santé Publique **27**(2): 195-198,

La loi du 20.1.2014 vient d'instaurer un compte pénibilité. Cette innovation vise à améliorer le statut des travailleurs affectés à des tâches pénibles en les orientant soit vers des horaires plus légers, soit par des reclassements, soit par des retraites anticipées. Si personne ne conteste l'incidence sur la santé des travaux pénibles, c'est l'abord de la solution qui pose problème. Il y a bien en effet jusqu'à 9 ans d'écart de vie sans invalidité entre un cadre supérieur et un ouvrier, mais les solutions envisagées sont riches en effets pervers. Les travailleurs peuvent avoir intérêt au maintien de la pénibilité pour préserver leur retraite anticipée. Les entreprises n'auront pas nécessairement l'envie ni les moyens d'investir dans la prévention, qui est la seule mesure indiscutable, si elles doivent financer aussi formation et retraite. Surtout, le compte pénibilité (CP) est très lourd à gérer pour les entreprises qui sont seules à financer le projet. De ce fait, leur productivité est mise en cause et peut entraîner des réactions telles que délocalisation des sièges sociaux, sous-traitance à des travailleurs détachés, suppression de postes par automatisation. Le chômage risque d'être le grand gagnant de la partie.

Algava, E. (2014). "Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés." DARES Analyses (049)

Entre 2005 et 2013, pour les salariés de France métropolitaine, les changements organisationnels ont repris et les contraintes de rythme de travail se sont accrues, après la relative stabilisation enregistrée entre 1998 et 2005. Cette intensification a été plus marquée dans la fonction publique que dans le secteur privé. L'usage de l'informatique dans le travail poursuit sa progression à un rythme rapide. D'ailleurs, le contrôle ou suivi informatisé du travail est la contrainte de rythme qui s'est le plus diffusée. Sur la même période, les marges de manœuvre tendent à se réduire pour toutes les catégories socioprofessionnelles, sauf pour les ouvriers non qualifiés. Les salariés signalent des possibilités de coopération plus importantes avec leurs collègues ou leur hiérarchie, ce qui est susceptible d'atténuer les effets de l'intensification. Néanmoins les tensions sont plus fréquentes avec les collègues ou les clients et usagers. De même, les salariés sont plus nombreux à vivre au travail des situations exigeantes sur le plan émotionnel (être en contact avec des personnes en situation de détresse, devoir calmer des gens) (résumé d'auteur).

Amira, S. et Ast, D. (2014). "Des risques professionnels contrastés selon les métiers." DARES Analyses (039)

Les conditions de travail des salariés sont très variables d'un métier à l'autre. Les résultats de l'enquête Sumer 2010 font notamment apparaître un clivage entre les métiers qui impliquent une forte demande psychologique et beaucoup de marges de manœuvre – tels les métiers de cadres – et ceux qui imposent des contraintes physiques importantes et exposent à des risques chimiques ou biologiques – tels les métiers d'ouvriers non qualifiés des industries de

process et de la manutention. Dans l'enquête, qui ne couvre pas les enseignants de la fonction publique, les tensions avec le public sont particulièrement fortes pour les professionnels de l'armée, de la police, les pompiers ainsi que pour les agents de gardiennage et de sécurité. Les ouvriers du BTP ou les coiffeurs et esthéticiens, sont soumis à des contraintes physiques ainsi qu'à des risques chimiques, mais bénéficient de soutien social et font état d'un vécu favorable de leur travail. Des métiers de la santé comme les aides-soignants, les infirmiers et les sages-femmes se déclarent particulièrement « sous pression ». Le travail « isolé » caractérise agriculteurs, viticulteurs et jardiniers mais aussi les aides à domicile, les aides ménagères et les agents d'entretien. Au total, sur le champ de l'enquête Sumer 2010, dix groupes de métiers peuvent être dégagés qui se différencient du point de vue des conditions de travail qui les caractérisent (résumé d'auteur).

Beque, M. (2014). "Les risques psychosociaux au travail - Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010." DARES Analyses(031)

Les risques psychosociaux au travail sont divers et peuvent affecter la santé physique et mentale des salariés, notamment en cas d'expositions multiples. Afin d'étudier cette question, l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), réalisée en 2010, permet de dresser une typologie des salariés selon les facteurs de risques auxquels ils sont ou non exposés. Six profils différents peuvent être distingués. Tandis que 28 % des salariés ne déclarent pas ou très peu de facteurs de risques, 19 % indiquent manquer de reconnaissance dans leur travail mais ne pas vraiment en souffrir. 16 % sont confrontés à de fortes exigences émotionnelles liées au contact avec le public mais bénéficient d'un soutien dans leur environnement professionnel, 15 % sont exposés à un travail exigeant et intensif, 13 % déclarent à la fois un manque de reconnaissance professionnelle et des relations de travail difficiles, et 9 % peuvent être qualifiés de surexposés car ils cumulent plusieurs facteurs de risque. Les moins exposés se déclarent plutôt en bonne santé, ce sont plus souvent des salariés âgés de 50 ans et plus, des ouvriers qualifiés et des professions de services directs aux particuliers. Ces salariés se disent en outre relativement peu exposés aux pénibilités physiques. À contrario, les salariés les plus exposés aux facteurs de risques psychosociaux et à leur cumul déclarent plus fréquemment une santé physique et mentale dégradée. Il s'agit plus souvent de jeunes, d'ouvriers non qualifiés ou d'employés, avec des contrats temporaires. Ils se disent davantage exposés aux contraintes physiques (résumé de l'éditeur).

Ceren, I. (2014). "Les facteurs de risques psychosociaux en France et en Europe. Une comparaison à travers l'enquête européenne sur les conditions de travail." DARES Analyses (100)

En 2010, les salariés en France déclarent une intensité du travail équivalente à la moyenne des 27 pays de l'Union européenne ; près des trois quarts respectent des normes de qualité précise, plus de la moitié réalisent des tâches complexes et plus d'un tiers travaillent dans des délais très courts. Toutefois, ils déclarent plus souvent être exposés, dans le cadre de leur travail, à un manque d'autonomie, à des exigences émotionnelles et à des conflits de valeurs. En France, les salariés font une distinction plus nette qu'ailleurs entre le temps professionnel et le temps extra-professionnel. Ils déclarent plus souvent que leurs horaires de travail s'accordent mal avec leurs engagements sociaux et familiaux (21 %), contrairement aux salariés au Danemark, aux Pays-Bas ou en Grande-Bretagne (respectivement 6 %, 9 % et 13 %). De même, 45 % des salariés en France parviennent difficilement à prendre une ou deux heures sur leur temps de travail afin de traiter des problèmes personnels ou familiaux, contre 15 % en Suède ou aux Pays-Bas. Relativement à la plupart des autres pays de l'Union, les rapports sociaux au travail, notamment avec la hiérarchie, apparaissent de moins bonne qualité en France. Près de 20 % des salariés déclarent n'être jamais ou rarement soutenus

par leur supérieur contre 6 % en Irlande, mais 30 % en Allemagne ; 3 % signalent subir des discriminations au travail, soit autant qu'en Belgique ou au Luxembourg, mais bien plus qu'en Italie, Lituanie ou Roumanie. Le sentiment d'insécurité de l'emploi et du revenu est un peu moins fort en France que dans l'ensemble de l'Union européenne, mais les salariés pensent beaucoup plus souvent qu'ils ne pourront pas faire le même travail lorsqu'ils auront 60 ans (résumé de l'éditeur).

Coutrot, T. et Davie, E. (2014). "Les conditions de travail des salariés dans le secteur privé et la fonction publique." DARES Analyses(102)

L'enquête Conditions de travail 2013 (réalisée par l'Insee pour la Dares) permet de décrire en détail les différents risques professionnels que déclarent les salariés, dans le secteur privé et dans la fonction publique. En 2013, les contraintes physiques dans le travail concernent plus particulièrement les salariés de l'agriculture, de la construction et de la fonction publique hospitalière (FPH). Dans ces mêmes secteurs, ainsi que dans l'industrie manufacturière, les salariés indiquent plus souvent que la moyenne être exposés à des produits chimiques. Les horaires atypiques sont plus répandus dans le commerce, les transports et la FPH. L'intensité du travail apparaît relativement élevée dans la FPH, l'industrie, le commerce et les transports, et l'autonomie importante dans la fonction publique de l'État. Les changements organisationnels sont plus nombreux dans l'industrie manufacturière et les trois versants de la fonction publique, et moins bien vécus par les agents de l'État et de la FPH.

Ganem, V. (2014). "Origins of new pathologies related to work and prevention possibilities." Journal de Gestion et d'Economie Médicales **32**(5-6): 411-417.

À partir des résultats des recherches menées depuis trente ans par les spécialistes en psychodynamique du travail sur l'avènement des nouvelles pathologies liées au travail, il s'agira de montrer l'importance de l'organisation du travail réelle pour la santé des travailleurs et le caractère délétère des évolutions actuelles des formes de management. À partir de cette démonstration, les modalités actuelles de prévention des risques dit "psychosociaux" montreront leurs limites du fait qu'elles focalisent leur attention sur la fragilité des sujets et qu'elles utilisent trop souvent des méthodes quantitatives basées sur l'utilisation de questionnaires et de techniques d'observations directes impuissantes à saisir et analyser ces éléments en cause dans l'apparition des nouvelles pathologies liées au travail. (résumé d'auteur).

Lerouge, L. (2014). "Les risques psychosociaux en droit : retour sur un terme controversé." Droit Social (2): 152-164.

Le terme de risques psychosociaux suscite beaucoup de débats dans de nombreux champs disciplinaires, en droit également. Les caractères complexes et multifactoriels des RPS rendent la tâche du juriste particulièrement difficile pour les saisir. Le terme n'est peut-être pas approprié, mais il est devenu incontournable. Aussi, plutôt que de le rejeter, autant en saisir les vertus pour appréhender les évolutions des conditions de travail et pour s'interroger sur les organisations du travail et leurs effets sur la santé des travailleurs. Les risques psychosociaux amènent à réfléchir sur le travail.

Vinck, L. (2014). "Les risques professionnels par secteurs - Enquête Sumer 2010." Synthèse Stat' (Dares) (06)

Ce numéro de Synthèse Stat' décrit, au travers de fiches, les principales expositions professionnelles des salariés pour chaque secteur d'activité (selon la nomenclature d'activités agrégée - A 38, 2008). Pour chacun d'entre eux sont également fournis des éléments descriptifs du secteur et du profil des salariés. Les expositions aux risques professionnels sont présentées par types de contraintes physiques, organisationnelles, d'expositions aux agents biologiques et aux nuisances chimiques. Les données présentées sont issues de l'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) de 2010, enquête transversale qui permet de cartographier les expositions professionnelles des salariés, la durée de ces expositions et les protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition (résumé d'auteur).

(2013). "Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail." DARES Analyses(009): 10

Sur la période 2003-2011, au cours d'une semaine de référence, 3,6 % des salariés ont connu une absence au travail d'au moins une heure pour des raisons de santé ou pour la garde d'un enfant malade. L'absentéisme a globalement peu varié au cours de la période étudiée, les points hauts annuels ou trimestriels étant largement expliqués par les pics d'épidémies de maladies saisonnières. La probabilité qu'un salarié s'absente pour maladie dépend de variables sociodémographiques comme l'âge, le sexe, la composition du foyer, la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité dans lequel il est employé. Les salariés en CDI avec plus d'un an d'ancienneté et les fonctionnaires sont relativement plus souvent absents que les personnes en CDD ou récemment embauchées en CDI (respectivement 3,7 et 3,9 %, contre 2,6 %). Cette différence persiste lorsqu'on tient compte des principales caractéristiques identifiables des salariés. L'absentéisme augmente fortement avec le niveau d'exposition aux contraintes physiques et psychosociales. Si les cadres sont beaucoup moins souvent absents pour maladie que les ouvriers (1,6 % contre 4,5 %), c'est dans une large mesure parce qu'ils sont dans l'ensemble moins exposés aux contraintes physiques et psychosociales dans le travail.

(2013). "Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs." DARES Analyses (010)

Les expositions aux risques professionnels varient fortement d'un secteur d'activité à l'autre, selon le risque considéré, du fait notamment des métiers et contraintes spécifiques à chacun de ces secteurs. En 2010, les horaires atypiques concernent ainsi particulièrement les salariés de la fonction publique hospitalière (FPH), du commerce et des transports. Les salariés de ces secteurs ainsi que ceux de l'industrie sont également plus fortement soumis à des contraintes de rythme de travail. Les salariés de l'industrie, du commerce et des transports disposent aussi de marges de manœuvre plus faibles que l'ensemble des salariés. Les agressions de la part du public dans le cadre du travail touchent plus particulièrement les salariés de la fonction publique, du commerce et des transports. Les différences sont en revanche peu marquées entre secteurs concernant le soutien apporté par les collègues ou les supérieurs en cas de difficultés. Les contraintes physiques intenses concernent surtout la construction et l'agriculture tandis que le travail prolongé sur écran est plus fréquent dans le tertiaire et la fonction publique de l'État (FPE), couverte seulement en partie par cette étude. Les salariés de la construction et, dans une moindre mesure de l'industrie et de l'agriculture, sont beaucoup plus fréquemment que les autres exposés à des bruits intenses. Les salariés de la construction, de la FPH, de l'industrie et de l'agriculture sont les plus fréquemment exposés à des produits chimiques. Les expositions prolongées ou importantes en intensité concernent surtout la construction et l'industrie, secteurs où les expositions aux agents

cancérogènes sont les plus fréquentes. Dans la fonction publique hospitalière, trois quarts des salariés sont exposés à des agents biologiques

(2013). "Risques professionnels : une enquête française en 2010." Revue Prescrire **33** (361): 862.

Selon une enquête sur les expositions aux risques professionnels dans le secteur privé en France métropolitaine, certains facteurs psychosociaux de risque au travail ont augmenté, notamment l'intensité au travail avec davantage de contrainte de rythmes, et le manque d'autonomie. L'exposition à des contraintes physiques intenses a concerné encore 40 % des salariés en 2010. Les ouvriers et les employés de commerce et de service sont restés les plus exposés aux agents chimiques, moins qu'en 2003 mais davantage qu'en 1984.

Bugand, L. et Trouiller, G. (2013). "Quelle prise en compte de la pénibilité par les partenaires sociaux dans le cadre des négociations collectives d'entreprise portant sur la prévention ?" Revue de L'Ires (La) (79): 35-64

Un des dispositifs réglementaires sur la pénibilité issu de la loi de réforme des retraites de novembre 2010 incite les entreprises, sous peine de pénalité financière, à conclure un accord ou mettre en place un plan d'action pour la prévention de la pénibilité. Trois ans après la parution des décrets, nous nous interrogeons sur l'influence de ce cadre réglementaire sur les pratiques de négociation collective dans les entreprises et les formes de prise en compte de la pénibilité qui en résultent. L'analyse nous conduit à dépasser le débat entre compensation ou/et prévention de la pénibilité pour nous interroger sur les conditions d'une meilleure articulation entre politiques publiques et pratiques d'entreprise et sur la requalification nécessaire des enjeux sous-tendus par les débats sur la pénibilité.

Ogg, J. et Renaut, S. (2013). "Qualité de vie et conditions de travail en Europe." Cadrage(22)

Depuis plusieurs années, les indicateurs de bien-être sont devenus plus courants dans les mesures de la performance économique et du progrès social. L'analyse des données Share permet notamment d'observer une liaison positive entre la qualité de vie et les conditions de travail en Europe. L'état de santé subjectif, les limitations d'activité et les difficultés financières sont les premières dimensions explicatives de la qualité de vie après 50 ans. Néanmoins, la satisfaction au travail exerce un effet durable sur le niveau de bien-être individuel, indépendamment du statut d'activité entre 55 et 64 ans.

Petit, F. (2013). "Les nouveaux contours de l'obligation de sécurité à la lumière des outils de prévention de la pénibilité." Droit Social (1): 42-50.

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 a largement innové en mettant à la charge des employeurs l'obligation de mettre en place une politique de prévention de la pénibilité au travail. Il faut notamment compter aujourd'hui sur l'établissement d'une fiche individuelle de suivi pour chaque salarié exposé à un ou plusieurs facteurs contribuant à la pénibilité de son activité. Ce nouvel outil est mis au service de ce que l'on dénomme la traçabilité de la pénibilité. Il conviendra dans cette étude de déterminer les éléments qu'il faudra inscrire.

Volkoff, S. et Molinie, A. F. (2013). "Emploi des seniors en Europe : les conditions d'un travail soutenable ." Connaissance De L'emploi : Le 4 Pages Du Cee (106)

En 2000, le Conseil européen avait fixé un taux d'emploi moyen de 50 % pour les 55-64 ans à l'horizon 2010. Dix ans après, ce niveau n'est pas atteint, mais l'emploi des " seniors "

progresses dans les pays d'Europe. Ce constat et la poursuite probable de cette tendance incitent à s'intéresser à la "soutenabilité" du travail dans les dernières années de la vie professionnelle. Ainsi, l'enquête européenne de 2010 sur les conditions de travail ne fait pas apparaître, pour les plus de 55 ans, de mise à l'abri vis-à-vis de la pénibilité physique ; c'est surtout l'inadaptation des horaires à la vie hors travail qui semble moins ressentie par les seniors que par les plus jeunes. La déclaration de troubles de la santé croît avec l'âge et de nombreux aspects de la vie au travail semblent contribuer, chez les seniors, à un mauvais état de santé déclaré, ainsi qu'au sentiment qu'ils ne pourront pas poursuivre la même activité professionnelle à 60 ans. Un tel sentiment doit nécessairement être pris en compte dans la mise en œuvre des politiques publiques de l'emploi mais aussi du travail..

Arnaudo, B., et al. (2012). "L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010. Premiers résultats de l'enquête SUMER." DARES Analyses (023)

De 1994 à 2003, dans le secteur privé, l'intensité du travail a augmenté tout comme les marges de manœuvre, tandis que les expositions aux contraintes physiques dans le travail ont reculé. Entre 2003 et 2010 en revanche, les rythmes de travail et les contraintes physiques se stabilisent alors que l'autonomie des salariés les plus qualifiés recule. Sur cette dernière période, les salariés se plaignent moins souvent de manquer de moyens pour faire correctement leur travail, mais ils signalent plus fréquemment subir des comportements hostiles ou ressentis comme tels dans le cadre du travail. L'exposition aux produits chimiques diminue globalement entre 2003 et 2010. Les salariés sont plus souvent exposés à des agents biologiques dans un contexte marqué notamment par la pandémie grippale en 2009.

Bahu, M., et al. (2012). "Appréhender les interactions entre la santé et la vie professionnelle et leur éventuel décalage temporel, premier bilan d'une enquête innovante : SIP." Série Sources Et Méthodes - Document De Travail - Drees(35)

L'enquête "Santé et itinéraire professionnel" (SIP) a pour objet les interactions entre le travail, l'emploi et la construction ou l'altération de la santé, en prenant en compte les décalages temporels. Ce document décrit l'ensemble des choix de protocole et de méthode d'interrogation sur ce sujet : recueil biographique rétrospectif, interrogation prospective en 2 vagues, prise en compte du ressenti des enquêtés. Il aborde ensuite la question de la qualité des réponses recueillies.

Frigul, N. (2012). "Maladies professionnelles : pathologies anciennes et nouvelles." Cahiers Français (369): 43-47.

Les premières études importantes sur les maladies professionnelles datent du XVIII^e siècle et au siècle suivant des travaux exposeront les conséquences de l'industrialisation sur la santé de la population ouvrière. Une législation s'est peu à peu élaborée mais Nathalie Frigul rappelle que la silicose n'est reconnue comme maladie professionnelle qu'en 1945 et elle souligne que de nombreuses affections liées au travail - ainsi que des cancers dus à l'exposition à certaines substances - continuent d'être sous-estimées ou négligées. Les troubles musculo-squelettiques sont aujourd'hui très répandus et l'attention se porte aussi sur les troubles psychosociaux occasionnés chez les salariés par l'accroissement de la charge de travail et son organisation. On observe enfin une externalisation des risques dans les pays du Sud.

Hatzfeld, N., et al. (2012). "Les risques psychosociaux au travail : d'une question de société à des questions scientifiques." Travail et Emploi (129): 94.

Les risques psychosociaux, notion récente dont les définitions sont toujours en cours de discussion, ne trouvent pas, en tant que tels, d'équivalents dans le passé. Aussi l'histoire, lorsqu'elle cherche à trouver des correspondances passées à cette notion, doit faire attention aux écarts qui séparent les situations du passé de celles d'aujourd'hui, se garder des anachronismes et des analogies, et s'intéresser à la façon dont la notion est appropriée par les acteurs. Cet article examine comment, pendant deux siècles, certaines périodes donnent des significations particulières aux notions de risques : les formes données au débat entre les facteurs internes aux relations de travail et les facteurs liés aux modes de vie extérieurs y sont à chaque fois spécifiques et ne peuvent être amalgamées autour d'un phénomène et d'une notion identique. De Villermé au taylorisme, de la dénonciation de l'usure aux secousses de la productivité, les positions prises par les acteurs sociaux, l'État ou les experts offrent des éléments de comparaison éclairant la spécificité de la période récente, qui s'apparente à une forme de crise du travail.

Chaupain-Guillot, S. et Guillot, O. (2011). "Les déterminants individuels de l'absentéisme au travail : une comparaison européenne." Revue Economique **62** (3): 419-428

À partir des données de l'European Community Household Panel (echp), on s'intéresse aux déterminants individuels des absences au travail dans les pays européens. L'étude porte sur l'ensemble des États membres de l'UE-15, à l'exception de la Suède. Les comportements d'absence des salariés, dans chacun de ces pays, sont analysés à l'aide de régressions sur données de panel. Les résultats des estimations montrent que les facteurs jouant sur la probabilité d'absence sont loin d'être identiques d'un pays à l'autre. L'état de santé, le degré de satisfaction au travail et, chez les femmes, la présence d'un jeune enfant sont, en effet, les seules variables qui ont un impact significatif, et de même signe, dans la quasi-totalité des pays étudiés.

Chouaniere, D., et al. (2011). "Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques." Documents Pour Le Médecin Du Travail (127): 509-517

De nombreuses études épidémiologiques portent sur les relations entre les conditions de travail et l'état de santé (maladies cardiovasculaires, troubles musculosquelettiques, santé mentale, stress chronique, atteintes immunitaires). Cet article a pour objectif de faire une synthèse, sous forme d'un tableau, sur les liens bien établis, ceux qui le sont moins et ceux qui ne sont pas encore étudiés.

Edme, J. L., et al. (2011). "Relationship between psychosocial factors at work and incidence of perceived health problems in the GERICOTS cohort." Revue d'Épidémiologie Et de Santé Publique **59**(5): 295-304

Position du problème : L'objectif de ce travail était d'étudier les relations entre l'incidence de problèmes de santé et les facteurs de stress professionnel dans une cohorte de salariés.
Méthodes : Parmi les 2062 salariés du Nord-Pas-de-Calais qui ont participé à l'enquête GERICOTS entre 1999 et 2004, 1154 sujets (797 hommes et 357 femmes) qui n'avaient pas changé d'entreprise ou de poste de travail pendant le temps de l'étude ont été sélectionnés. L'évaluation des contraintes psychosociales a été faite, d'une part, par le modèle de Karasek, profil "tendu" (forte demande et faible autonomie décisionnelle) et profil iso-strain (profil "tendu" avec faible soutien social) et, d'autre part, par le modèle de Siegrist, déséquilibre "effort-récompense ou ERI" (effort important et faible récompense). La santé perçue a été évaluée par quatre axes du Nottingham Health Profile (réactions émotionnelles, sommeil,

isolement social, douleurs). Les résultats des analyses ont été présentés sous forme d'odds ratios ajustés sur l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et la taille de l'entreprise. Résultats : L'analyse transversale de la première étape a retrouvé une prévalence des problèmes de santé supérieure chez les salariés tendus, par exemple entre les réactions émotionnelles et le profil iso-strain chez les hommes, OR=3,50 (2,19-5,60) et chez les femmes, OR=2,64 (1,39-5,04) ou entre les troubles du sommeil et le déséquilibre "ERI" chez les hommes, OR=2,41 (1,71-3,40) et chez les femmes, OR=2,41 (1,39-4,20). L'analyse longitudinale a montré des incidences plus importantes de problèmes de santé chez les salariés ayant un stress professionnel en 1999, par exemple les troubles du sommeil sont plus fréquents chez les hommes "tendus", OR=1,89 (1,16-3,06) ou ayant un déséquilibre "ERI", OR=2,20 (1,43-3,38). Conclusion : Nos résultats montrent des relations significatives entre les contraintes psychosociales et la prévalence des problèmes de santé ainsi qu'avec leur incidence entre 1999 et 2004. (résumé d'auteur).

Lengagne, P. (2011). "Récompense au travail ressentie et santé des seniors." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(166)

Selon le modèle de Siegrist, le sentiment de recevoir une faible récompense au travail en contrepartie de l'effort fourni représente un facteur de risque psychosocial affectant la santé. À partir de l'enquête européenne SHARE, menée en 2004 et 2006 auprès des personnes de 50 ans et plus, cette étude propose de mesurer l'effet de ce déséquilibre entre récompense et effort sur l'état de santé des seniors, puis d'identifier des facteurs relatifs au travail pouvant expliquer ce déséquilibre. Selon nos résultats, la probabilité de déclarer des limitations d'activités est supérieure de 8 points pour les seniors en emploi estimant recevoir une faible récompense au travail en 2004 et 2006. La probabilité de déclarer des douleurs articulaires ou maux de dos est, quant à elle, supérieure de 12 points. Le sentiment de recevoir une faible récompense au travail, davantage observé chez les ouvriers et employés que chez les cadres, est également associé à la pénibilité physique, à la charge de travail et au risque de perdre son emploi. Cette perception concerne moins souvent les salariés de petites entreprises (moins de 15 salariés) et les indépendants que les entreprises de taille moyenne (25 à 199 salariés). Enfin, des écarts élevés de récompense au travail ressentie entre pays européens ressortent. Ceux-ci reflètent les différences entre les pays les plus performants en termes d'emploi des seniors, dont les pays du nord de l'Europe, et les moins performants, comme la France.

Mardon, C. et Volkoff, S. (2011). "Emploi des seniors et conditions de travail : une étude statistique comparative entre pays d'Europe." Pistes **13** (1)

L'emploi des âgés constitue une préoccupation croissante, notamment pour les institutions internationales. Cet article analyse les liens entre exigences du travail et emploi des seniors, dans les pays d'Europe. La réflexion proposée fait appel à l'ergonomie et à la démographie. Des études locales et des approches statistiques attirent en effet l'attention sur des difficultés, particulièrement sensibles chez les âgés, liées à quatre catégories d'exigences : postures pénibles, horaires décalés, pression temporelle élevée, ou changements rapides de techniques ou d'organisation. Pour chacune de ces quatre caractéristiques, l'article explique en quoi elles sont problématiques pour les âgés, puis interroge leur lien avec l'emploi des seniors dans 25 pays, à l'aide des données de l'enquête européenne sur les conditions de travail. Les résultats suggèrent que les pays « performants » en termes d'emploi des seniors ont su, mieux que les autres, maîtriser ou aménager ces caractéristiques du travail, en particulier en limitant les sollicitations physiques et en favorisant les apprentissages tout au long de la vie professionnelle.

Robone, S., et al. (2011). "Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being." European Journal of Health Economics (the) **12** (5): 429-444

Given changes in the labour market in past decades, it is of interest to evaluate whether and how contractual and working conditions affect health and psychological well-being in society today. We consider the effects of contractual and working conditions on self-assessed health and psychological well-being using twelve waves (1991/1992, 2002/2003) of the British Household Panel Survey. For self-assessed health, the dependent variable is categorical, and we estimate non-linear dynamic panel ordered probit models, while for psychological well-being, we estimate a dynamic linear specification. The results show that both contractual and working conditions have an influence on health and psychological well-being and that the impact is different for men and women.

Vogel, L. (2011). "Inégalités sociales de santé : l'impact du travail." Hesamag : Bulletin D'information du Département Santé Sécurité E.T.U.I.-R.E.H.S.(30-31): 15-42.

L'état de santé d'un individu varie considérablement en fonction de la position qu'il occupe dans la hiérarchie sociale et de son sexe. Dans cet article de synthèse, l'auteur démontre l'impact des conditions de travail et de nouveaux modes d'organisation de travail sur ces inégalités de santé. Il plaide pour une véritable considération de ces facteurs par les pouvoirs publics qui généralement les négligent au profit exclusif de mesures de santé publique focalisées sur la prévention des comportements individuels (tabagisme, alcoolisme, alimentation) rendus seuls responsables des inégalités de santé.

Lhuilier, D. (2010). "L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail." Sciences Sociales Et Santé **28**(2): 31-61

L'analyse des conditions de la visibilité sociale de la santé au travail a conduit à recenser, dans différents champs disciplinaires, les masques qui brouillent la perception des liens entre santé et travail. Au-delà de leur rappel, cet article étudie ici comment l'invisibilité croissante du travail réel alimente le déni des origines et des processus de la pénibilité et du risque au travail. Aux classiques difficultés d'accès à la connaissance de l'activité s'ajoute aujourd'hui de nouvelles conditions de construction de cette auscultation du travail. Dans ce contexte apparaissent à la fois une montée des préoccupations relatives à la santé psychique au travail et de nouveaux professionnels, experts en santé-travail, en charge de prévention ou réparation. L'analyse proposée interrogera leur contribution à la méconnaissance du travail et les conditions d'un ré-encrage du lien santé-travail dans l'analyse partagées des activités réelles et de leur transformation.

Lagace, C. (2010). "Retraite choisie ou retraite subie ? Les effets de la retraite et du maintien en emploi sur la santé." Retraite Et Société (59): 81-101

Les transformations de la gestion de l'emploi et le vieillissement de la population ont entraîné une redéfinition des travailleurs vieillissants. Dans ce contexte, les gouvernements se préoccupent du maintien en emploi. L'article fournit une recension de la littérature sur les effets sur la santé du maintien en emploi et de la retraite. Au vu des résultats, les effets sur la santé sont contradictoires dans les deux cas. Ce qui importe, ce sont les conditions du maintien en emploi ou de la retraite et, tout particulièrement, le choix du statut, un élément des inégalités sociales liées à la santé. (R.A.).

Bahu, M., et al. (2010). "Parcours professionnels et état de santé." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)(14)

Les parcours professionnels participent à la préservation ou à l'altération de la santé des personnes, même après leur sortie d'emploi ; en sens inverse, la santé peut provoquer des ruptures ou des réorientations dans la vie professionnelle. L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) (2006-2007), montre des liens étroits entre les parcours professionnels passés et l'état de santé des personnes au moment de l'enquête : les travailleurs dont les parcours sont peu marqués par la précarité ou les mauvaises conditions de travail se déclarent plutôt en bonne santé ; ce sont plus souvent les plus qualifiés ou les personnes ayant connu une promotion sociale. En revanche, les parcours caractérisés par un déclassement social, des épisodes de chômage ou d'inactivité, des changements d'emplois fréquents ou des conditions de travail difficiles sont plus fréquemment associés à un état de santé dégradé.

Barnay, T., et al. (2010). "La santé au travail : une préoccupation multiforme pour les économistes." Revue Française des Affaires Sociales(4): 9-25.

Les études de corrélations entre santé et offre de travail, encore relativement peu nombreuses, permettent d'identifier le rôle déterminant de la santé dans le processus de cessation d'activité temporaire ou permanent. Ainsi, certaines catégories sont concernées : les ouvriers dans le secteur industriel et les salariés précaires, aux carrières incomplètes, par exemple. Les enjeux des recherches à venir sont de taille, car ces travaux pourraient contribuer à analyser plus finement les causalités entre pathologies (professionnelles et non professionnelles) et situations professionnelles tout au long du cycle de vie. Une prévention au travail ciblée, par le biais de nouvelles formes d'organisation du travail préservant la santé des travailleurs, devrait apparaître comme une priorité des politiques de l'emploi et de la santé. L'évaluation économique de ces politiques de prévention pourrait jouer son rôle d'outil d'aide à la décision, en sélectionnant les mesures jugées les plus efficaces en moyenne, mais poursuivant aussi un objectif de réduction des inégalités sociales.

Cambois, E., et al. (2010). "Santé au travail : jusqu'où se logent les inégalités sociales ?" Retraite Et société (59): 164-173.

Les inégalités entre professions face à la mort sont très fortes en France. Les ouvriers ont une espérance de vie plus courte et passent plus de temps en mauvaise santé. En quoi les conditions de travail contribuent-elles directement à ces inégalités en fin de carrière ? Comment cela a-t-il évolué au cours du temps ? Outre les analyses épidémiologiques conduites dans ce domaine de recherche, des travaux spécifiques permettent de mettre en évidence le poids de l'organisation du travail et des pénibilités dans la dégradation de l'état de santé des travailleurs, mais aussi dans les possibilités qui leur sont offertes de se mettre à l'abri et de poursuivre une activité professionnelle jusqu'au terme légal. Cet article reprend un entretien avec Anne-Françoise Molinié et Serge Volkoff, qui travaillent en mobilisant des disciplines variées telles que la démographie, la statistique ou l'épidémiologie et l'ergonomie pour analyser les facteurs de risques professionnels ou, au contraire, des conditions favorables auxquels sont soumis les travailleurs vieillissants. (intro.).

Coutrot, T., et al. (2010). "Parcours professionnels et état de santé." Premières Informations Et Premières Synthèses (001)

Les parcours professionnels participent à la préservation ou à l'altération de la santé des personnes, même après leur sortie d'emploi. En sens inverse, la santé peut provoquer des ruptures ou des réorientations dans la vie professionnelle. Tels sont les enseignements de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), menée fin 2006-début 2007.

Coutrot, T. et Waltisperger, D. (2010). "Les pathologies liées au travail vues par les travailleurs." DARES Analyses (080)

Parmi les personnes en emploi qui signalent un problème chronique de santé qu'il soit bénin, sérieux ou grave -, une sur deux estime qu'il est « causé ou aggravé par le travail » d'après les résultats de l'enquête « Santé, Handicap et Travail » de 2007. Ce lien est plus souvent évoqué pour les problèmes psychologiques (« stress, anxiété ») et les douleurs lombaires ou articulaires. Les problèmes de santé associés au travail apparaissent plus gênants dans la vie courante, et particulièrement dans le travail, que les autres. Près d'un quart des actifs occupés se disent gênés dans leur vie quotidienne par un problème chronique de santé « causé ou aggravé » par leur travail, dont la moitié de façon importante. Les actifs exposés à des pénibilités physiques ou psychosociales dans leur travail font beaucoup plus souvent un lien entre leurs problèmes de santé et leur travail. La fréquence des pathologies chroniques « causées ou aggravées par le travail » augmente avec le nombre de pénibilités subies dans le travail.

Santin, G., et al. (2009). "Depressive symptoms and atypical jobs in France, from the 2003 Decennial health survey." American Journal of Industrial Medicine **52**: 799-810.

Rocheftort, T., et al. (2009). "La santé à l'épreuve du travail." Mouvements Des Idées Et Des Luttés (58): 190.

C'est à en finir avec cette relégation politique, à gauche, du travail, de son contenu, de ses modes d'organisations et de leurs conséquences que ce numéro de Mouvements voudrait contribuer, dans le prolongement du chantier ouvert récemment sur le site de la revue. Pour cela, il s'agit de rouvrir la discussion sur le travail, y compris en interrogeant les relations qu'entretient ce dernier avec le consumérisme consubstantiel au productivisme. Les perspectives scientifiques rassemblées ici y contribuent, qui interrogent de près les évolutions du contenu du travail et leurs conséquences sur les vies humaines. Les initiatives syndicales et artistiques y contribuent également, dès lors qu'elles permettent de libérer la parole sur le travail et la place qu'il occupe, avec ses ambivalences et ses contradictions, dans la vie quotidienne de chacun d'entre nous. Car indéniablement, restituer aux travailleurs leur pouvoir d'agir passe par la libération de cette parole dans des cadres collectifs. C'est à en finir avec cette relégation politique, à gauche, du travail, de son contenu, de ses modes d'organisations et de leurs conséquences que ce numéro de Mouvements voudrait contribuer, dans le prolongement du chantier ouvert récemment sur le site de la revue. Pour cela, il s'agit de rouvrir la discussion sur le travail, y compris en interrogeant les relations qu'entretient ce dernier avec le consumérisme consubstantiel au productivisme. Les perspectives scientifiques rassemblées ici y contribuent, qui interrogent de près les évolutions du contenu du travail et leurs conséquences sur les vies humaines. Les initiatives syndicales, artistiques également, dès lors qu'elles permettent de libérer la parole sur le travail et la place qu'il occupe, avec ses ambivalences et ses contradictions, dans la vie quotidienne de chacun d'entre nous. Car indéniablement, restituer aux travailleurs leur pouvoir d'agir passe par la libération de cette parole dans des cadres collectifs.

(2009). "Stress et risques psychosociaux au travail." Problèmes Politiques et Sociaux(965)

Le travail met-il en péril la vie et la santé physique et mentale des travailleurs ? La question du mal-être au travail occupe, depuis ces dernières années, le devant de la scène, et de façon parfois tragique dans les cas de suicides. Les textes rassemblés dans ce dossier décrivent les « nouvelles » organisations de travail qui seraient à l'origine de la montée des risques psychosociaux, ainsi que la prise de conscience des pouvoirs publics et leurs possibilités d'action. La mondialisation, l'emprise croissante du capital financier sur les systèmes productifs, la recherche de rentabilité concourent à transformer profondément les organisations du travail. L'objectif de productivité pèse de plus en plus sur toutes les catégories de salariés dont les conditions de travail s'en trouvent altérées. Les maladies professionnelles, les manifestations de stress, les pratiques de harcèlement ou les violences vont croissant. Le dossier présente des études spécifiques concernant leurs manifestations dans plusieurs secteurs professionnels (infirmières, cadres, ouvriers, opératrices de renseignements téléphoniques...). Quelles peuvent être les réponses du législateur, des instances européennes et des divers acteurs du monde du travail ? L'Union européenne prônant une approche globale du bien-être au travail et inquiétant de ces « nouveaux risques émergents » est à l'origine d'accords-cadres sur le stress, le harcèlement et la violence au travail. Le gouvernement français, de son côté, met l'accent sur les risques psychosociaux dans le cadre des plans Santé au travail, s'attache à la production d'indicateurs et vient d'annoncer un plan d'action d'urgence contre le stress alors qu'augmentent les suicides sur le lieu de travail dans certaines grandes entreprises.

Afsa, C. et Givord, C. (2009). "Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers." Economie Et Prévision(187): 83-103

Souvent négligées par la littérature économique, les conditions de travail sont susceptibles d'influencer les comportements d'activité. Cette étude s'intéresse en particulier à leur impact sur les absences pour maladie. Le modèle théorique développé dans une première partie suggère deux effets contradictoires : de mauvaises conditions de travail dégradent l'état de santé et accroissent les absences pour maladie, mais l'absentéisme peut être inversement freiné par un effet salaire, si les conditions de travail défavorables sont compensées par un salaire plus élevé. L'évaluation empirique, dans le cas spécifique des horaires irréguliers pour les ouvriers travaillant dans le secteur privé, montre que le premier effet prédomine, particulièrement aux âges élevés.

Askenazy, P. (2009). "Un regard économique sur la santé au travail." Regards Croisés Sur L'économie(5): 54-60.

L'attention portée à la santé au travail connaît des regains ponctuels depuis une bonne décennie. Le scandale de l'amiante a marqué les années 1990. Les années 2000 sont celles de la découverte du harcèlement moral et maintenant des suicides au travail. Parallèlement à cette prise de conscience qui se cristallise à l'occasion de certains drames, une vaste littérature scientifique s'est construite pour approfondir la compréhension des liens entre santé et travail. De très nombreuses disciplines sont convoquées, au premier rang desquelles l'épidémiologie, la médecine du travail, la psychologie du travail et l'ergonomie. Sociologie, droit, économie ou gestion viennent compléter le corpus de connaissance. Dans les disciplines centrales, la problématique de la santé au travail s'appréhende à deux niveaux : celui des pathologies du travail et celui des risques. L'enjeu majeur est de cerner les risques pertinents et les pathologies associées, de faire une étiologie la plus complète possible de ces pathologies et de leur prévalence. Les atteintes recensées sont multiples, des cancers aux dépressions.

Dumond, J.-P. (2009). "L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique." Santé Publique **21**(1): 25-35.

L'article compare trois démarches d'analyse de l'absentéisme professionnel pour raison de santé sur la base de leur mise en œuvre dans des établissements hospitaliers : la démarche empirique consistant à mener des analyses statistiques sur les données d'absence du personnel, la démarche explicative qui vise à tester des liens entre les absences pour raison de santé et des facteurs supposés d'absentéisme, enfin la démarche clinique consistant à mener une investigation approfondies avec les personnes concernées de leurs conditions de travail. La comparaison montre les avantages et les limites de chaque démarche.

Melchior, M., et al. (2009). "Using Sickness Absence Records to predict future depression in a working population: Prospective Findings from the GAZEL Cohort." American Journal of Public Health **99**(8): 1417-1422

This study tested the hypothesis that sickness absence from work predicts workers' risk of later depression. Study participants (n = 7391) belonged to the French GAZEL cohort of employees of the national gas and electricity company. Sickness absence data (1996-1999) were obtained from company records. Participants' depression in 1996 and 1999 was assessed with the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale. The analyses were controlled for baseline age, gender, marital status, occupational grade, tobacco smoking status, alcohol consumption, subthreshold depressive symptoms, and work stress. Among workers who were free of depression in 1996, 13% had depression in 1999. Compared with workers with no sickness absence during the study period, those with sickness absence were more likely to be depressed at follow-up (for 1 period of sickness absence, fully adjusted odds ratio [OR] = 1.53, 95% confidence interval [CI] = 1.28, 1.82; for 2 or more periods, fully adjusted OR = 1.95, 95% CI = 1.61, 2.36). Future depression was predicted both by psychiatric and nonpsychiatric sickness absence (fully adjusted OR = 3.79 [95% CI = 2.81, 5.10] and 1.41 [95% CI = 1.21, 1.65], respectively). Sickness absence records may help identify workers vulnerable to future depression.

Bruno, A.-S. (2008). "Quelques perspectives sur les travaux récents en "santé et travail" : les approches développées dans les revues de sciences sociales (2001-2007)." Revue française des Affaires Sociales(2-3): 71-96

Longtemps parent pauvre de la recherche, le champ des recherches en santé et travail a connu, depuis le début des années 2000, un important développement qui a touché l'ensemble des disciplines des sciences sociales. Cet article propose une lecture des travaux récents menés dans le champ des sciences sociales, afin de déterminer les avancées permises par la mobilisation de disciplines aussi diverses que l'épidémiologie, la sociologie, l'histoire ou la science politique. Le dialogue a enrichi l'analyse des pathologies professionnelles tenant plus en compte les contextes institutionnels et les jeux d'acteurs qui président à leur visibilité (ou invisibilité) sociale. La complexité des relations entre santé, travail et hors travail a donné naissance ces dernières années à des recherches sur les parcours de vie.

Bue, J., et al. (2008). "Les facteurs de risques psychosociaux au travail : une approche quantitative par l'enquête Sumer." Revue française Des Affaires Sociales(2-3): 45-70.

Cet article présente des éléments de quantification statistique de certains des principaux facteurs de risques psychosociaux au travail susceptibles d'entraîner une dégradation de la santé mentale et physique des salariés. Trois indicateurs de ces risques sont identifiés dans l'enquête Sumer (constat sur des expositions des salariés aux principaux risques professionnels) : les agressions de la part du public, la violence morale au travail (comportements hostiles s'inscrivant dans la durée) et le job strain, analysé par le modèle de Karasek. Au-delà des limites de toute enquête déclarative, les résultats mettent en lumière le rôle prépondérant des caractéristiques de l'organisation du travail (contraintes hiérarchiques, manque de moyens, contraintes de rythme...) dans la survenue des facteurs de risques psychosociaux, ainsi que l'effet protecteur que représente le soutien social sur le lieu de travail.

Guignon, N., et al. (2008). "Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Summer 2003." Premières Informations Et Premières Synthèses(22.1): 7 ,

Les femmes sont davantage exposées que les hommes au « job strain », une situation à risque pour la santé, où les marges de manœuvre individuelles ne permettent pas aux salariés de faire face aux exigences qu'ils ressentent dans leur travail. Les employés et les ouvriers sont eux aussi plus touchés par le « job strain » que les professions plus qualifiées. Les ouvriers et employés disposent des marges de manœuvre les plus réduites et les cadres subissent les demandes les plus fortes. « Job strain » n'est toutefois pas synonyme de « stress » au sens usuel du terme : les salariés soumis à une forte demande dans leur travail mais disposant de marges importantes pour y faire face, sont aussi nombreux à trouver leur travail très stressant. « job strain » sont toutefois plus nombreux que les autres à se déclarer en mauvaise santé. Ces résultats sont obtenus grâce au questionnaire de Karasek, l'un des outils les plus utilisés pour évaluer les risques psychosociaux au travail

Imbernon, E., et al. (2008). "Surveiller et mesurer la santé au travail : outils, indicateurs, impacts." Santé Publique(3): 9-76.

Grâce aux contributions des chercheurs et professionnels de santé publique ou d'autres disciplines, ce supplément de la revue "santé publique" présente une réflexion globale sur la santé au travail, en examinant l'impact du travail sur la santé, les méthodologies et outils disponibles pour mesurer la santé au travail, le nouveau défi que représentent les risques psycho-sociaux, ainsi que les actions et politiques développées pour la prévention des risques et la promotion de la santé au travail. Cette première section présente des outils et indicateurs visant à mesurer et surveiller la santé au travail. Elle s'ouvre avec un tour d'horizon des risques professionnels et l'état des connaissances sur l'impact de ces facteurs de risque sur la survenue des problèmes de santé. Il s'agit d'appréhender l'état de santé général des travailleurs et, dans le cas d'un état de santé défavorable, de comprendre le lien qu'il peut y avoir avec des conditions de travail. Il s'agit aussi de surveiller l'évolution de la santé au travail grâce à des outils produisant des indicateurs fiables sur lesquels action et prévention peuvent s'appuyer. Le lien entre santé fragilisée et emploi est illustré à travers l'enjeu des TMS pour les salariés de 50 ans et plus, mais aussi à travers le personnel soignant en milieu hospitalier, en examinant les raisons d'arrêt de travail et en s'interrogeant sur les actions de prévention à développer. Toujours chez le personnel soignant on examinera la question du risque infectieux. Enfin un article témoignera de l'importance de croiser les cadres de recueil de données mais aussi de la nouvelle considération du travail comme déterminant de santé. Cette section se conclut sur la notion d'expologie, méthodologie dont l'objectif est de caractériser l'exposition aux dangers d'origine professionnelle.

Kivits, J., et al. (2008). "La santé au travail : enjeux pour la santé publique." Santé Publique **20**(3): 209

Grâce aux contributions des chercheurs et professionnels de santé publique ou d'autres disciplines, ce supplément de la revue "santé publique" présente une réflexion globale sur la santé au travail, en examinant l'impact du travail sur la santé, les méthodologies et outils disponibles pour mesurer la santé au travail, le nouveau défi que représentent les risques psycho-sociaux, ainsi que les actions et politiques développées pour la prévention des risques et la promotion de la santé au travail.

Louret, M., et al. (2008). "Prévenir et agir : le défi des risques psycho-sociaux liés au travail." Santé Publique (3): 89-147.

Grâce aux contributions des chercheurs et professionnels de santé publique ou d'autres disciplines, ce supplément de la revue "santé publique" présente une réflexion globale sur la santé au travail, en examinant l'impact du travail sur la santé, les méthodologies et outils disponibles pour mesurer la santé au travail, le nouveau défi que représentent les risques psycho-sociaux, ainsi que les actions et politiques développées pour la prévention des risques et la promotion de la santé au travail. Le thème de la seconde section est développé à partir de l'étude des risques psycho-sociaux, identifiés comme un nouveau risque professionnel. Deux articles proposent dans un premier temps de mesurer ce risque psycho-social : étudiant deux populations différentes, des éleveurs laitiers d'une part, une collectivité territoriale d'autre part, ces deux articles insistent sur l'importance d'agir pour prévenir le risque psycho-social. Mais une situation génératrice de trouble psychologique peut aussi être extérieure à l'organisation comme le montre un article sur l'agression du personnel en contact avec le public et la mise en place d'un dispositif de prévention du risque d'agression.

Mardon, C. et Volkoff, S. (2008). "Les salariés âgés face au travail "sous pression". Connaissance de l'Emploi(52)

L'intensification du travail par accumulation de diverses contraintes temporelles constitue une évolution avérée dans les pays industrialisés. Simultanément, on constate un vieillissement de la population active, peut-être renforcé à l'avenir par l'allongement de la vie professionnelle. Dans ce contexte, comment les salariés les plus âgés vivent-ils le travail sous pression temporelle ? Et quelles en sont les incidences sur la santé ? Selon une enquête menée auprès de 11 000 salariés de plus de 50 ans, 80 % des quinquagénaires exposés à la pression jugent cette contrainte difficile (en particulier si elle remet en cause la qualité de leur travail) et déclarent, davantage que les autres, des troubles de santé (douleurs, fatigue, digestion difficile), révélateurs d'un mal-être. Ces troubles sont toutefois atténués lorsque les salariés réussissent à mettre en œuvre des stratégies protectrices. De tels constats incitent à rechercher des modèles d'organisation du travail facilitant le maintien de la santé et des compétences tout au long de l'itinéraire professionnel.

Viet, V. (2008). "Les risques professionnels seraient-ils singuliers ? Présentation du numéro." Revue Française des Affaires Sociales(2-3): 7-12.

Les liens entre santé et travail sont devenus sans conteste une importante question de santé publique. Ce dossier s'articule en trois parties : - la première fournit au lecteur des éléments de cadrage et de compréhension (revue de littérature et épidémiologie) des enjeux scientifiques et sociaux de la santé au travail ; - la seconde s'intéresse aux jeux d'acteurs et aux formes de mobilisation sociale ; - la troisième accorde une attention particulière à la

recension et à la reconnaissance légale des maladies liées à l'activité professionnelle ainsi qu'aux mobilisations institutionnelles. L'originalité de ce numéro tient autant à la diversité des disciplines mobilisées (sociologie, ergonomie, histoire, science politique, droit, économie, épidémiologie et statistiques) qu'à celle des approches et échelles proposées : analyse systémique, sociologie des acteurs, exploitations d'enquêtes, analyse sociologique de l'action publique, étude critique des indicateurs et des méthodes de recensement et d'enregistrement, sociologie des risques, enquêtes sur le terrain, expérimentations locales, étude de cas.

Waltisperger, D. (2008). "Pénibilité du travail et sortie précoce de l'emploi." Premières Informations Et Premières Synthèses(03.1)

En 2003, un quart des seniors (50 à 59 ans) dont la carrière professionnelle a duré au moins vingt ans, sont sortis de l'emploi : ils sont retraités, préretraités, chômeurs ou inactifs. Les retraités précoces et les préretraités viennent plutôt du secteur public, où ils ont été plus souvent exposés au travail posté et de nuit. Les autres sont principalement issus du secteur financier. Globalement, ils se déclarent en bonne santé, comparativement aux autres catégories. Les seniors chômeurs et les inactifs sont surtout d'anciens ouvriers provenant de l'industrie, du bâtiment et des travaux publics, et des services aux particuliers. Ils ont été exposés à de nombreuses pénibilités durant leur carrière professionnelle et ils s'estiment plus souvent en mauvaise santé. L'étude de la DARES s'est basée sur l'enquête Santé 2003 de l'Insee qui permet d'éclairer le lien entre le statut d'activité des seniors et leur exposition présente ou passée à divers risques ou pénibilités dans leur travail.

Lerouge, L. (2007). "Accidents du travail et maladies professionnelles : le renouvellement de la définition de l'accident du travail." Revue De Droit Sanitaire Et Social(4): 696-713.

Ce dossier passe en revue l'évolution du droit français dans le domaine de la définition et de la prise en charge de l'accident du travail, survenue depuis 2007, dans le contexte de la médiatisation des suicides au travail.

Roquelaure, Y., et al. (2007). "Troubles musculo-squelettiques en France : données du réseau pilote de surveillance épidémiologique dans les entreprises des Pays de la Loire en 2002 et 2003." Santé Société et Solidarité : Revue de l'observatoire Franco-Québécois de La Santé et de La Solidarité (2/2006): 35-43.

Le Département santé travail de l'Institut de veille sanitaire (InVS) a proposé à la Direction des relations du travail, un programme national de surveillance des TMS. Les Pays de la Loire ont été choisis pour la mise en place d'un programme pilote. Ce programme vise à constituer un observatoire des TMS d'origine professionnelle. Les objectifs sont de : décrire la fréquence et l'évolution des principaux TMS et des conditions de travail qui leur sont associées, leur distribution par secteur d'activité et profession, en population générale et en entreprises ; déterminer la part des TMS attribuables à divers types de facteurs professionnels ; explorer l'utilisation des données médico-administratives relatives aux TMS des membres et du rachis à des fins de surveillance épidémiologique.

Bue, J. et Hamon-Cholet, S. (2007). "Présentation des enquêtes sur les conditions de travail menées en France depuis 1978." Santé Société et Solidarité : Revue de l'observatoire Franco-Québécois de La Santé et de La Solidarité (2/2006): 139-142.

Les enquêtes Conditions de travail existent depuis 1978 et sont renouvelées environ tous les sept ans (1984, 1991, 1998 et 2005). La dernière, qui date de 2005, est en cours d'exploitation. Ces enquêtes visent à éclairer le débat public sur le thème des conditions et de l'organisation du travail.

Arnaudo, B., et al. (2007). "Présentation de l'enquête française SUMER 2002-2003 menée en France auprès de médecins du travail." Santé Société et Solidarité : Revue de l'observatoire Franco-Québécois de La Santé et de La Solidarité (2/2006): 135-138.

Cet article présente l'Enquête Sumer 2002-2003 menée en France auprès des médecins du travail. Cette enquête transversale fournit une évaluation des expositions professionnelles des salariés, de la durée de ces expositions et des protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition.

Arnaudo, B., et al. (2006). "Contraintes posturales et articulaires au travail." Premières Informations et Premières Synthèses(11.2)

Cette analyse repose sur les résultats de l'enquête Sumer 2002-2003. Selon l'enquête, 32 % des salariés sont exposés à des situations fatigantes : fréquents déplacements à pied, position debout prolongée, gestes répétitifs à cadence élevée. 21 % des salariés sont confrontés à des postures pénibles : à genoux, les bras en l'air ou dans une position en torsion. Enfin, 10 % des salariés sont exposés à des contraintes cervicales. Au total, près d'un salarié sur deux subit au moins une contrainte posturale ou articulaire qui peut être jugée lourde. Les postures pénibles concernent en premier lieu les ouvriers de type artisanal, mais également les femmes employées dans le commerce ou les services aux particuliers. Les postures fatigantes touchent plutôt les ouvriers de type industriel. Les ouvrières de l'industrie sont particulièrement concernées par les gestes répétitifs, les femmes employées et cadres par les contraintes cervicales.

Goldberg, M. i. (2006). "La place de la santé au travail dans la santé publique." Actualité et Dossier En Santé Publique(57): 17-70.

Les facteurs professionnels pèsent d'un grand poids sur la santé des populations. Les maladies d'origine professionnelle sont nombreuses et diverses, les facteurs de risque sont eux-mêmes très variés. La santé au travail est un domaine qui fait depuis longtemps l'objet d'un encadrement particulier. Il existe une administration spécifique, de nombreux textes législatifs et réglementaires, des structures gestionnaires associant les "partenaires sociaux" au niveau des entreprises, des organismes de sécurité sociale. Malgré cela, les risques pour la santé susceptibles d'être générés par les conditions de travail et les expositions professionnelles sont dans l'ensemble mal connus et sous-estimés. Ce dossier a pour objectif de mieux faire connaître au monde de la santé publique les problèmes actuels de la santé au travail.

Gregoire, D. (2006). "Jeunes travailleurs : danger santé !" Hesa Newsletter : Bulletin D'information Du Département Santé Sécurité E.T.U.I.-R.E.H.S.(30-31): 15-42.

Les études européennes et internationales confirment toutes que les jeunes sont plus souvent victimes d'un accident du travail en raison de leur goût du risque et de leur inexpérience. Mais cet article s'interroge aussi sur les conditions de travail des jeunes, qui se sont dangereusement précarisées ces dernières années : montée du chômage, industries du fast-food, travail des mineurs, etc.

Gregoire, D. (2006). "SUMER : tentative cartographique de l'exposition aux risques du travail en France." Hesa Newsletter : Bulletin D'information Du Departement Santé Sécurité E.T.U.I.-R.E.H.S.(30-31): 10-12.

Cet article présente et commente les premiers résultats de l'enquête française Sumer sur la santé des salariés.

Imbernon, E. et Goldberg, M. (2006). "Connaître les liens entre santé et travail." Actualité Et Dossier en Santé Publique(57): 18-30.

Les facteurs professionnels pèsent d'un grand poids sur la santé des populations. Les maladies d'origine professionnelle sont nombreuses et diverses, les facteurs de risque sont eux-mêmes très variés. Les expositions à des nuisances sont donc souvent à l'origine de problèmes de santé physique et mentale. Les principales sources statistiques disponibles en France proviennent de l'enquête Sumer du ministère du travail, qui donne une photographie "instantanée" des expositions professionnelles. Entre 1994 et 2003, l'exposition des salariés à la plupart des risques et pénibilités du travail a eu tendance à s'accroître.

Leclerc, A. (2006). "Contribution des facteurs professionnels aux inégalités sociales de santé." Actualité et Dossier en Santé Publique(57): 63-65.

Pour réduire les inégalités, le travail ne doit pas être source de dangers pour la santé. Il doit s'effectuer dans de bonnes conditions et l'emploi doit pouvoir être conservé, même si le niveau de performance baisse ou si la santé se dégrade.

Leroyer, A., et al. (2006). "Prospective evaluation of the impact of a change in the organization of work on perceived stress and health in assembly-line workers in an automobile plant." Revue d'épidémiologie et de Santé Publique 54(1): 15-25

Position du problème : Dans un contexte de compétitivité des marchés de la construction automobile, les conséquences sur la santé des modifications organisationnelles du travail ont été peu évaluées. L'objectif de cette étude était de déterminer l'impact sur la santé des salariés d'une nouvelle organisation du travail mise en place au sein d'une entreprise de construction automobile. Méthodes : Il s'agissait d'une étude avant/après concernant 80 salariés de l'usine. Les évaluations de la perception du stress et de la santé ont été réalisées avant, puis 4 et 12 mois après le début des modifications organisationnelles, à l'aide d'une des versions françaises du Job Content Questionnaire évaluant le stress au travail, d'une échelle de santé perçue et du taux de fréquentation de l'infirmerie. Toutes les comparaisons avant/après ont été réalisées à l'aide de tests pour séries appariées. Résultats : Une augmentation significative des scores de demande psychologique et physique ainsi qu'une diminution significative du score de santé perçue ont été observées à 4 et 12 mois après le début des modifications organisationnelles. Les scores de latitude décisionnelle et de support social sont restés inchangés au cours du suivi et il n'a pas été observé d'augmentation significative du nombre de sujets stressés (demande psychologique élevée et latitude décisionnelle faible) dans le groupe étudié. Enfin, le taux de fréquentation de l'infirmerie par ces salariés a significativement augmenté durant la période étudiée. Conclusion : Ces résultats ont montré que le ressenti des salariés face à des modifications organisationnelles du travail était différent selon les axes étudiés, et qu'au final la perception globale était plus complexe que ce que l'on attendait au vu des modifications entreprises. (résumé d'auteur).

Molinie, A. F. (2006). "Les salariés quinquagénaires, entre fragilisation et protection." Retraite Et société(49): 12-37

Cet article décrit la situation actuelle des salariés quinquagénaires, entre sélection et protection, à partir d'une approche centrée sur la santé. L'auteur rappelle d'abord rapidement quelques travaux récents venant conforter l'hypothèse de sélection-exclusion de l'emploi, en lien avec la santé. À partir de l'enquête interprofessionnelle - Santé et vie professionnelle après 50 ans - (SVP 50) réalisée en 2003, l'auteur examine ensuite les enjeux de santé au travail des quinquagénaires, en insistant sur le fait que les liens entre les problèmes de santé et les difficultés qu'ils peuvent entraîner dans le travail sont loin d'être mécaniques. L'auteur part de la question des pathologies, puis l'élargit à l'ensemble des troubles de santé ressentis par les personnes, pour essayer d'identifier les facteurs qui peuvent engendrer davantage de difficultés ou, au contraire, faciliter l'activité, pour travailler avec ces problèmes de santé.

Roquelaure, Y., et al. (2006). "Problèmes spécifiques actuels de la santé au travail." Actualité Et Dossier en Santé Publique(57): 42-56.

Si les maladies d'origine professionnelle sont nombreuses et diverses - troubles musculo-squelettiques, cancers, affections psychologiques, etc. - les facteurs de risque peuvent être aussi bien des nuisances chimiques ou physiques que du stress ou des rythmes de travail inappropriés. S'il existe des possibilités d'intervention pour les acteurs de la santé au travail, encore faut-il que ceux-ci puissent se faire entendre. Pour qu'il en soit ainsi, les pouvoirs publics ont un rôle à jouer, en combinant des politiques de coercition, d'incitation, d'information et d'encouragement à la négociation.

Askenazy, P. (2005). "Sur les sources de l'intensification." Revue Économique 56 (2): 217-236

L'intensification du travail et/ou la dégradation des conditions de travail des salariés européens semblent confirmées par de nombreuses études de cas, ou exploitations des enquêtes " conditions de travail ". Une littérature moins fournie s'interroge sur les déterminants de cette intensification. Trois hypothèses dominent comme facteurs mécaniques ou d'acceptation des conditions de travail dégradées : déterminisme technologique ou organisationnel, désyndicalisation, et peur du chômage. Cet article analyse ces hypothèses. En particulier, on propose une exploitation empirique originale de l'enquête " conditions de travail " française pour tester l'effet peur de perte d'emploi.

Gollac, M. (2005). "L'intensité du travail : formes et effets." Revue Économique 56 (2): 195-216, 193

La transformation des organisations, au cours des années 1980 et 1990, s'est accompagnée de l'apparition ou de la diffusion de diverses formes d'intensité du travail. Cette intensification est une cause de la dégradation des conditions de travail ressentie par les salariés. Toutes choses égales par ailleurs, l'intensité du travail est associée à une augmentation des pénibilités physiques et psychologiques et des risques. Les organisations déficientes, maîtrisant mal la complexité, sont particulièrement pernicieuses. Cependant, l'intensification ne peut être assimilée à une dégradation générale du travail et du rapport au travail. Elle peut correspondre à un investissement de soi gratifié et gratifiant, tout en induisant un risque de souffrance mentale plus élevé.

Guignon, N. et Sandret, N. (2005). "Les expositions aux produits cancérigènes." Premières Informations et Premières Synthèses

Cette analyse repose sur les résultats de l'enquête Sumer 2002-2003. Parmi les 28 produits cancérigènes repérés dans l'enquête, huit touchent une proportion importante de salariés exposés aux produits cancérigènes. Il s'agit des huiles entières minérales, du benzène, du perchloroéthylène, du trichloroéthylène, de l'amiante, des poussières de bois, des gaz d'échappement diesel et de la silice cristalline. Ces huit produits représentent 2,4 millions d'expositions, soit les deux tiers des expositions aux produits cancérigènes. 2 260 000 salariés sont exposés à ces huit produits.

Guignon, N., et al. (2005). "Les expositions aux produits mutagènes et reprotoxiques." Premières Informations Et Premières Synthèses(32.1)

Cette analyse repose sur les résultats de l'enquête Sumer 2002-2003. Environ 186 000 salariés sont exposés à des produits mutagènes et près de 180 000 des produits reprotoxiques. Ce sont les ouvriers exerçant des fonctions de maintenance ou de production qui sont les plus concernés.

Leclerc, A., et al. (2005). "La situation épidémiologique des troubles musculo-squelettiques : des définitions et des méthodes différentes, mais un même constat." Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire(44-45): 218-219

L'article présente les définitions de plusieurs pays européens pour le terme "TMS", troubles musculo-squelettiques. Il compare les enquêtes menées en Europe sur ces affections survenant chez les travailleurs effectuant des tâches répétitives. Le coût des TMS est évoqué. Les facteurs de risque sont analysés.

Arnaudo, B., et al. (2004). "L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 : premiers résultats de l'enquête SUMER 2003." Premières Informations Et Premières Synthèses(52.1)

Entre 1994 et 2003, l'exposition des salariés à la plupart des risques et pénibilités du travail a eu tendance à s'accroître. Cette tendance recouvre toutefois des évolutions divergentes, certaines expositions augmentant, d'autres diminuant parfois de manière sensible. Ainsi, les longues journées de travail sont devenues plus rares et le travail répétitif est moins répandu. Mais les contraintes organisationnelles se sont globalement accrues, les pénibilités physiques également. L'exposition à des agents biologiques est restée stable, mais l'exposition aux produits chimiques a progressé. Dans l'ensemble, les risques et pénibilités ont davantage augmenté pour les ouvriers et les employés, ainsi que dans l'agriculture et la construction.

Bartley, M., et al. (2004). "Employment status, employment conditions, and limiting illness : prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001." Journal of Epidemiology and Community Health **58**(6): 501-506.

Bressol, E. r. (2004). "Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés." Avis Et Rapports Du Conseil Économique Et Social (2004-10): 131.

Durant ces trente dernières années, le travail a profondément changé et, avec lui, ses effets sur la santé des salariés. Parmi les nouveaux risques recensés, certains peuvent mettre en jeu la santé mentale des travailleurs. Pour le Conseil économique et social la santé au travail constitue un véritable enjeu de santé publique, qui nécessite une approche pluridisciplinaire et le concours de tous les acteurs de terrain concernés (résumé d'auteur).

Guignon, N. et Pailhe, A. (2004). "Les conditions de travail des seniors." Premières Informations Et Premières Synthèses(19.2)

Les travailleurs âgés jugent leurs conditions de travail plus favorablement que leurs cadets : leurs horaires sont plus prévisibles, ils disposent de plus d'autonomie, subissent moins de pénibilités physiques et mentales. Toutefois, de 1984 à 1998, l'intensité de leur travail a augmenté et leurs conditions de travail se sont dégradées, autant que pour les salariés plus jeunes (Résumé d'auteur). Ces données sont tirées des enquêtes Conditions de travail réalisées en complément de l'Enquête Emploi de l'INSEE.

Legeron, P. (2004). "Le stress au travail : de la performance à la souffrance." Droit Social (12): 1086-1090, 1081

Toutes les études confirment que le stress devient une réalité inquiétante dans le monde du travail et touche aujourd'hui l'ensemble des sociétés industrielles modernes. Il a des conséquences négatives importantes sur le bien-être des travailleurs et sur les performances des organisations qui les emploient. De plus, par ses effets sur la santé et la productivité, le stress a aussi beaucoup d'impact sur l'économie. Cet article décrit tout d'abord la réalité du stress professionnel, puis analyse son impact sur les individus. Puis il présente les différentes sources de stress au travail, et termine sur la façon de lutter contre le stress au travail.

Malenfant, R. (2004). "Précarisation du travail et inégalités sociales de santé ? De la stabilité à la précarité d'emploi : le récit d'une expérience de travail délétaire." Santé société Et Solidarité : Revue De L'observatoire Franco-Québécois(2): 137-145.

Qu'il s'agisse de filières d'emploi, d'exigences requises ou de conditions de travail et de tâches à accomplir, le travail et l'absence de travail peuvent être source d'inégalités sociales et d'inégalités de santé. Les conditions d'accès à l'emploi, l'organisation du travail, les tâches exercées et les rapports sociaux en cause font du travail une expérience structurante ou, à l'opposé, une expérience délétaire. L'objectif de cet article est d'illustrer le processus de précarisation du travail et de la santé en relatant l'histoire professionnelle d'une travailleuse (résumé d'auteur).

Pailhe, A. (2004). "Age et conditions de travail." Gérontologie Et société(111): 113-130

Depuis les années 1980, les conditions de travail ont tendance à se dégrader, principalement en raison de l'intensification du travail. Les salariés âgés forment un groupe particulièrement vulnérable à ces transformations ; c'est pourquoi nous étudions en quoi les protections de ces salariés qui prévalaient dans les années 1970 perdurent. Les enquêtes sur les conditions de travail (DARES, INSEE, 1984, 1991 et 1998) montrent que les plus de 50 ans demeurent relativement protégés tant des contraintes physiques, que des horaires atypiques, de l'intensification du travail ou encore des exigences marchandes. Les jeunes, eux, se déclarent plus exposés à l'ensemble de ces risques. Cependant, la progression de l'exposition aux différentes contraintes s'exerce quel que soit l'âge des salariés ; un lissage entre les différentes générations s'amorce sur la période 1991-1998.

Derriennic, F., et al. (2003). "Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés." Travail Et Emploi (96): 37-53

Après 55 ans, les taux d'activité français sont parmi les plus bas en Europe. Ces sorties d'emploi sont liées aux effets des politiques économiques globales et à la contraction du

marché de l'emploi, mais on sait assez peu de choses sur les caractéristiques personnelles des personnes concernées. L'exploitation des résultats de l'enquête ESTEV menée auprès de salariés âgés de 52 ans en 1990 et revus 5 ans après par des médecins du travail montre que, passé 52 ans, les sorties d'emploi sont très fréquentes. La santé apparaît comme un puissant facteur de sélection mais également l'organisation du travail.

Niezborala, M., et al. (2003). "Job stress and occupational status in a French cohort." Revue D'épidémiologie et de Santé Publique 51(6): 607-616

L'objectif de ce travail était de rechercher, dans une cohorte professionnelle française et diversifiée, l'existence de relations entre l'exposition à divers facteurs de stress professionnels, d'un côté, et la catégorie socio-professionnelle et certaines caractéristiques socio-démographiques des salariés, de l'autre. Les données sont issues du premier recueil de l'enquête VISAT (Vieillesse, santé, travail) en 1996. Les participants ont été tirés au sort dans les effectifs d'une centaine de médecins du travail du sud-ouest de la France.

(2002). "Accidents, accidentés et organisation du travail : résultats de l'enquête sur les conditions de travail en 1998." Premières Informations et Premières Synthèses (20.1)

Qui sont les accidentés du travail ? En quoi sont-ils différents des autres salariés ? S'en distinguent-ils par leurs caractéristiques individuelles ou par des situations de travail particulières ? Réalisé à partir de la quatrième édition de l'enquête " Conditions de travail ", ce bulletin apporte des éléments de réponse à ces questions à travers l'étude du lien entre organisation et conditions de travail, caractéristiques individuelles des salariés et accidents. Les données portent entre mars 1997 et mars 1998, et recensent pour chaque salarié les accidents survenus dans les 12 derniers mois (et, le nombre de jours d'arrêts, s'il y avait lieu), son signalement à l'employeur, son inscription dans la procédure officielle (enregistrement à l'infirmerie de l'entreprise ou déclaration à la Sécurité sociale), et enfin sur son indemnisation éventuelle.

Koukoulaki, T., et al. (2002). "Le stress au travail." Bts Newsletter : Bulletin D'information Du Bureau Technique Syndical Européen Pour La Santé et la Sécurité (19-20): 66

Ce numéro ne se veut pas une étude encyclopédique des multiples facettes du stress lié au travail. Il vise à donner un aperçu des thèmes traités actuellement par les politiques de prévention du stress en Europe, à situer le contexte et à ouvrir le débat sur les futures actions européennes. Ce numéro spécial s'ouvre sur un état des lieux de la prévention du stress en Europe basé sur des résultats d'enquêtes (notamment celle de la Fondation de Dublin). La deuxième partie se penche sur les initiatives européennes en matière de stress avec la présentation du Manuel d'orientation sur le stress lié au travail du professeur Lévi. La troisième partie débute par un aperçu des initiatives législatives nationales sur le harcèlement moral en France, en Belgique et en Suède. Y sont passés en revue de manière approfondie les statistiques nationales, les sondages, les initiatives gouvernementales et syndicales, ainsi que les débats nationaux sur le stress.

Hamon-Cholet, S., et al. (2001). "Accidents du travail, au-delà des chiffres." Travail Et Emploi(88): 63

Le principal outil du système statistique français sur les accidents du travail des salariés en France, par le biais de la Cnamts, propose à la fois un panorama riche et restreint : il recense tous les accidents reconnus et indemnisés, mais n'apporte que peu d'informations sur les accidentés (en dehors du sexe, de l'âge, du groupe socio-professionnel), sur l'entreprise et

l'établissement (sa taille par exemple) et sur les conditions de survenue des accidents, car la nomenclature des facteurs de survenue est assez sommaire. Or, il est reconnu que les accidents sont liés à l'organisation du travail. La quatrième enquête « Conditions de travail », enquête complémentaire à l'enquête « Emploi » de l'INSEE apporte de nouveaux outils et indicateurs sur les accidents du travail et les accidentés. En permettant le lien entre organisation, conditions de travail et accidents, tout en tenant compte des facteurs socio-démographiques des salariés, elle contribue à une meilleure connaissance des accidents reconnus ou non, des accidentés et des conditions de survenue des accidents. En étant totalement indépendante de la déclaration officielle, elle permet les premiers pas d'une réflexion sur le processus de déclaration / reconnaissance des accidents. Les articles présentés dans ce dossier rassemblent à la fois une première exploitation statistique des résultats de l'enquête, mais aussi une investigation plus qualitative sur la reconnaissance des accidents et des accidentés, de leur parcours professionnel pré- et post-accident d'une part, des contextes organisationnels qui favorisent l'émergence de facteurs d'accidentalité d'autre part.

Hamon-Cholet, S. et Rougerie, C. (2001). "La charge mentale au travail : des enjeux complexes pour les salariés." *Economie Et Statistique*(339-340): 243-255

Roche, P., et al. (2001). "Santé et travail." *Prévenir*(40): 245.

(2000). "Efforts, risques et charge mentale au travail. Résultats des enquêtes "Conditions de travail" 1984, 1991 et 1998." *Les Dossiers De La Dares*(HS/99)

En 1998, les salariés ne sont guère plus nombreux qu'en 1991 à considérer qu'ils sont exposés à des efforts physiques et à des risques au cours de leur travail. En revanche, il arrive beaucoup plus souvent qu'ils en cumulent plusieurs. Les contraintes posturales touchent aujourd'hui autant les métiers de la santé, et les employés de commerce que les ouvriers. Ces derniers restent cependant ceux qui subissent le plus de risques et font le plus d'efforts. La charge mentale du travail est plus difficile à mesurer que sa pénibilité physique. L'enquête permet néanmoins de quantifier certains de ces facteurs. Beaucoup ont augmenté entre 1991 et 1998, en particulier la crainte d'encourir des sanctions en cas d'erreur. Les tensions avec le public s'accroissent. Certains facteurs de charge mentale dépendent de la fonction qu'exercent les salariés. Ainsi, être obligé de se dépêcher est plus fréquent dans les fonctions commerce et logistique, tandis que devoir changer inopinément de tâche caractérise plutôt la fonction administrative. Ces résultats proviennent des enquêtes Conditions de travail de 1984, 1991 et 1998. Les données présentées ici concernent uniquement les salariés.

Rapports

Ministère chargé du travail (2017). Conditions de travail : Bilan 2015. Paris Ministère du travail http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/ct_2015_inter.pdf

Cet ouvrage, préparé annuellement par le ministère chargé du travail et présenté aux partenaires sociaux, réunis au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) lors du second semestre 2016, dessine un panorama global de l'action en faveur de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.

Sebaoun, G. (2017). Rapport d'information sur le syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out). Paris Assemblée Nationale
<http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-info/i4487>

Le « syndrome d'épuisement professionnel », ou « burn out », désigne l'ensemble de troubles psychiques que subissent les travailleurs confrontés à un environnement professionnel délétère. Les bouleversements économiques et l'irruption de nouvelles méthodes ont conduit à une révolution silencieuse dans la nature et les conditions du travail et ont fait du burn out un phénomène croissant dans les sociétés contemporaines. Il est cependant difficile de caractériser ce syndrome au plan médical, donc de qualifier sa réalité et de quantifier sa prévalence. Ses dimensions sont multiples, à la fois médicales, juridiques, économiques et sociales. Les dispositifs actuels de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles ne sont pas adaptés à la prise en charge des victimes d'épuisement professionnel. Il faut donc repenser la prévention des risques psychosociaux dans une politique plus vaste de promotion de la qualité de vie au travail et de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. En attendant que le burn out puisse être compté de plein droit au nombre des maladies professionnelles, le rapport propose d'améliorer les dispositifs existants et d'évaluer le coût social des pathologies psychiques liées au travail.

Barnay, T. et Defevbre, E. c. (2016). Quelles trajectoires de santé des seniors après la retraite ? L'effet des conditions de travail et de vie. Paris Chaire Transitions démographiques, transitions économiques
<http://tdte.fr/article/show/quelles-trajectoires-de-sante-des-seniors-apres-la-retraite-l-effet-des-conditions-de-travail-et-de-vie>

En France, aucune étude n'évalue l'effet de la retraite et des conditions de travail sur la santé des personnes retraitées, c'est l'objectif de ce rapport. Pour ce faire, il envisage dans une partie contextuelle de présenter les dispositifs de santé au travail, puis de donner quelques éléments de littérature économique. Enfin trois études économétriques fondées sur l'exploitation de l'enquête Santé et Itinéraire professionnel sont présentées : l'influence des conditions de travail sur la santé des retraités, les déterminants de la dégradation de la santé des retraités et l'influence de la retraite sur la santé.

(2015). Conditions de travail : Bilan 2014. Paris Ministère du travail: 655

Cet ouvrage, préparé annuellement par le ministère chargé du travail et présenté aux partenaires sociaux, réunis au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) lors du second semestre 2015, dessine un panorama global de l'action en faveur de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.

(2015). Plan santé au travail 2016-2020. Paris Ministère chargé du travail

En fonction des orientations définies par le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT), le troisième plan santé travail est structuré autour de trois axes : deux axes stratégiques principaux : donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention, améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise ; un axe « support » transversal : renforcer le dialogue social et les ressources de la politique de prévention, en structurant un système d'acteurs, notamment en direction des TPE-PME.

D'Almeida, S., et al. (2015). L'état de santé de la population en France - Édition 2015. Études et Statistiques. Paris : DREES

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie la 6e édition du rapport sur l'État de santé de la population en France, rédigé avec l'ensemble des producteurs de données. À travers plus de 200 indicateurs, ce panorama détaillé de la santé conjugue approches par population, par déterminants et par pathologies, illustrant l'état de santé globalement favorable des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontées les politiques publiques, dont les inégalités sociales de santé. Mortalité, espérance de vie à la naissance ou à 65 ans, mortalité cardio-vasculaire : au regard de ces grands indicateurs, l'état de santé en France se révèle globalement favorable, comparé aux autres pays développés. Les Français vivent toujours plus longtemps, même s'ils souffrent davantage de pathologies chroniques et d'incapacités fonctionnelles, conséquences de ce vieillissement de la population. Mais ce bon diagnostic est à nuancer par l'existence de disparités persistantes, notamment entre les femmes et les hommes, entre les régions et entre les différentes catégories sociales.

Wolff, L., et al. (2015). Les changements dans le travail vécus au fil de la vie professionnelle, et leurs enjeux de santé. Une analyse à partir de l'enquête SIP. Rapport de recherche ; 94. Noisy Le Grand : CEE

Ce rapport présente un ensemble d'analyses menées au sein de l'unité "Âges et Travail" et du groupement scientifique Creapt, à partir des deux vagues de l'enquête Santé et Itinéraires Professionnels (SIP) initiée par la Drees et la Dares. Ces analyses sont consacrées aux changements dans les situations de travail, vécus par les enquêtés au fil de leurs itinéraires, tels qu'ils ressortent : des « changements importants » que ceux-ci ont mentionnés dans l'interrogation rétrospective de la première vague d'enquête en 2006 ; des modifications de conditions de travail lors de changements d'emploi (avec ou sans phase intermédiaire sans emploi), indiqués aussi dans cette interrogation rétrospective ; et des différences éventuelles entre les conditions de travail en 2006 et 2010 pour les enquêtés qui étaient au travail aux deux dates. Le but de l'étude est de caractériser ces changements, d'apprécier les facteurs (notamment l'âge et la date de survenue) qui influencent leur contenu et de repérer leurs liens divers avec la santé.

(2014). Conditions de travail : Bilan 2013. Paris : Ministère du travail

Cet ouvrage décrit, tout d'abord, le système français de prévention des risques professionnels, puis aborde les actions européennes et internationales en matière de santé et sécurité au travail. Il présente les principaux résultats statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail en France. Les missions permanentes du ministère chargé du Travail et du ministère chargé de l'Agriculture en matière d'amélioration des conditions de travail font également l'objet de présentations dédiées. De plus, l'activité des instances de gouvernance et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (COCT, Branche AT/MP, ANACT, Anses, InVS, IRSN, OPPBTP) est également retracée dans cet ouvrage. Enfin il fait un bilan des activités structurantes pour 2013 : réforme de la médecine du travail, prévention de l'exposition aux risques chimiques, évaluation des équipements de prévention individuelle (EPI), prévention du risque hyperbare, prévention de la pénibilité.

(2014). Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Politiques et pratiques de ressources humaines - Faits et chiffres. Edition 2014. Paris : La Documentation française

Le Rapport annuel sur l'état de la fonction publique édition 2014 reflète la volonté de modernisation de l'action publique à travers ses deux parties. Le titre, « Politiques et pratiques de ressources humaines » met en évidence les trois axes structurants de la politique des ressources humaines 2013-2014, à savoir la modernisation de la gestion des ressources humaines, la valorisation et la diversification des parcours professionnels, enfin les actions de lutte contre la précarité et de promotion de l'égalité hommes/femmes. Ces trois items basés notamment sur l'agenda social de la fonction publique démontrent la double volonté de moderniser la fonction publique et d'améliorer la situation des agents. Le titre du rapport, « Faits et chiffres », propose un bilan social de la fonction publique, combinant des vues sur l'ensemble de la fonction publique, un dossier d'analyse (les risques psychosociaux dans la fonction publique), et des fiches thématiques détaillées. L'harmonisation progressive des données statistiques sur les trois versants de la fonction publique (État, territoriale et hospitalière) permet d'offrir des analyses de référence sur l'emploi, les recrutements, les départs à la retraite et les rémunérations comparables autant que possible sur l'ensemble de la fonction publique et par versant.

Celerier, S. . et Daubas-Letourneux, V. (2014). Travail indépendant : santé et conditions de travail : actes du colloque. Rapport de recherche ; 85. Noisy-le-Grand : CEE

Ce document rassemble quatorze contributions présentées lors d'un colloque international intitulé « Travail indépendant : santé et conditions de travail » qui s'est tenu le 18 septembre 2013 à Paris. Cette manifestation s'inscrivait dans la suite de recherches récentes renouvelant l'approche du travail indépendant par l'ouverture à de nouvelles questions. L'exploration plus systématique des conditions de l'exercice professionnel de ces travailleurs et l'examen de leur santé sont deux de ces thématiques émergentes que le colloque souhaitait approfondir. Chercheur-e-s, responsables d'études, doctorant-e-s et tout professionnel concerné par la question, étaient donc invités à présenter leurs travaux et à confronter leurs résultats. Les sociologues ont largement répondu à l'appel et une grande partie des textes présentés se réclament donc de cette discipline. S'y ajoutent heureusement les contributions venant de l'épidémiologie, de la statistique, de la santé publique et de la psychologie.

Chappert, F. et Therry, P. (2014). Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2012. Lyon : ANACT

Ce rapport de l'Anact met à jour l'analyse de données de santé au travail (accidents de travail, accidents de trajet, et maladies professionnelles reconnues) fournies par la CNAMTS au regard du genre. Cette analyse sexuée par branche d'activité renouvelle et questionne les conditions de travail des femmes et des hommes salariés en France. Il met notamment en lumière l'existence d'inégalités entre les hommes et les femmes en matière de santé au travail.

(2013). Conditions de travail. Bilan 2012. Paris : Ministère du travail

Cet ouvrage, dans cette nouvelle édition, décrit le système français de prévention des risques professionnels, les principaux volets de la politique conduite en 2012 en matière de santé et sécurité au travail ainsi que le cadre, les évolutions normatives de l'action européenne et internationale dans ce domaine. Il présente les principaux résultats statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Il met également en avant les actions prioritaires, nationales et territoriales, menées en lien avec le Plan santé au travail 2010-2014 en privilégiant une entrée thématique déclinée par

l'ensemble des acteurs de la santé au travail. Les thèmes suivants sont ainsi développés : la prévention du risque amiante ; • La prévention des risques psychosociaux ; La prévention de la pénibilité ; la réforme de la médecine du travail ; la prévention du risque pyrotechnique. Les missions permanentes du ministère chargé du Travail et du ministère chargé de l'Agriculture en matière d'amélioration des conditions de travail font également l'objet de présentations dédiées. De plus, l'activité des instances de gouvernance et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (COCT, Branche AT/MP, ANACT, Anses, InVS, IRSN, OPPBTP) est également retracée dans cet ouvrage (résumé de l'éditeur).

Bensadon, A. C., et al. (2013). Interactions entre santé et travail. Paris Igas ;

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a inscrit à son programme d'activité 2012-2014 une mission portant sur la santé au travail. Elle visait, à partir de pathologies dites « traçantes », à identifier les interactions entre santé au travail, santé publique et santé environnementale. Cette mission ne concerne que la santé au travail des salariés du secteur privé. C'est à partir de quatre illustrations concrètes portant sur santé au travail et maladies cardiovasculaires, polyarthrite rhumatoïde, addictions et nanoparticules, que la mission a choisi d'effectuer cette analyse. A l'issue de ces travaux, quatre axes d'amélioration sont identifiés : mieux appréhender l'impact des conditions de travail sur la santé, être attentif à l'évolution technique et organisationnelle du monde du travail, veiller à ce que l'activité professionnelle n'aggrave pas des pathologies préexistantes, utiliser le lieu de travail comme lieu de promotion de la santé.

(2012). Conditions de travail : Bilan 2011. Paris : La documentation Française

Le Comité permanent du Conseil d'orientation sur les conditions de travail a examiné le 15 mai 2012 le bilan annuel des conditions de travail 2011. Cet ouvrage présente le système français de prévention, les principaux volets de la politique conduite en 2011 en matière de santé et sécurité au travail ainsi que le cadre et les actions de l'Union européenne. Il développe les principaux résultats des plus récentes enquêtes statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail et fournit les données chiffrées 2010 sur les AT-MP (déjà connues) et celles sur la médecine du travail pour l'année 2011 (les effectifs Sauveteurs et secouristes du travail et médecins du travail sont en baisse). Le rapport présente également les actions prioritaires, nationales et territoriales, menées en lien avec le Plan santé au travail 2010-2014, en privilégiant une entrée thématique déclinée par l'ensemble des acteurs de la santé au travail : La réforme de la médecine du travail ; La prévention de la pénibilité ; La prévention du risque chimique ; La prévention du risque routier professionnel ; La prévention du risque hyperbare ; La surveillance du marché des machines

Amosse, T., et al. (2012). Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans les enquêtes SIP. (In) visibilité et inscriptions dans les trajectoires professionnelles. Rapport de recherche ; 76. Noisy-le-Grand : CEE: 203

L'analyse des carrières suite à un accident du travail ou une maladie d'origine professionnelle a donné lieu à une recherche financée par la Dares et la Drees dans le cadre d'un appel à exploitation de l'enquête Santé et Itinéraire professionnel (SIP). Cette recherche pose comme centrale la question des articulations entre l'inscription institutionnelle et l'inscription biographique des accidents du travail et des maladies ou problèmes de santé liés au travail.

Duguet, E. et Le Clainche, C. (2012). Une évaluation de l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur la reprise du travail après un cancer. Rapport de recherche ; 159. Noisy-le-Grand : CEE

Cette étude évalue l'impact d'un aménagement des conditions de travail sur le retour au travail après un cancer. En appliquant une méthode d'appariement, nous trouvons que, toutes choses égales par ailleurs, l'obtention d'un aménagement augmente fortement la probabilité de retour au travail et améliore l'état de santé autoévalué. Toutefois, pour les hommes, ceci va de pair avec un sentiment de pénalisation au travail et une baisse des revenus du ménage causée par la maladie, dans le cas d'un aménagement de la durée ou des horaires de travail. Pour les femmes, la même conclusion s'applique lors d'un aménagement du poste de travail.

Gollac, M. et Bodier, M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser - Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Ce rapport propose un dispositif de suivi des risques pour la santé mentale provoqués par certaines conditions d'emploi, d'organisation, et de relations au travail. Il résulte de la mise en œuvre d'une des propositions du rapport de Philippe Nasse et Patrick Légeron remis au ministre du travail en mars 2008, qui recommandait notamment la construction d'un indicateur global du stress. Le rapport du Collège préconise de mettre en place des indicateurs nationaux pour suivre six types de facteurs de risques psychosociaux au travail : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, la souffrance éthique, l'insécurité de la situation de travail. Le rapport précise que ces facteurs ne doivent pas être envisagés séparément et que leurs effets dépendent aussi de la durée d'exposition. Par ailleurs, des événements traumatisants, comme un licenciement ou une restructuration, peuvent rendre plus sensible à certains de ces facteurs. Le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail recommande la réalisation d'une première enquête complète en 2015. Il propose une liste de variables à mesurer et un procédé de questionnement, incluant un suivi en panel.

Lefrand, G. (2011). Rapport d'information sur les risques psychosociaux au travail. Rapport d'information ; 3457. Paris : Assemblée Nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté le rapport d'information sur les risques psychosociaux au travail présenté par le député Guy Lefrand. Ses recommandations portent sur une meilleure formation des chefs d'entreprise et des managers, la labellisation par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) des entreprises performantes en matière de santé au travail, l'inclusion des risques psychosociaux dans le document unique d'évaluation des risques professionnels, et le renforcement des CHSCT (Commission d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail) dont les membres seraient élus au suffrage direct pour renforcer leur visibilité et leur légitimité. Dans ce rapport, le député part du constat de l'indéniable impact sur la santé des salariés des risques psychosociaux (RPS), qui recouvrent l'excès de stress mais aussi le harcèlement, et indique que 20 % des arrêts maladie de plus de 45 jours y seraient liés. Sans oublier qu'environ 400 suicides par an seraient liés au travail. Il note que ces problèmes de stress au travail "engendrent un coût économique important pour l'entreprise comme pour la collectivité" évalué par l'INRS entre 2 et 3 milliards d'euros, ce qui équivaut à environ 14,4

% et 24 % des dépenses de la branche AT/MP. La mission d'information estime que la création "d'un label, santé et qualité de vie au travail, serait de nature à inciter les entreprises à mettre en place des actions concrètes dans le domaine des risques psychosociaux et permettrait de valoriser les entreprises soucieuses du bien-être de leurs salariés".

Danet, S., et al. (2011). L'état de santé de la population en France : rapport 2011 (Suivi des objectifs de santé publique). Etudes et Statistiques. Paris : La documentation française

La synthèse de cette cinquième édition donne une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France, en conjuguant les approches démographiques et sociales et l'approche par déterminants et pathologies à partir des données disponibles les plus récentes. Elle a été établie d'après la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux et le suivi d'indicateurs associés à 74 objectifs spécifiques. Pour cette édition, trois dossiers thématiques viennent enrichir l'ouvrage. Ces dossiers portent sur les événements indésirables graves dans les établissements de santé, l'état de santé et la participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles, et l'état de santé après 50 ans et les conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle.

(2010). Conditions de travail - Bilan 2009. Paris La documentation Française

Cet ouvrage présente le système français de prévention, les principaux volets de la politique conduite en 2009 en matière de santé et sécurité au travail ainsi que le cadre et les actions de l'Union européenne. Il présente également le bilan de la mise en œuvre des plans gouvernementaux qui structurent désormais la politique de la prévention des risques professionnels. Il développe enfin les principaux résultats des plus récentes enquêtes statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Les données du bilan annuel des conditions de travail 2009 sont issues des analyses conduites par le ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique à partir des contributions fournies par les services centraux et déconcentrés du ministère, les autres administrations publiques concernées et les organismes de prévention des risques professionnels. Certains thèmes font l'objet d'analyses spécifiques : la compréhension et la prévention des risques psychosociaux ; la coordination en matière de sécurité et de protection de la santé sur les chantiers du BTP. L'activité des instances de gouvernance et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (COCT, ANACT, OPPBTP, AFSEET, InVS, Branche AT/MP, IRSN) est également retracée dans cet ouvrage.

(2010). Plan santé au travail. 2010-2014. Paris : Ministère chargé du travail

Ce nouveau plan Santé au travail se décline en quatre axes majeurs : Développer la production de la recherche et de la connaissance en santé au travail dans des conditions de pérennité, de visibilité et de rigueur scientifique, et en assurer la diffusion opérationnelle, jusqu'aux entreprises et à leurs salariés; Développer les actions de prévention des risques professionnels, en particulier des risques psychosociaux, du risque chimique, notamment cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et neurotoxiques, et des troubles musculo-squelettiques; Renforcer l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention, en s'attachant tout particulièrement aux entreprises de moins de 50 salariés, souvent dépourvues de représentation du personnel, mieux les informer des enjeux de la prévention et leur procurer les outils indispensables et adaptés; renforcer la coordination et la mobilisation des différents partenaires, tant au niveau national que dans les régions et

assurer, au travers de la mise en œuvre de la réforme des services de santé au travail, la place de ces acteurs dans la stratégie de prévention.

Deriot, G. (2010). Le mal-être au travail. 2 tomes. (rapport et auditions). Rapport d'information ; 642. Paris : Sénat

Sensible aux drames humains, largement médiatisés, qui se sont produits chez France Telecom et dans d'autres entreprises ou administrations publiques, la commission des affaires sociales a souhaité mieux comprendre les raisons qui ont pu conduire au suicide de salariés ou de fonctionnaires. Elle a constitué, à cette fin, une mission d'information sur le mal-être au travail, qui a organisé de nombreuses auditions et tables rondes ainsi que deux déplacements au cours du premier semestre de 2010. La mission a d'abord établi un diagnostic, qui confirme que le mal-être au travail est un phénomène qui se répand dans des proportions préoccupantes. Depuis deux ans, une réelle prise de conscience s'est cependant amorcée et des actions ont été engagées par les pouvoirs publics, les partenaires sociaux et les employeurs pour tenter d'y remédier. Pour conforter et prolonger ces initiatives, la mission formule des propositions et recommandations, qui touchent au code du travail, aux méthodes de management, aux acteurs de la prévention des risques professionnels ou encore à la réparation. Convaincue que le bien-être et l'efficacité économique vont de pair, la mission souhaite que son rapport donne une nouvelle impulsion aux efforts nécessaires pour faire reculer le mal-être au travail et contribue à replacer l'humain au centre des organisations.

Edouard, F. (2010). Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés. Paris : Editions des journaux officiels

Actuellement près d'un salarié sur cinq travaille habituellement la nuit. Cette proportion de salariés concernés par le travail de nuit ne cesse d'augmenter ces dernières années. Le présent rapport met en évidence le fait que l'exposition prolongée au travail de nuit pose, pour un nombre croissant de salariés, une véritable question de santé publique. Aux difficultés de santé viennent s'ajouter des troubles de la vie sociale et familiale. En effet, les horaires de nuit se situent à contretemps des rythmes généraux de la vie sociale, réglés sur la forme dominante de l'horaire de travail en journée. Le présent rapport préconise de promouvoir des formes d'organisation du travail qui préservent la santé des salariés et l'équilibre de leur vie familiale. Il pointe également les limites actuelles du droit du travail quant au respect du principe du recours exceptionnel au travail de nuit.

(2009). Conditions de travail - Bilan 2008. Paris : La documentation Française

Ce rapport présente le système français de prévention des risques professionnels, les principaux volets des politiques nationales conduites en 2008, ainsi que leur cadre européen. Il présente également le bilan de la mise en œuvre des plans gouvernementaux qui structurent désormais toute la politique de la prévention. Il développe enfin les principaux résultats des plus récentes études et enquêtes statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Certains thèmes font l'objet d'analyses spécifiques : la transposition de la directive "machines", l'occasion d'une actualisation des règles ; l'adoption des règlements communautaires REACH et GHS/CLP : une nécessaire gestion harmonisée des produits chimiques. L'activité des instances de gouvernances et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (CSPRP, ANACT, Branche AT/MP, OPPBTP, AFFSET, InVS, IRSN) est également retracée dans cet ouvrage.

Gollac, M. (2009). Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail. Paris : DREES

À la demande du ministre en charge du travail, un collège d'expertise a reçu pour mission de formuler des propositions en vue d'un suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Ce collège comprend des économistes, des ergonomes, des épidémiologistes, un chercheur en gestion, des chercheurs en médecine du travail, des psychologues et psychiatres, des sociologues et des statisticiens. Dans un premier temps, le collège a élaboré une batterie provisoire d'indicateurs immédiatement disponibles compte tenu des sources statistiques existantes. Chacun de ces indicateurs est pertinent, mais ils ne donnent pas encore une vue exhaustive et synthétique des risques psychosociaux au travail. Les utilisateurs sont invités à prendre connaissance des textes qui accompagnent ci-après les chiffres et qui en précisent la portée et les limites.

(2008). Activités, expérience et santé à l'épreuve des évolutions du travail : recherches dans quatre secteurs professionnels. Actes du séminaire Âges et travail 2007. Rapport de recherche ; 51. Noisy Le Grand : CEE

<http://www.fnors.org/uploadedFiles/santetravail.pdf>

Ce rapport de recherche présente les exposés et débats de l'édition 2007 du séminaire « Âges et travail » organisé par le Créapt. Le thème retenu en 2007 était : « Activités, expérience et santé à l'épreuve des évolutions du travail : recherches dans quatre secteurs professionnels ». Ces quatre secteurs sont la santé, le transport ferroviaire, la métallurgie et l'agriculture.

Cohoner, C., et al. (2008). La santé au travail dans les régions de France : contexte socio-économique, répartition de l'offre de médecine du travail en France, conditions de travail, accidents de travail, maladies professionnelles, risques psychosociaux au travail. Paris : FNORS

Giraud, F. (2008). Rapport sur la proposition de loi visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés. Rapport du Sénat ; 167. Paris : Sénat

La proposition de loi visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés constitue l'aboutissement d'un travail important et présente, à maints égards, des pistes intéressantes d'évolution des dossiers abordés. Elle mérite donc un examen détaillé, des réponses circonstanciées, des prolongements tangibles. La commission a mené cet examen et a esquissé des réponses. En ce qui concerne les prolongements, elle a montré que le dossier de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels est activement pris en charge par le Gouvernement et par les partenaires sociaux, qui préparent en ce début d'année des propositions dont le Parlement sera bientôt saisi. A l'issue de l'examen de la proposition de loi, le Sénat sera bien armé pour étudier ces propositions. La Commission des affaires sociales du Sénat considère en revanche qu'il serait inopportun de légiférer immédiatement, y compris sur les points particuliers qui lui ont paru abordés de façon pertinente. Il est loin d'être certain, a-t-elle estimé, que certaines pièces extraites de l'impressionnant puzzle soumis à l'examen du Sénat puissent commodément prendre place dans celui que le Gouvernement et les partenaires sociaux préparent de leur côté. C'est pourquoi, tout en saluant l'ambition et la qualité de la proposition de loi « santé au travail », elle a décidé de proposer le rejet de ce texte (avant-propos).

Nicot, A. M. et Roux, C. c. (2008). Pénibilité au travail. Une approche par les processus d'usure et les itinéraires professionnels. Études et documents. Lyon : ANACT

Depuis la loi du 21 août 2003, une négociation nationale interprofessionnelle sur "la définition et la prise en compte de la pénibilité" est en cours. Elle porte principalement sur la définition des conditions d'un départ anticipé en retraite, en raison des caractéristiques spécifiques de pénibilité de l'activité de travail. C'est le versant « réparation » de la notion de pénibilité. Mais la question de la "pénibilité" se pose aussi en termes de ?prévention? : comment mettre en place des conditions de travail, et de parcours professionnel, qui permettent de préserver au mieux la santé de chacun, quel que soit son poste. Et cette question constitue un enjeu social d'autant plus important avec l'allongement des carrières professionnelles.

Cohidon, C. et Santin, G. (2007). Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Santé travail. Saint Maurice : INVS

L'objectif de ce rapport est d'étudier les associations entre la déclaration de symptômes dépressifs et certaines conditions de travail au sein des catégories sociales. Il s'appuie sur les données de l'enquête décennale santé 2002-2003 menée en France en 2003 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et mises à la disposition de l'Institut de veille sanitaire (InVS). La population étudiée dans ce rapport correspond aux actifs occupant un emploi au moment de l'enquête (6 082 hommes, 5 521 femmes). La dépressivité, mesurée par le Ces-d, la description de l'emploi exercé ainsi que des conditions de travail relatives aux horaires atypiques, aux contraintes psychosociales et à la pression temporelle, ont été les principales données étudiées. La prévalence de dépressivité parmi les actifs au travail est d'environ 11%. Elle varie selon les catégories sociales et les secteurs d'activité. Les associations entre les contraintes de travail et la dépressivité varient selon la catégorie sociale et le sexe. Seule "l'aide insuffisante pour mener à bien sa tâche" est systématiquement associée à la dépressivité quelle que soit la catégorie sociale. En dépit de certaines limites, l'exploitation de cette enquête dans le domaine de la santé mentale au travail constitue un apport des connaissances jusqu'à présent peu disponibles en France, et pourrait permettre, dans un objectif de surveillance épidémiologique, d'orienter des interventions prioritaires et d'en évaluer les effets. (R.A.).

Duguay, P., et al. (2007). Sources de données sur les conditions de travail en lien avec la santé et la sécurité du travail. Document 2 - Répertoire. Études et recherches; rapport R-496. Montréal IRSST:

Les auteurs ont répertorié et examiné 20 sources de données publiques et parapubliques du Canada, des États-Unis et de l'Europe pouvant servir à établir des liens entre des conditions de travail et des atteintes à la santé ou à la sécurité des travailleurs. L'exploitation des enquêtes répertoriées peut apporter un nouvel éclairage sur les particularités du Québec, une meilleure compréhension des enjeux communs aux pays industrialisés, un enrichissement de la réflexion sur les problématiques de recherche en matière de lésions professionnelles, ainsi qu'une contribution à l'élaboration d'indicateurs pertinents et à une vision prospective de la recherche en santé et sécurité au travail. Les résultats sont présentés dans deux documents. Le premier présente une synthèse des conditions de travail abordées par les enquêtes inventoriées. Le second répertorie les sources de données et contient, pour chacune d'elles, une fiche descriptive et une grille des conditions de travail couvertes. L'information est principalement destinée aux chercheurs et aux intervenants en santé et sécurité au travail québécois.

Molinie, A. F. (2005). Enquête -Santé et vie professionnelle après 50 ans- : résultats par secteur d'activité. Rapport de recherche ; 26. Noisy le Grand : CEE

Ce document présente un ensemble de fiches sectorielles, réalisées à partir de l'enquête Santé et Vie professionnelle après 50 ans. Ces fiches visent à fournir des informations dans trois domaines principaux : quelques données rétrospectives sur les parcours professionnels et le travail passé des salariés qui ont aujourd'hui atteint la cinquantaine, des évaluations de la "pénibilité vécue" ; notamment à travers les appréciations que les salariés portent sur leur travail, son sens, et leurs aspirations en matière d'âge de départ en retraite ; des éléments sur les enjeux de santé au travail des quinquagénaires (résumé d'auteur).

(2005). Plan santé au travail. 2005-2009. Paris : M.E.T.C.S.

Le Plan Santé au travail a pour but de lancer une dynamique pour améliorer la prévention des risques professionnels. Il se donne 4 objectifs : développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel, renforcer l'effectivité du contrôle, refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail, encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail. Pour atteindre ces objectifs, 23 mesures s'articulent autour de 4 principaux axes d'intervention : disposer d'une expertise scientifique forte et indépendante, mobiliser la recherche et la formation sur la santé au travail, améliorer l'efficacité et le ciblage du contrôle du respect de la réglementation, encourager la prévention dans les entreprises. La mesure phare est la création d'une agence "chargée de l'évaluation scientifique des risques en milieu de travail et de la surveillance sanitaire". Parmi les mesures du dispositif, on trouve par ailleurs le renforcement du corps de contrôle de l'inspection du travail grâce à la mise en place de "cellules régionales d'appui pluridisciplinaires". Enfin, ce plan fixe certains objectifs précis, comme la réduction de 20% à l'horizon 2009 du nombre de troubles musculosquelettiques (TMS) déclarés.

Cristofari, M. F. (2003). Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel. Noisy-le-Grand : Centre d'Etudes de l'Emploi:

La question des conditions de travail depuis les années 1970 a suscité un développement de travaux quantitatifs et qualitatifs dans diverses disciplines, faisant émerger différents enjeux de santé dans l'environnement de travail. Chaque discipline et souvent plusieurs en coopération ont alimenté une réflexion avec des dimensions diverses en termes de secteurs, de références temporelles, de ressources collectées ou observées. Des enquêtes ont été conçues, améliorées, et continuent de l'être, en interaction avec des analyses qualitatives et des connaissances épidémiologiques. Leur champ a été progressivement élargi, notamment à l'environnement et à l'organisation du travail. Des tests ont été intégrés sur l'auto-perception de la santé, ainsi qu'un ensemble de questions sur l'état dépressif de l'enquêté. Les collectes de données quantitatives intersectorielles réalisées en coupes transversales donnent des mesures d'évolutions catégorielles d'une date à l'autre, mais sans possibilité d'individualiser, de caractériser et de comprendre les dynamiques de parcours et d'évolution liant la vie au travail et l'état de santé. Deux enquêtes ont initié une nouvelle démarche d'observation intersectorielle des liens entre travail et santé dans une perspective longitudinale : Estev (Enquête " santé, travail et vieillissement "), en 1990 et 1995, est la première expérience réalisée dans sept régions ; Visat (Vieillesse, santé et travail), en 1996, 2001 et prévue en 2006, s'effectue dans trois régions du Sud de la France. Réalisées par les médecins du travail, toutes les deux ont été complétées par des données biométriques et des tests psychotechniques sur l'état des fonctions cognitives. Le besoin s'est manifesté parmi les partenaires sociaux, notamment au sein du Cnis, de faire le point sur l'état des connaissances

quantitatives couvrant le champ de la santé et du travail, avec le sentiment exprimé d'un accès parfois difficile aux résultats attendus pour des non spécialistes des statistiques. Le rapport réalisé à la demande de la Drees et de la Dares, sous l'égide d'un conseil scientifique présidé par Serge Volkoff, apporte la matière et la commente. Une soixantaine de fiches synthétise l'essentiel des enquêtes donnant un " suivi " des populations, de leur travail ou/et de leur état de santé. Ce bilan conduit à des propositions d'amélioration pour enrichir et élargir ce champ des connaissances des liens entre itinéraire professionnel et santé.

(2000). Lomalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? Expertise collective. Paris INSERM

Ce rapport réalisé à la demande de la Canam réactualise un précédent travail d'expertise collective mené par l'Inserm en 1994-1995 sur la prévention des rachialgies en milieu professionnel. Il s'appuie sur une revue de la littérature étendue dans les principales bases de données scientifiques internationales sur les années 1996-1998 : Medline, CIS, Embase, Pascal, Current Contents in Social sciences) et enrichie par la bibliographie personnelle d'experts scientifiques mobilisés sur cette expertise. Ce rapport analyse plus de 300 articles sélectionnés selon les thèmes suivants : épidémiologie descriptive, épidémiologie analytique, biomécanique et physiologie, économie et sociologie de la santé, psychodynamique du travail, médecine du travail, épidémiologie d'intervention et santé publique. L'ouvrage comprend 2 parties. Une partie "Analyse", dans laquelle sont successivement abordés les données descriptives disponibles les plus récentes sur la lombalgie commune, l'examen des principaux facteurs de risque et de leurs interactions et, pour finir, les principales démarches de prévention mises en œuvre en fonction des stades d'évolution de la lombalgie commune. La seconde partie Synthèse comprend un ensemble de « constats » rédigés sous la forme de « questions-réponses » et des recommandations d'actions élaborées en fonction des préoccupations et du champ d'intervention propres à la Canam, mais dont certaines d'entre elles peuvent concerner un ensemble plus large d'intervenants dans le système de santé.

Etudes étrangères

Ouvrages

Lundberg, U. et Cooper, C. L. (2010). The science of occupational health: stress, psychobiology, and the new world of work, Chichester : John Wiley & Sons

Lindeboom, M. (2006). Health and work of older workers. The Elgar companion to health economics: Cheltenham : Edward Elgar Publishing

This review focuses primarily on a part of the retirement literature that is concerned with the effect of health on work; little attention will be given to the literature that focuses on the effect of work on health. The prime reason is that an extensive discussion of this part of the literature would require more space. The model presented below could of course also be used to discuss issues involved in estimating the effect of work on health. We briefly return to this at the end of this review.

Siegrist, J. et Kirch, W. é. (2004). Health risks of psychosocial stress at works : evidence and implications for occupational health services, Berlin : Springer-Verlag

Kreis, J. et Bodeker, W. (2004). Indicators for work-related health monitoring in Europe, Essen : BKK

Cette publication a été réalisée dans le cadre du projet européen " Workhealth ", dont le but est d'établir des indicateurs de surveillance des maladies liées au travail en Europe dans une perspective de santé publique. Le projet " Workhealth " a tout d'abord identifié les principaux acteurs ou projets liés à la gestion des conditions de travail. Il a ainsi compilé, à partir de nombreuses sources, tous les indicateurs qui doivent permettre une meilleure surveillance de la santé liée au travail dans une perspective de santé publique. Il expose ensuite un modèle du processus politique qui doit servir d'outil aux décideurs pour préciser des objectifs spécifiques et pour contrôler leur mise en œuvre. Le groupe a ensuite ventilé les objectifs en fonction des différents domaines politiques ou points de vue dont ils relèvent (Surveillance des maladies professionnelles - Inspection du travail, santé publique, sécurité sociale). Il a également classé l'ensemble des indicateurs dans une grille combinant d'un côté les objectifs politiques et de l'autre les grandes catégories de la classification des données de santé établie par le projet ECHI (Données sociodémographiques et socioéconomiques, état de santé, déterminants de santé, système de santé et de sécurité sanitaire). Afin de répondre à des exigences politiques pratiques, une liste courte d'indicateurs a aussi été constituée à partir d'une sélection de l'ensemble des indicateurs pour produire un système d'information basique pour la surveillance de la santé liée au travail. Les chapitres suivants décrivent les plus importantes sources internationales et européennes de données en santé (la base de données Health For All de l'OMS Europe, la base de données en ligne d'Eurostat, la base de données Eco-Santé OCDE appelée également OECD Health Data, l'enquête européenne sur les conditions de vie), puis étudient la disponibilité et l'intérêt de ces données sur la base des catégories ECHI, et enfin la comparabilité de ces données.

Articles

Theorell, T., et al. (2015). "A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms." BMC Public Health **15**: 738.

BACKGROUND: Depressive symptoms are potential outcomes of poorly functioning work environments. Such symptoms are frequent and cause considerable suffering for the employees as well as financial loss for the employers. Accordingly good prospective studies of psychosocial working conditions and depressive symptoms are valuable. Scientific reviews of such studies have pointed at methodological difficulties but still established a few job risk factors. Those reviews were published some years ago. There is need for an updated systematic review using the GRADE system. In addition, gender related questions have been insufficiently reviewed. **METHOD:** Inclusion criteria for the studies published 1990 to June 2013: 1. European and English speaking countries. 2. Quantified results describing the relationship between exposure (psychosocial or physical/chemical) and outcome (standardized questionnaire assessment of depressive symptoms or interview-based clinical depression). 3. Prospective or comparable case-control design with at least 100 participants. 4. Assessments of exposure (working conditions) and outcome at baseline and outcome (depressive symptoms) once again after follow-up 1-5 years later. 5. Adjustment for age and adjustment or stratification for gender. Studies filling inclusion criteria were subjected to

assessment of 1.) relevance and 2.) quality using predefined criteria. Systematic review of the evidence was made using the GRADE system. When applicable, meta-analysis of the magnitude of associations was made. Consistency of findings was examined for a number of possible confounders and publication bias was discussed. RESULTS: Fifty-nine articles of high or medium high scientific quality were included. Moderately strong evidence (grade three out of four) was found for job strain (high psychological demands and low decision latitude), low decision latitude and bullying having significant impact on development of depressive symptoms. Limited evidence (grade two) was shown for psychological demands, effort reward imbalance, low support, unfavorable social climate, lack of work justice, conflicts, limited skill discretion, job insecurity and long working hours. There was no differential gender effect of adverse job conditions on depressive symptoms CONCLUSION: There is substantial empirical evidence that employees, both men and women, who report lack of decision latitude, job strain and bullying, will experience increasing depressive symptoms over time. These conditions are amenable to organizational interventions.

Roquelaure, Y. (2015). "Les troubles musculo-squelettiques : un enjeu majeur de prévention des risques professionnels en Europe." Etui Policy Brief(9)

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont le premier problème de santé au travail dans l'Union européenne. Ils témoignent de l'intensification des conditions de travail qui affecte un nombre croissant de travailleurs de l'industrie et des services. Leur répercussion en termes de souffrance et d'interruption des parcours professionnels en fait une priorité de santé au travail. Leur prévention doit être globale et intégrer des dimensions médicales, ergonomiques, sociales, économiques et politiques afin de bâtir les conditions d'un travail soutenable tout au long de la vie professionnelle. La négociation et la mise en œuvre de nouvelles législations européennes pour développer des modèles de production plus durables et plus responsables socialement sont des enjeux syndicaux cruciaux.

Kivimaki, M., et al. (2012). "Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data." The Lancet: 7.

Investigators have examined the role of psychological factors, such as personality type, cognition, and psychological stress, in the cause of coronary heart disease. Of these factors, psychosocial stress is the most commonly investigated. Job strain - the combination of high job demands and low control at work-is one of the most widely studied definitions of psychosocial stress. Although some studies have shown that job strain is associated with a more than doubling in risk of coronary heart disease, findings from a meta-analysis of cohort studies suggest that this excess risk is probably modest, at about 40%. Moreover, the importance of job strain as a risk factor for coronary heart disease continues to be debated because of several methodological shortcomings. The first limitation is publication bias, studies with significant results in the expected direction are more likely to be published and cited in scientific literature than are those with non-significant findings. Second, in studies of working hours (job demand), evidence shows that people spontaneously reduce their hours in the years before cardiac events, probably as a response to symptoms of advanced underlying disease. This action could result in perceptions of reduced job demands, which might contribute to reverse causation bias, coronary heart disease affects levels of stress, rather than vice-versa. Exclusion from analysis of coronary heart disease events that occur in the first years of follow-up can reduce such bias, but few studies have been sufficiently powered to do this analysis. We did a collaborative meta-analysis of individual participant data from published and unpublished studies of job strain and coronary heart disease to address the limitations of previous studies and the discordant evidence base.

Chaupain-Guillot, S. et Guillot, O. (2011). "Les déterminants individuels de l'absentéisme au travail : une comparaison européenne." Revue Économique **62**(3): 419-428

À partir des données de l'European Community Household Panel (ECHP), on s'intéresse aux déterminants individuels des absences au travail dans les pays européens. L'étude porte sur l'ensemble des États membres de l'UE-15, à l'exception de la Suède. Les comportements d'absence des salariés, dans chacun de ces pays, sont analysés à l'aide de régressions sur données de panel. Les résultats des estimations montrent que les facteurs jouant sur la probabilité d'absence sont loin d'être identiques d'un pays à l'autre. L'état de santé, le degré de satisfaction au travail et, chez les femmes, la présence d'un jeune enfant sont, en effet, les seules variables qui ont un impact significatif, et de même signe, dans la quasi-totalité des pays étudiés.

Lenormand, M. C., et al. (2010). "La santé des seniors en emploi : résultats de l'enquête européenne SHARE 2006." Questions d'Economie de La Santé(Irdes)(160)

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'allongement de la vie active, la plupart des pays sont confrontés au défi du vieillissement en bonne santé. L'enquête Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE), utilisée ici, permet d'explorer l'état de santé des personnes âgées de 50 à 59 ans en Europe et aussi d'en étudier les déterminants. Si des problèmes de santé non négligeables apparaissent dès 50 ans, on constate également une forte hétérogénéité des situations entre pays européens. Bien que la France détienne le record de l'espérance de vie, elle occupe actuellement une place relativement médiocre concernant l'état de santé de ses quinquagénaires. Après avoir comparé l'état de santé des actifs occupés avec celui des chômeurs et des inactifs, d'où il ressort un effet « travailleur en bonne santé », une attention particulière est portée aux déterminants de l'état de santé des seniors européens en emploi.

Sirven, N. et Sermet, C. (2010). "La santé des travailleurs âgés en Europe." Retraite et Société(59)

Ce travail a pour objectif de dresser un état des lieux de la santé des travailleurs âgés, entre 50 et 60 ans, en Europe. Il propose une comparaison internationale qui s'appuie sur plusieurs mesures individuelles de l'état de santé. La première partie présente plus en détail les données de l'enquête Share et l'échantillon utilisé. Les variables sont présentées dans la deuxième partie. Enfin l'analyse se poursuit par l'étude des déterminants individuels de l'état de santé.

Siegrist, J. et Wahrendorf, M. (2009). "Quality of work, health, and retirement." The Lancet On line: 1-2.

Gupta, N. D. et Kristensen, N. (2008). "Work environment satisfaction and employee health : panel evidence from Denmark, France and Spain, 1994-2001." European Journal of Health Economics (the) **9**(1): 51-61

This paper investigates whether a satisfactory work environment can promote employee health even after controlling for socioeconomic status and life style factors. A dynamic panel model of health is estimated from worker samples from Denmark, France and Spain, employing both self-assessed general health and the presence of a functional limitation. In all three countries and for both types of health measures, a good perceived work environment is found to be a highly significant determinant of worker health even after controlling for

unobserved heterogeneity and minimizing reverse causality. The marginal effect is, however, larger in France and Denmark than in Spain. Several potential explanations for this finding are discussed. Further, a satisfactory working environment is found to be at least as important for employee health as socioeconomic status. Thus, investing in giving workers a satisfying work environment could be a low-cost way of improving employee health.

Barange, C., et al. (2008). "L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale : Les données de la deuxième vague sont désormais disponibles." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(137)

Ce Questions d'économie de la santé présente quelques résultats préliminaires issus de la seconde vague d'enquête de SHARE. Ces résultats portent notamment sur la dynamique de la santé et du marché de l'emploi. Ils soulignent l'influence des conditions de travail et des dispositifs mis en œuvre d'un pays à l'autre, notamment en matière d'assurance invalidité, sur le choix de sortie prématurée d'emploi et de passage à la retraite. Par ailleurs, ces nouvelles données confirment les observations de la première vague en termes d'inégalités de santé et apportent un éclairage complémentaire sur les déterminants individuels de l'évolution du recours aux soins.

Debrand, T. et Lengagne, P. (2007). "Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe." Questions d'Economie de la Santé (Irdes) (120)

L'évolution rapide des conditions de travail au cours des dernières décennies est marquée par l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail et de nouvelles pénibilités. Dans un contexte de vieillissement des populations actives, ces problèmes sont particulièrement préoccupants en matière de santé, d'emploi et de financement des systèmes de retraite. Cette étude propose une analyse des corrélations entre pénibilité au travail et état de santé des 50 ans et plus ayant un emploi, à partir des données de l'enquête européenne SHARE 2004.

Boulianne, N. et Fortin, E. (2007). "Conditions de travail et santé : les enquêtes statistiques au Québec." Santé Société Et Solidarité : Revue de l'observatoire Franco-Québécois de La Santé et de La Solidarité(2/2006): 143-146.

De façon générale, les enquêtes statistiques disponibles au Québec examinent les conditions de travail indépendamment des caractéristiques des travailleurs aux plans de la santé et des lésions professionnelles. L'Étude québécoise des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) vise à corriger cette lacune. La première phase de ce projet d'enquête quinquennale auprès de 5000 travailleurs est prévue pour 2007. À l'aide de ces données, il sera possible d'analyser les liens existants entre un ensemble de conditions de travail, l'état de santé des travailleurs et les risques d'accidents du travail.

(2004). "Santé et travail dans l'Union européenne : un portrait statistique." Panorama of the European Union : Thème 3 - Population and Social Conditions

Ce rapport est un portrait statistique de la santé et de la sécurité au travail dans l'Union européenne entre 1994 et 2002. Il décrit dans un premier temps les caractéristiques de la main-d'œuvre européenne et l'importance globale des pathologies liées au travail. Des chapitres spécifiques analysent la sécurité, les maladies et les problèmes psychosociaux liés au travail selon l'âge, le sexe, le secteur d'activité et la profession. Les données d'Eurostat sont complétées par des données d'autres sources, particulièrement celles de la Fondation

européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Les données couvrent principalement les 15 États membres de l'UE, mais certaines données préliminaires concernant l'évolution du taux d'incidence des accidents de travail dans les pays en voie d'adhésion et candidats sont également disponibles.

Dupre, D. (2001). "Les problèmes de santé liés au travail dans l'union européenne 1998-1999." Statistiques En Bref : Population Et Conditions Sociales (17)

À partir de résultats disponibles pour onze États membres dans le cadre de l'"enquête Communautaire sur les forces de travail", on estime que dans l'Union Européenne en 1998-1999 près de 8 millions de personnes ayant ou ayant eu un emploi souffraient de problème de santé, autres que les blessures accidentelles, provoquées ou aggravées par leur travail présent ou passé. Chez les salariés, le taux de prévalence est de 5 372 cas par an liés à leur emploi actuel pour 100 000 personnes (7 150 pour les 55-64 ans). Dans 53 % des cas il s'agit de troubles musculo-squelettiques, plus fréquents dans la construction, les transports et la santé et action sociale (prévalence dans ces branches 1,2 à 1,6 fois plus élevée que la moyenne). Le stress, la dépression ou l'anxiété représentent 18 % des problèmes et 26 % de ceux entraînant 2 semaines ou plus d'arrêt de travail (fréquence double dans l'éducation, la santé et l'action sociale). Enfin, les troubles pulmonaires touchent 0,6 millions de personnes (risque double dans les industries extractives) (résumé d'auteur).

Rapports

Pikhart, H. et Pikhartova, J. (2015). The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases. A review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Ce rapport résume les meilleures bases factuelles disponibles afin d'établir un lien entre, d'une part, les facteurs psychosociaux et, d'autre part, la morbidité et la mortalité dues aux maladies cardiovasculaires et au cancer dans la Région européenne de l'OMS. Les auteurs ont examiné un volume total de 1 822 articles publiés en anglais depuis janvier 2000 dans Medline et PubMed, et identifié 37 études systématiques et méta-analyses. Parmi les facteurs psychosociaux reconnus à maintes reprises comme étant liés aux maladies chroniques, dans le cadre comme en dehors des activités professionnelles, il convient notamment de mentionner les suivants : les exigences élevées au travail, la faible autonomie, le contrôle limité ou l'important déséquilibre entre les efforts consentis et les récompenses, les conflits interpersonnels, ainsi que le faible soutien social ou le manque de confiance. Il ressort des bases factuelles que de multiples facteurs psychosociaux négatifs sont indépendamment associés à tout un ensemble de maladies chroniques à l'âge adulte. En outre, le gradient social en matière de santé observé à l'âge adulte peut en partie intervenir par l'intermédiaire de facteurs psychosociaux agissant entre les caractéristiques socioéconomiques et la santé. Les facteurs psychosociaux peuvent dès lors être pris en compte dans les mesures complexes et totales de réduction des risques principalement axées sur les facteurs de risque multiples (résumé de l'éditeur)

(2014). Psychosocial risks in Europe. Prevalence and strategies for prevention. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes

The report on psychosocial risks at work is a joint publication from the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) and the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). It draws on the complementary work of the two agencies, which is reflected in their different roles. Acknowledging the complexity of the relationship between health and work, the report presents comparative information on the prevalence of psychosocial risks among workers and examines the associations between these risks and health and well-being. It also looks at the extent to which establishments take action to tackle psychosocial risks and describes interventions that can be adopted in companies. An overview of policies in six Member States is included.

Vendramin, P., et al. (2012). Sustainable work and the ageing workforce. Luxembourg : Publications Office of the European Union

Achieving work environments that make work sustainable over a lifetime is a key facet of the promotion of longer working lives. This study - based on the fifth European Working Conditions Survey - considers the dimensions of work that have proved essential to the understanding of work sustainability: working conditions; physical and psychological health; the expressive dimension of work; reconciliation of working and non-working time; and socioeconomic conditions. It examines the influence of these factors on how older workers perceive the sustainability of their work, taking account of differences between workers in terms of age, occupation and gender. In addition, the working conditions of the ageing workforce across Member States of the European Union are compared.

Benach, J., et al. (2007). Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO Commission on social determinants of Health inequalities. Genève : OMS

The aim of this report is to provide a rigorous analysis on how employment relations affect different population groups, and how this knowledge may help identify and promote worldwide effective policies and institutional changes to reduce health inequalities derived from these employment relations. Consequently, the report incorporates the political, cultural, and economic context to provide a comprehensive account of the current international situation of labour markets and types of employment conditions.

(2006). Health and safety at work in Europe. A statistical portrait. Luxembourg : Eurostat

Ce rapport présente un portrait statistique de santé et de sécurité au travail en Europe de 1999 à 2007. Il se concentre sur les accidents de travail, les problèmes de santé liés au travail, les maladies professionnelles et l'exposition aux facteurs de risque au travail. Les données des différentes enquêtes européennes et de systèmes statistiques basé sur des registres sont présentés dans ce rapport, y compris l'enquête sur les forces de travail (LFS) (plus spécifiquement les modules ad hoc sur la sécurité et la santé au travail), des statistiques européennes sur les accidents de travail (ESAW), des statistiques de maladies professionnelles européennes (EODS), l'enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS), et l'enquête européenne des entreprises sur des risques nouveaux et émergents (ESENER).

(2006). Nouvelles perspectives pour la stratégie communautaire de santé au travail 2007-2012. Bruxelles : C.E.S.

La présente publication entend contribuer aux débats sur une nouvelle stratégie communautaire concernant la santé et la sécurité au travail pour la période 2007-2012. Elle intervient à un moment où la politique communautaire dans ce domaine doit apporter des réponses à des problèmes nombreux et complexes : la précarisation du travail, l'intensification au travail et de nouvelles méthodes de gestion au niveau des entreprises, les troubles musculo-squelettiques et les problèmes psycho-sociaux. Cette étude fait une évaluation des interventions communautaires pour la période 2002-2006 et définit les priorités d'action pour 2007-2012.

Messing, K. et Ostlin, P. (2006). Gender equality work and health : a review of the evidence. Genève : OMS

This publication documents the relationship between gender inequality and health and safety problems. It reviews gender issues in research, policies and programmes on work and health, and highlights some specific issues for women, including the types of jobs they do, as well as their need to reconcile the demands of work and family. Biological differences between women and men also are considered in relation to hazards they face in the workplace. Implications of the findings and recommendations for legislation and policy are discussed. Women will be more and more involved in the global workforce, in both formal and informal work. In ensuring economic survival for themselves and their families they employ a variety of strategies, some of which entail great danger for their health. This review highlights the necessity to strengthen and put in place more and better programmes and practices so as to ensure women's health and safety at work, while facilitating their access to economic and social equality.

(2005). Work-related stress. Dublin : European Foundation

Changes in the content and organisation of work in recent decades have resulted in an intensification of work, which is commonly regarded as a cause of stress. This report presents trends in the risks and consequences of work-related stress, and identifies how these can be prevented. The analysis is based on national surveys and research information available in the EU, as well as recent research findings.

(2004). Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ? Paris : Eurogip

Cette étude sur les maladies psychiques liées au travail a été réalisée dans le cadre des travaux du Forum européen de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles créé en juin 1992. Basé sur les résultats d'une enquête menée auprès de 14 pays européens, elle montre que la reconnaissance des maladies psychiques en tant que maladies professionnelles est effective dans la moitié des pays, récente dans certains pays et inexistante pour d'autres. Elle fait une analyse de l'ampleur du phénomène et un bilan de l'état de la réflexion.

Kreis, J. et Bodeker, W. (2004). Work-related health monitoring in Europe : synopsis of work-related indicator sets. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ; Band 31. Essen BKK: 87.

Cette publication a été réalisée dans le cadre du projet européen " Workhealth ", dont le but est d'établir des indicateurs de surveillance des maladies professionnelles en Europe dans une perspective de santé publique. Le synopsis présenté ici rassemble différents schémas d'indicateurs, rapports et bases de données provenant de l'Organisation mondiale de la

santé, de l'Organisation de coopération et de développement économique, de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail, de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail et de l'Organisation internationale du travail.

(2003). Contraintes de temps dans le travail et risques pour la santé en Europe. Luxembourg : Office des Publications Officielles des Communautés Européennes ; Dublin : Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail:

La troisième enquête européenne sur les conditions de travail menée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail met en évidence la persistance de risques et conditions de travail dangereuses pour la santé ainsi que l'augmentation des contraintes temporelles et organisationnelles dans le travail. Une étude issue de l'exploitation statistique des données de l'enquête fournit de nombreuses informations sur l'organisation du temps de travail et a permis d'explorer les liens existant entre organisations du temps de travail et durée du temps de travail et risques pour la santé chez les travailleurs de l'Union européenne. Cette étude a donné lieu à la réalisation de deux rapports. Cette brochure en résume les conclusions.

Goudswaard, A. (2002). Research on the new forms of contractual relationships and the implications for occupational safety and health. Luxembourg : Office des Publications de la Communauté Européenne:

L'objectif de ce rapport est d'analyser l'impact que peuvent avoir les nouvelles relations contractuelles survenues dans l'organisation du travail et de la production en Europe sur la sécurité et la santé au travail. Le rapport se base sur une revue de la littérature, ainsi que sur la consultation d'experts du domaine par questionnaire. Après une présentation de la méthode et de la problématique d'ensemble, ce document comprend quatre parties : nouvelles formes contractuelles, risques émergents, nouveaux challenges et nouvelles politiques de prévention, nécessité de recherches prospectives.

L'impact de l'état de santé sur la situation au travail

FOCUS SUR UNE PATHOLOGIE : CANCER

Le nombre de nouveaux cas de cancers a considérablement augmenté entre 1980 et 2012 (+109 %) chez l'homme comme chez la femme. Cette augmentation s'explique en grande partie par l'accroissement de la population, qui mécaniquement augmente le nombre de cas, et par son vieillissement. Néanmoins, l'augmentation de la survie conduit de plus en plus de malades du cancer à être sur le marché du travail au moment de la survenue de la maladie.

Les économistes se sont penchés sur l'effet de la maladie sur le marché du travail en partant du fait qu'une santé précaire aura un impact négatif sur la productivité. La littérature relève plusieurs mécanismes en jeu :

- La baisse de rémunération liée à une moindre productivité peut conduire à une modification de la participation au marché du travail (coût d'opportunité associé aux loisirs, temps non travaillé utilisé pour se soigner) ;
- Discrimination statistique/discrimination pure : dans le premier cas, l'employeur croit que la catégorie de salariés souffrant de cancers est moins productive et adopte alors un comportement discriminatoire à l'embauche ou à la promotion de ces salariés. Dans le second cas, l'employeur a une préférence pour ne pas employer une personne malade ou ayant été malade ;
- Spécificités de la maladie cancéreuse : les traitements sont lourds et peuvent entraîner des séquelles ; les comorbidités associées sont possibles; des épisodes de rechute entraînant un traitement plus agressif et donc des inaptitudes au travail potentielles.

La littérature empirique a également étudié les liens entre cancer et emploi, notamment l'effet négatif sur la participation au marché du travail ainsi que la probabilité d'emploi et les heures travaillées. Elle a également souligné les effets de survenue du cancer sur les trajectoires professionnelles par le biais des limitations fonctionnelles et la discrimination ressentie sur le lieu de travail. Les autres principaux aspects sont :

- La survenue du cancer limitations fonctionnelles ou risques psychosociaux ;
- La discrimination ressentie sur le lieu de travail ;
- L'interruption de carrière et le risque de survenue de cancer ;
- L'importance de l'environnement de travail ;
- Les effets contextuels, institutionnels et temporels ;
- Les effets de genre, liés à la spécificité des cancers ;
- Les effets d'âge.

Source : Barnay T., Ben Halima M., et al. (2015). *La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie*. Document de travail Irdes, n°65.

Etudes françaises

(2017). Plan cancer 2014-2019 : troisième rapport au président de la République. Paris Institut National du Cancer: 176.

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Troisieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Fevrier-2017>

Dans ce 3e rapport adressé au président de la République, l'Institut national du cancer (INCa), responsable du pilotage du Plan cancer 2014-2019 pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires sa progression globale et l'avancement de chacune des 208 actions.

(2017). "Cancers professionnels : une reconnaissance difficile en France." *Revue Prescrire* **37**(407): 698-702

En France, le nombre de nouveaux cas de cancers liés au travail survenant chaque année est estimé entre 18 000 et 30 000. Mais seulement 1 800 cancers environ par an sont indemnisés pour la première fois au titre d'une maladie professionnelle. Cette faible part s'explique par

la sous-déclaration de ces cancers, et par une sous-reconnaissance lors du parcours d'indemnisation. La sous-déclaration tient notamment à l'ignorance fréquente, par les travailleurs et par les médecins, d'un lien possible entre le cancer et une exposition le plus souvent ancienne, ainsi qu'à la complexité du dispositif réglementaire de déclaration des maladies professionnelles. La sous-reconnaissance s'explique en partie par une prise en compte insuffisante des cancérogènes et des cancers liés au travail dans le système des maladies professionnelles. Une étude menée en Seine-Saint-Denis a analysé le parcours d'indemnisation de 65 patients atteints de cancers estimés éligibles aux critères de reconnaissance en maladie professionnelle. L'accompagnement des patients dans leurs démarches a montré une part d'arbitraire dans le traitement de leur dossier, et des difficultés liées par exemple au fait que le système de reconnaissance ne prend pas en compte les expositions multiples à des cancérogènes. L'analyse des motifs de rejet montre qu'en présence de cofacteur cancérogène extraprofessionnel tel que le tabagisme, le comité a souvent conclu que ce cofacteur était la principale cause du cancer, y compris en cas d'antécédents d'exposition à l'amiante.

Ben Halima, B., et al. (2016). L'impact du diagnostic du cancer sur les transitions professionnelles en France. Une étude sur données de panel administratives. *Document de travail ; 188*: 55.
<http://www.cee-recherche.fr/publications/document-de-travail/limpact-du-diagnostic-du-cancer-sur-les-transitions-professionnelles-en-france>

Dans cette étude, nous mesurons l'impact d'un choc de santé sévère, le diagnostic d'un cancer, sur la mobilité des individus entre quatre situations professionnelles. Nous estimons des matrices de transition annuelle entre l'emploi permanent, l'emploi non permanent, le chômage et l'inactivité, afin de comparer les expériences de mobilité pour deux populations : 3 168 individus atteints d'un cancer entre 2006 et 2009, 282 035 individus sélectionnés dans la population générale, sans maladie chronique. Plusieurs modèles sont estimés : le premier en stratifiant selon le genre quel que soit le site du cancer, le deuxième pour la population de femmes atteintes d'un cancer du sein, le dernier pour les hommes touchés par un cancer de la prostate (résumé d'auteur).

Lhuillier, D. et Waser, A. M. (2016). "Les chemins invisibles du maintien au travail." *Santé & Travail*(93): 34-36.

Pour continuer à travailler, les malades chroniques font appel, en dehors des dispositifs réglementaires, à des stratégies discrètes, qu'il s'agit de préserver. Des groupes d'échanges extérieurs à l'entreprise peuvent les aider à l'élaborer. Tel est le sujet de cet article.

Barnay, T., et al. (2015). "La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie." *Economie et Statistique*(475-476): 157-186.

La réduction des inégalités face à la maladie est un des attendus majeurs du troisième Plan cancer 2014-2019, qui préconise de « diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle » afin d'éviter la « double peine » (maladie et exclusion du marché du travail). Dans ce contexte, nous évaluons l'impact de un à cinq ans d'un primo-enregistrement en Affection de longue durée (ALD) caractérisant le cancer sur la situation professionnelle et la durée passée

en emploi, maladie et chômage de salariés du secteur privé. Nous utilisons la base de données administrative Hygie, recensant la carrière professionnelle et les épisodes de maladie d'un échantillon de salariés affiliés au Régime général de la Sécurité sociale. L'évaluation de l'impact de la survenue du cancer s'appuie sur une méthode de double différence avec appariement exact pour comparer les salariés malades aux salariés sans aucune ALD (résumé d'auteur).

(2014). La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer. Paris Inca

L'enquête nationale sur les conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer (VICAN2) de l'INCa, a été réalisée en partenariat avec les trois principaux régimes d'Assurance maladie (Cnamts, MSA et RSI) et avec l'Inserm. Elle nous renseigne sur la vie quotidienne des personnes atteintes au moment de l'enquête, mais aussi sur leur parcours depuis le diagnostic. Différentes facettes de la vie de ces personnes y sont explorées: la prise en charge de la maladie et leur relation avec le système de soins; l'état de santé à deux ans du diagnostic; l'impact de la maladie sur les ressources et l'emploi; les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et sociale. Cette enquête s'inscrit dans la continuité de la première enquête réalisée en 2004 sous l'égide de la Drees. La méthodologie a néanmoins été adaptée avec la prise en compte de douze localisations ciblées selon le niveau de pronostic (bon, moyen, mauvais) et la combinaison de trois recueils de données (enquête téléphonique auprès des patients, enquête médicale auprès des soignants, données de consommation de soins).

De Blasi, G., et al. (2014). "Multidisciplinary department of "Return to Work After a Cancer": a French experience of support groups for vocational rehabilitation." J Psychosoc Oncol **32**(1): 74-93

This qualitative pilot exploratory study focuses on support groups for vocational rehabilitation after cancer implemented in a French and innovative multidisciplinary department of "Return to Work after a Cancer." Sixty-three patients were invited to participate to constitute two support groups of 20 participants. Questionnaires are sent to assess their benefit according to the participants' point of view. For 58% of participants, support groups helped the return to work, and for 70% it provided personal, family, and relational support. Support groups are a relevant response to expectations and specific issues of patients experiencing return to work after cancer.

Duguet, E. et Le Clainche, C. (2014). L'impact des événements de santé sur la carrière professionnelle : une analyse fondée sur la méthode des doubles différences avec appariement exact.

Nous étudions l'effet des événements de santé (accidents ou maladies chroniques) sur les probabilités d'occupation au niveau individuel, en prenant en compte à la fois les effets individuels et les effets temporels corrélés. Nous utilisons la méthode des doubles différences avec appariement exact et trouvons que les événements de santé ont un fort impact sur la suite du parcours professionnel. Les travailleurs affectés par un événement de santé ont une plus grande probabilité d'entrer en inactivité et une plus faible probabilité de garder leurs emplois. Nous constatons également que les femmes les moins qualifiées et les travailleurs avec des contrats de travail de courte durée sont plus fortement négativement affectés par les événements de santé.

Ha-Vinh, P., et al. (2014). "Risque de cessation d'activité des travailleurs indépendants atteints de cancer." Revue Française des Affaires Sociales(1-2): 192-215.

La maladie des entrepreneurs indépendants met en péril leur entreprise. L'objectif des auteurs est de quantifier ce risque pour légitimer les aides au maintien dans l'activité. Les entrepreneurs ayant eu un cancer ont une augmentation de 22% du risque de cesser leur activité. Des soins médicaux individualisés prenant en compte les impératifs professionnels sont nécessaires. Les services de santé au travail interentreprises, les services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, les services médicaux du RSI et la Convention AERAS devraient associer leurs moyens pour améliorer la différence de risque mise en évidence par l'article. L'enjeu est d'avoir une vision cohérente des entrepreneurs atteints de maladie.

Le Clainche, C. et Duguet, E. (2014). "The Effect of Non-Work Related Health Events on Career Outcomes: An Evaluation in the French Labor Market." Revue d'Economie Politique **124**(3): 437-465.

This paper investigates whether chronic illnesses and injuries have a significant impact on individual performance in the labor market. We use the "Santé et Itinéraires Professionnels" (SIP, "Health and Labor Market Histories") survey, conducted in France in the period 2006-2007. We evaluate the impact of chronic illnesses and accidents using propensity score matching. We find that chronic illness and injuries have negative effects on career outcomes and that women are more likely to claim minimum assistance revenue when such events occur. Moreover, while the initial health shock generally has long-lasting effects, it differs across genders and according to the nature of the health event: the results for men reveal a prevalence of short-run effects following accidents and a prevalence of long-run effects following chronic illnesses. We do not observe similar results for women: both chronic illnesses and accidents have long-run effects.

Pelissier, C., et al. (2014). "Factors influencing return to work after illness in France." Occupational Medicine-Oxford **64**(1): 56-63.

Few studies have been published about the factors influencing return to work after sickness absence. To identify medical and occupational factors influencing the type of fitness certificate given by occupational physicians before employees return to work after sickness absence. A cross-sectional study was undertaken over 3 months in several health services in France. Workers undergoing a medical examination before returning to work after a period of sickness absence of at least 3 weeks were included. Medical and occupational factors were collected using a questionnaire. The relationship between different factors and certification of fitness was assessed by univariate and multivariate analyses. Among the 402 workers included, 64% were considered fit to return to work. Being older, strenuous work, prolonged sick leave and fear of returning to work appeared to be negative factors influencing the return to a previous job. In contrast, having an education level higher than secondary school, being satisfied at work, perception of very good health and benefitting from satisfactory professional relationships appeared to favour return to work. We developed a predictive score of not being fit to return to work after illness. Our study highlighted the relationship between medical and occupational factors with problems returning to work. The predictive score may be used by occupational physicians as a screening tool to identify those who are likely to have difficulties returning to work after illness, so that their working conditions can be modified to take this into consideration.

(2013). Observatoire sociétal des cancers : rapport 2013. Paris Ligue Nationale contre le cancer.

La Ligue contre le cancer publie aujourd'hui le 3ème rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, s'appuyant sur des études inédites pour comprendre les réalités de cette maladie. Si les conséquences économiques du cancer pour les personnes malades et leur entourage sont

connues, cette nouvelle édition met aussi en avant l'impact de la maladie sur le parcours professionnel : 1 personne sur 3 perd ou quitte son emploi dans les 2 ans après le diagnostic. Que vivent les malades dans cette situation ? Qu'en perçoivent les salariés et les employeurs ? Comment les travailleurs indépendants concilient-ils maladie et activité professionnelle ? De plus, si aujourd'hui une grande partie des traitements du cancer est prise en charge par l'assurance maladie, les limites et les modalités du « remboursé à 100% » sont-elles bien connues ? Comment les restes à charge contribuent aux inégalités dans la prise en charge des malades atteints de cancer ? Point sur les principaux enseignements de l'Observatoire sociétal des cancers. Devenue un rendez-vous sociétal annuel, la sortie du rapport de l'Observatoire sociétal des cancers (action 9.17 du Plan cancer III) dévoile, dans sa nouvelle édition les délais de prises en charge, les difficultés d'accès aux soins, les frais cachés restés à la charge des personnes malades, les problèmes économiques, les entraves dans le retour ou le maintien à l'emploi (résumé de l'éditeur).

Marino, P., et al. (2013). "Sex differences in the return-to-work process of cancer survivors 2 years after diagnosis: results from a large French population-based sample." *J Clin Oncol* **31**(10): 1277-1284.

PURPOSE: To investigate the effects of clinical, sociodemographic, and occupational factors on time to return to work (RTW) during the 2 years after cancer diagnosis and to analyze whether sex differences exist. **PATIENTS AND METHODS:** This study was based on a French national cross-sectional survey involving 4,270 cancer survivors. Time to RTW was estimated through the duration of sick leave of 801 cancer survivors younger than 58 years who were employed during the 2-year survey. Multivariate analysis of the RTW after sick leave was performed using a Weibull accelerated failure time model. **RESULTS:** We found some sex differences in the RTW process. Older men returned to work more slowly than older women ($P = .013$), whereas married men returned to work much faster than married women ($P = .019$). Duration dependence was also sex-specific. In men, the time spent on sick leave was independent of the probability of returning to work, whereas in women, this duration dependence was positive ($P < .001$). For both men and women, clinical factors including chemotherapy, adverse effects, and cancer severity were found to delay RTW ($P = .035$, $P = .001$, and $P < .001$, respectively). Survivors investing most strongly in their personal lives also delayed their RTW ($P = .006$), as did those with a permanent work contract ($P = .042$). The factor found to accelerate RTW was a higher educational level ($P = .014$). **CONCLUSION:** The RTW process 2 years after cancer diagnosis differed between men and women. A better knowledge of this process should help the national implementation of more cost-effective strategies for managing the RTW of cancer survivors.

Duguet, E. et Le Clainche, C. (2012). Une évaluation de l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur la reprise du travail après un cancer. Rapport de recherche ; 159. Noisy-le-Grand CEE

Cette étude évalue l'impact d'un aménagement des conditions de travail sur le retour au travail après un cancer. En appliquant une méthode d'appariement, nous trouvons que, toutes choses égales par ailleurs, l'obtention d'un aménagement augmente fortement la probabilité de retour au travail et améliore l'état de santé auto-évalué. Toutefois, pour les hommes, ceci va de pair avec un sentiment de pénalisation au travail et une baisse des revenus du ménage causée par la maladie, dans le cas d'un aménagement de la durée ou des horaires de travail. Pour les femmes, la même conclusion s'applique lors d'un aménagement du poste de travail.

Gallardo, L., et al. (2012). "[Breast cancer's impact on work life. Survey among women of the ELIPPE cohort]." *Bull Cancer* **99**(7-8): 779-786.

Working people who are diagnosed with cancer must generally stop working, and returning to work after treatment is a very important issue for them. This article investigates the impact of cancer on professional trajectory among working women after a breast cancer diagnosis. We conducted in-depth interviews with 21 women from the ELIPPE cohort. They were aged under 40 at cancer diagnosis, and they were interviewed from 16 months to 3 years after diagnosis. Several participants reported a deterioration of their professional situation even before they stopped working, with long-lasting consequences on their daily allowance. Others reported such deterioration during their sick leave. For all of them, returning to work after cancer treatment was very important, but they faced several obstacles. For example, some of them had to give up their former profession because of treatment side-effects. Moreover, the cancer experience frequently changed their attitude and expectations toward their working career. Finally, in order to find a new job these women were prone to hide their cancer experience and to resort to their social network (this network was also helpful to face the financial consequences of their sick leave)

Joutard, X., et al. (2012). "Continuous-Time Markov Model for Transitions between Employment and Non-employment: The Impact of a Cancer Diagnosis." *Annales d'Economie et de Statistique*(107-108): 239-265.

This article investigates whether a cancer diagnosis can cause a persistent loss in employability. We estimate continuous-time Markov transition processes, between employment statuses, to study and compare the labor market dynamics in two populations: 1) individuals diagnosed with cancer, and 2) individuals selected in the general population. The consequences of cancer diagnosis were measured by the significant deviation in the transition matrix for cancer survivors in comparison to the prior matrix standardized according to the general population. We accounted for the probability that some individuals in the control group (i.e., the general population) could be diagnosed with cancer which is a key-issue in case-control studies. The absence of detailed information about the health statuses of the individuals in the control group required the implementation of the EM algorithm for maximizing the adapted likelihood function. We jointly estimated the probability of being diagnosed with cancer in the control group and the parameters of our model. Given that individuals are exposed differently to cancer depending on their activities, we stratified the dataset by socioeconomic status (SES) with two objectives: 1) to clearly distinguish between the cancer-specific effects, and 2) to account for the other stigmatizing factors in the labor market that are inherent to the examined subpopulations (i.e., low- and high-SES groups). We also considered the systematic differences in the subjects' socioeconomic statuses and their abilities to return to work, and then, we determined whether these differences are related to illness (e.g., cancer sites or prognosis) or occupation (e.g., physical demands).

(2012). Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer. Rapport de synthèse des recherches de l'appel à projets lancé en 2006 par la Fondation Arc et l'Inca. États des lieux et des connaissances. Boulogne Billancourt INCA

La Fondation ARC et l'INCa ont lancé conjointement en 2006 un appel à projets de recherche inscrivant dans les orientations du premier Plan cancer et visant à explorer les conséquences de la maladie et de ses traitements sur les situations d'emploi et de travail des personnes atteintes. Les six recherches soutenues et menées dans ce cadre, présentées dans la partie II,

ont permis, à travers des approches quantitatives ou qualitatives, de mesurer et de mieux comprendre l'impact de la survenue du cancer sur la vie professionnelle des patients actifs au moment du diagnostic. La diffusion des résultats de ces différents travaux de recherche devrait favoriser entre autres l'action préventive des médecins du travail et des autres acteurs de la santé au travail. À l'issue de la présentation des résultats de ces recherches lors du colloque du 14 décembre 2010 à Paris, divers acteurs de la réinsertion professionnelle des patients (médecins du travail, associations de malades, DRH) ont pu échanger leurs points de vue sur les connaissances produites, sur les enseignements pratiques qui peuvent en être retirés, notamment en termes de prévention, et les interrogations qui subsistent (résumé de l'éditeur).

Ferrie, J. E., et al. (2011). "Differences in the association between sickness absence and long-term sub-optimal health by occupational position: a 14-year follow-up in the GAZEL cohort." Occup. Environ. Med **68**(10): 729-733.

OBJECTIVES: Although sickness absence is a strong predictor of health, whether this association varies by occupational position has rarely been examined. The aim of this study was to investigate overall and diagnosis-specific sickness absence as a predictor of future long-term sub-optimal health by occupational position. **METHODS:** This was a prospective occupational cohort study of 15 320 employees (73% men) aged 37-51. Sickness absences (1990-1992), included in 13 diagnostic categories, were examined by occupational position in relation to self-rated health measured annually during 1993-2006. **RESULTS:** 60% of employees in higher occupational positions and 22% in lower positions had no sickness absence. Conversely, 9.5% of employees in higher positions and 40% in lower positions had over 30 sick-leave days. Repeated-measures logistic regression analyses adjusted for age, sex and chronic disease showed employees with over 30 days absence, compared to those with no absence, had approximately double the risk of sub-optimal health over the 14-year follow-up in all occupational positions. 1-30 days sick-leave was associated with greater odds of sub-optimal health in the high (OR 1.48; 95% CI 1.27 to 1.72) and intermediate (1.29; 1.15 to 1.45) but not lower occupational positions (1.06; 0.82 to 1.38). Differences by occupational position in the association between sickness absence in 13 specific diagnostic categories and sub-optimal health over the ensuing 14 years were limited to stronger associations observed with cancer and mental disorders in the higher occupational positions. **CONCLUSIONS:** The association between sickness absence of more than 30 days over 3 years and future long-term self-rated health appears to differ little by occupational position

Le Clainche, C., et al. (2011). Travailler avec un cancer. Regards croisés sur les dispositifs d'aménagement des conditions de travail et sur les ressources mobilisées pour tenir ensemble travail et santé. Rapport de recherche ; 63. Noisy-le-Grand CEE

L'étude établit, d'une part, de façon statistique les déterminants du retour au travail après un cancer et mesure plus spécifiquement l'impact des aménagements des conditions de travail pour 1 518 individus constituant un sous-échantillon de l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)¹. L'impact de ces aménagements sur le retour au travail est un peu plus fort pour les femmes que pour les hommes. L'étude montre aussi un impact sur la variation de la productivité estimée mais seulement pour les femmes qui souhaitaient les aménagements. L'étude met en lumière, d'autre part, grâce des entretiens qualitatifs auprès de trente-huit personnes en emploi après un cancer, une diversité de situations dans lesquelles elles se trouvent pour faire tenir ensemble santé et travail, dans le temps et au-delà des effets des aménagements prévus par le droit du travail. Ces situations combinent des contraintes liées à leur travail, au type

d'emploi qu'elles occupent, à l'échéance de leur contrat, aux contraintes de soins et à leur quotidien. Elles amènent également les personnes concernées à produire de façon permanente un certain nombre d'ajustements très minutieux et de régulations. Ainsi, travailler avec un cancer s'apparente à une épreuve. La maladie peut mettre en danger le travail, et le travail, en éprouvant le corps, peut mettre en danger la santé. Une des caractéristiques de cette épreuve est l'incertitude. Elle pèse autant sur l'emploi que sur le travail et la santé de la personne.

Belin, L., et al. (2010). "Répercussions des cancers sur la vie professionnelle: étude réalisée auprès de 402 salariés en Île-de-France." Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique **58**: S70.

Fantoni, S. Q., et al. (2010). "Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France." J Occup.Rehabil. **20**(1): 49-58.

INTRODUCTION: Earlier diagnosis and better treatment have increased the survival rates of breast cancer patients. This warrants research on return to work of cancer survivors, especially about subjective factors because they affect the mental desire to return to work. Moreover, knowledge in this issue is very limited in France. OBJECTIVES: This study aims to explore the objective and subjective factors that affect whether and when women with breast cancer return to work. METHODS: 379 women with breast cancer aged 18-60 years who were working at the time of diagnosis responded to a 45 item questionnaire. The questionnaire had personal characteristics, disease-related characteristics and work-related ones. Multivariate logistic regressions were run to determine the association of these factors and return to work and time until return to work. RESULTS: During a median follow-up of 36 months, 82.1% of the 379 women who had worked before their diagnosis returned to work after a median sick leave of 10.8 months. Older age, lower educational level, chemotherapy, radiotherapy, lymphoedema, psychological or organizational self-perceived constraints related to their former job, and the lack of moral support from work colleagues both limited and delayed return to work. CONCLUSION: The resumption of work by women with breast cancer depends on many factors, not all of them medical. The self-perceived factors must be considered: first to help support these women during their sick leave, while taking into account elements that may hinder early return to work; second to initiate a work resumption support process which takes into account both the person and her environment

Paraponaris, A., et al. (2010). "Job tenure and self-reported workplace discrimination for cancer survivors 2 years after diagnosis: does employment legislation matter?" Health Policy **98**(2-3): 144-155.

OBJECTIVES: To assess the risk of leaving employment for cancer survivors 2 years after diagnosis and the role of workplace discrimination in this risk. METHODS: A representative sample of 4270 French individuals older than 17 and younger than 58 years when diagnosed with cancer in 2002 were interviewed 2 years later. Their occupational status was analyzed with the help of Probit and IV-Probit models. RESULTS: Overall, 66% of the cancer survivors who were working at the time of diagnosis were still employed 2 years later. Age, education level, income at diagnosis, work contract, professional status, affective support, relative prognosis at diagnosis, tumor site and treatment have contrasting impacts upon the probability of job loss across gender. Even after having controlled for these variables, self-reported workplace discrimination increases the probability of job loss by 15%. CONCLUSIONS: Despite protective labor law and favorable health insurance arrangements, French cancer survivors continue to experience problems to stay in or to return to the labor force. Measures targeting only the employment protection of cancer survivors do not seem

to be sufficient to end prior social inequalities in job attainment. Intervention for specific populations particularly exposed to job-loss risks would also be needed

Cases, C., et al. (2008). Evolution des ressources et difficultés économiques à la suite d'un cancer. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades., Paris : La documentation française: 271-286

Deux ans après le début de leur cancer, un quart des personnes atteintes déclare une baisse de leurs revenus et, parmi elles, deux tiers considèrent que leur maladie a eu un impact. Le fait d'associer la diminution des ressources à la maladie, qui concerne principalement les actifs au moment du diagnostic, est plus fréquent chez ceux qui ont dû s'arrêter de travailler et qui n'ont jamais repris le travail depuis. Les salariés du privé et les indépendants, ainsi que ceux qui déclarent les séquelles les plus graves, attribuent davantage la perte de leur revenu à leur maladie. La maladie a également des conséquences pour une partie de ceux qui avaient des emprunts en cours au début de la maladie (un tiers des malades interrogés). Parmi eux, quatre sur dix ont recouru à leur assurance pour rembourser cet emprunt, ou ont eu des difficultés pour le rembourser, sans pouvoir prendre une assurance. Ces difficultés de remboursement, palliées ou non par une assurance, concernent davantage les plus jeunes, les catégories sociales les plus modestes, les plus pauvres, ainsi que ceux qui ont dû s'arrêter de travailler et qui n'ont jamais repris le travail depuis. En dehors des critères économiques habituellement pris en compte dans ces décisions, le risque de se voir refuser un emprunt est significativement plus élevé pour les personnes de moins de 40 ans et pour les femmes. L'accès à un emprunt sous condition (surprime) est quant à lui influencé par des caractéristiques médicales (pronostic et localisation du cancer). Indépendamment de ces facteurs démographiques et médicaux, les personnes qui n'ont pas repris le travail deux ans après le diagnostic présentent à la fois des risques plus élevés de se voir refuser un emprunt et de se voir réclamer des surprimes en cas d'acceptation.

Eichanbaum-Voline, S., et al. (2008). "Cancer et activité professionnelle." Revue De L'ofce : Observations Et Diagnostics Économiques(104): 105-134

Cet article évalue l'impact du cancer sur l'activité professionnelle en estimant des matrices de transition comparées entre les différents états d'occupation professionnelle. Les données sont issues de deux enquêtes : l'enquête Emploi de l'Insee et l'enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue et chronique réalisée auprès d'un échantillon de personnes prises en charge à 100 % en septembre ou octobre 2002, au titre d'une affection de longue durée en France .

Kivimaki, M., et al. (2008). "Sickness absence as a prognostic marker for common chronic conditions: analysis of mortality in the GAZEL study." Occup. Environ. Med **65**(12): 820-826.

OBJECTIVES: To determine whether sickness absence is a prognostic marker in terms of mortality among people with common chronic conditions. METHODS: Prospective occupational cohort study of 13,077 men and 4871 women aged 37-51 from the National Gas and Electricity Company, France. Records of physician-certified sickness absences over a 3-year period were obtained from employers' registers. Chronic conditions were assessed in annual surveys over the same period. The main outcome measure was all-cause mortality (803 deaths, mean follow-up after assessment of sickness absence: 13.9 years). RESULTS: In Cox proportional hazard models adjusted for age, sex, socioeconomic position and co-morbidity, >28 annual sickness-absence days versus no absence days was associated with an excess mortality risk among those with cancer (hazard ratio 5.4, 95% CI 2.2 to 13.1),

depression (1.7, 1.1 to 2.8), chronic bronchitis or asthma (2.7, 1.6 to 4.6) and hypertension (1.6, 1.0 to 2.6). The corresponding hazard ratios for more than five long (>14 days) sickness-absence episodes per 10 person-years versus no such episodes were 5.4 (2.2 to 13.1), 1.8 (1.3 to 2.7), 2.0 (1.3 to 3.2) and 1.8 (1.2 to 2.7), respectively. Areas under receiver operating characteristics curves for these absence measures varied between 0.56 and 0.73, indicating the potential of these measures to distinguish groups at high risk of mortality. The findings were consistent across sex, age and socioeconomic groups and in those with and without co-morbid conditions. CONCLUSION: Data on sickness absence may provide useful prognostic information for common chronic conditions at the population level

Le Corroller-Soriano, A. G., coord. et al. (2008). La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades, Paris : La documentation française

Pour la première fois en France, une enquête permet de connaître la situation des personnes touchées par le cancer après la phase initiale de leur maladie. Elle adopte les approches suivantes : - perception de la maladie par les personnes touchées et de leurs relations avec les professionnels de santé (verbalisation du diagnostic, perception de la guérison, annonce de la maladie, accès à l'information, participation au choix du traitement) ; - qualité de vie deux ans après le début de la maladie, des difficultés psychologiques rencontrées et des soutiens professionnels obtenus ; - conséquences sur la vie sociale et sur la vie privée.

Malavolti, L., et al. (2008). La reprise du travail après un diagnostic de cancer : un processus distinct entre hommes et femmes. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades., Paris : La documentation française: 259-270

L'analyse de la durée de reprise du travail au cours des deux ans qui suivent un diagnostic de cancer peut faire apparaître des éléments originaux que ne met pas en évidence l'étude simple de la situation de travail au terme des deux ans. L'étude dans la durée importe, ne serait-ce que pour le malade, sensible à la rapidité ou à la lenteur « du retour à la normale » que constitue la reprise d'activité. Le processus de reprise effective du travail après une période de congé

Paraponaris, A., et al. (2008). Le maintien dans l'activité et dans l'emploi. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades., Paris : La documentation française: 244-257

Ce travail vise à évaluer le taux d'emploi des personnes atteintes par un cancer deux ans après le diagnostic de la maladie et à identifier les déterminants de la sortie d'emploi vers d'autres situations (retraite et autres formes d'inactivité). L'analyse porte sur la situation face à l'activité et à l'emploi des personnes âgées de 57 ans ou moins au moment du diagnostic de cancer, fin 2002. 83 % d'entre elles occupaient un emploi à cette date, une proportion supérieure à celle de la population générale, ce qui s'explique notamment par un effet d'âge. Parmi elles, une sur cinq déclare avoir été victime d'attitudes discriminatoires en lien

Etudes internationales

Blinder, V., et al. (2017). "Women With Breast Cancer Who Work For Accommodating Employers More Likely To Retain Jobs After Treatment." Health Affairs **36**(2): 274-281.

<http://content.healthaffairs.org/content/36/2/274.abstract>

Breast cancer affects one in eight women across the United States, and low-income minority survivors of breast cancer are at increased risk of job loss, compared to higher-income white survivors. Employer accommodations, such as schedule flexibility, have been associated with job retention in higher-income whites, but the role of such accommodations in job retention among low-income minorities is not well understood. We conducted a longitudinal study of 267 employed women ages 18–64 who were undergoing treatment for early-stage breast cancer and spoke English, Chinese, Korean, or Spanish. We categorized patients by income level and by race/ethnicity. The category with the lowest job retention after treatment was low-income women (57 percent). Job retention varied widely by race/ethnicity, ranging from 68 percent among Chinese women to 98 percent among non-Latina whites. Women who had accommodating employers were more than twice as likely to retain their jobs as those without accommodating employers. Low-income women were less likely than higher-income women to have accommodating employers, however. More uniform implementation of accommodations across low- and high-paying jobs could reduce disparities in employment outcomes among workers with a cancer diagnosis. Additional research is needed to better understand the barriers that employers, particularly those with low-income workers, may face in providing accommodations.

Jeon, S. H. (2017). "The Long-Term Effects of Cancer on Employment and Earnings." *Health Econ* **26**(5): 671-684.

The study examines long-term effects of cancer on the work status and annual earnings of cancer survivors who had a strong attachment to the labor market prior to their cancer diagnosis. We use linkage data combining Canadian 1991 Census microdata with administrative records from the Canadian Cancer Registry, the Vital Statistics Registry and longitudinal personal income tax records. We estimate changes in the magnitude of cancer effects during the first 3 years following the year of the diagnosis using a large sample of cancer survivors diagnosed at ages 25 to 61. The comparison group consists of similar workers never diagnosed with cancer. The empirical strategy combines coarsened exact matching and regression models to deal with observed and unobserved differences between the cancer and comparison groups. The results show moderate negative cancer effects on work status and annual earnings. Over the 3-year period following the year of the diagnosis, the probability of working is 5 percentage points lower for cancer survivors than for the comparison group, and their earnings are 10% lower. Our findings also suggest that the effects of cancer on labor market outcomes differ for high and low survival rate cancer categories.

Jeon, S. H. et Pohl, R. V. (2016). *Health and Work in the Family: Evidence from Spouses' Cancer Diagnoses*. Ottawa Statistics Canada

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2733735

Using Canadian administrative data from multiple sources, we provide the first nationally representative estimates for the effect of spouses' cancer diagnoses on individuals' employment and earnings and on family income. Our identification strategy exploits unexpected health shocks and combines matching with individual fixed effects in a generalized difference-in-differences framework to control for observable and unobservable heterogeneity. We find strong evidence for a decline in employment and earnings of individuals whose spouses are diagnosed with cancer. We interpret this result as individuals

reducing their labor supply to provide care to their sick spouses. Family income substantially declines after spouses' cancer diagnoses suggesting that the financial consequences of such health shocks are considerable.

Jongeneel, W. P., et al. (2016). Work-related cancer in the European Union. Size, impact and options for further prevention. Bilthoven RIVM
<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0010.pdf>

Despite many protective measures workers can be exposed to carcinogenic substances at work. Additional policy interventions are needed to reduce the future burden of work-related cancer in the EU. The RIVM addressed this issue by providing insight into the magnitude of work-related cancer, in terms of the number of cases, deaths and the societal costs, caused by exposure to carcinogenic substances in the EU. We estimate that in the EU 122,600 (range 91,500 - 150,500) people were newly diagnosed with cancer, caused by past exposure to carcinogenic substances at work. The attributed cancer deaths are estimated to be 79,700 (range 57,700 - 106,500). In total almost 1.2 (0.8 - 1.6) million years of life were lost due to premature death caused by past exposure to carcinogenic substances at work in the EU-population. The consequences of this work-related cancer, and its impact on society, extend further than mortality and morbidity figures. They also include the reduction in the quality of life, productivity losses and the provided health care. Next to the individual emotional suffering and pain associated with the disease, this leads to economic cost for society. Health care expenditure and productivity losses are estimated to cost between €4-7 billion annually for the EU. When welfare losses of premature deaths and diagnosis with cancer are added, the total annual economic representation of the societal impact is estimated to be in an order of magnitude of €334 (242 – 440) billion.

Maruthappu, M., et al. (2016). "Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1999-2010: a longitudinal analysis." The Lancet. **388**(10045) : 684-685

The global economic crisis has been associated with increased unemployment and reduced public-sector expenditure on health care (PEH). We estimated the effects of changes in unemployment and PEH on cancer mortality, and identified how universal health coverage (UHC) affected these relationships.

Maruthappu, M., et al. (2016). "Unemployment, public-sector healthcare expenditure and colorectal cancer mortality in the European Union: 1990-2009." Int J Public Health **61**(1): 119-130.

OBJECTIVES: We examined the association between unemployment and government spending on healthcare with colorectal cancer mortality. **METHODS:** Retrospective observational study using data from the World Bank and WHO. Multivariate regression analysis was used, controlling for country-specific differences in infrastructure and demographics. **RESULTS:** A 1 % increase in unemployment was associated with a significant increase in colorectal cancer mortality in both men and women [men: coefficient (R) = 0.0995, 95 % confidence interval (CI) 0.0132-0.1858, P = 0.024; women: R = 0.0742, 95 % CI 0.0160-0.1324, P = 0.013]. A 1 % increase in government spending on healthcare was associated with a statistically significant decrease in colorectal cancer mortality across both sexes (men: R = -0.4307, 95 % CI -0.6057 to -0.2557, P < 0.001; women: R = -0.2162, 95 % CI -0.3407 to -0.0917, P = 0.001). The largest changes in mortality occurred 3-4 years following changes in either economic variable. **CONCLUSIONS:** Unemployment rises are associated with a significant increase in colorectal cancer mortality, whilst government healthcare

spending rises are associated with falling mortality. This is likely due, in part, to reduced access to healthcare services and has major implications for clinicians and policy makers alike.

De Boer, A. G., et al. (2015). "Interventions to enhance return-to-work for cancer patients." Cochrane Database Syst Rev(9): Cd007569.

BACKGROUND: Cancer patients are 1.4 times more likely to be unemployed than healthy people. Therefore it is important to provide cancer patients with programmes to support the return-to-work (RTW) process. This is an update of a Cochrane review first published in 2011. **OBJECTIVES:** To evaluate the effectiveness of interventions aimed at enhancing RTW in cancer patients compared to alternative programmes including usual care or no intervention. **SEARCH METHODS:** We searched the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL, in the Cochrane Library Issue 3, 2014), MEDLINE (January 1966 to March 2014), EMBASE (January 1947 to March 2014), CINAHL (January 1983 to March, 2014), OSH-ROM and OSH Update (January 1960 to March, 2014), PsycINFO (January 1806 to 25 March 2014), DARE (January 1995 to March, 2014), ClinicalTrials.gov, Trialregister.nl and Controlled-trials.com up to 25 March 2014. We also examined the reference lists of included studies and selected reviews, and contacted authors of relevant studies. **SELECTION CRITERIA:** We included randomised controlled trials (RCTs) of the effectiveness of psycho-educational, vocational, physical, medical or multidisciplinary interventions enhancing RTW in cancer patients. The primary outcome was RTW measured as either RTW rate or sick leave duration measured at 12 months' follow-up. The secondary outcome was quality of life. **DATA COLLECTION AND ANALYSIS:** Two review authors independently assessed trials for inclusion, assessed the risk of bias and extracted data. We pooled study results we judged to be clinically homogeneous in different comparisons reporting risk ratios (RRs) with 95% confidence intervals (CIs). We assessed the overall quality of the evidence for each comparison using the GRADE approach. **MAIN RESULTS:** Fifteen RCTs including 1835 cancer patients met the inclusion criteria and because of multiple arms studies we included 19 evaluations. We judged six studies to have a high risk of bias and nine to have a low risk of bias. All included studies were conducted in high income countries and most studies were aimed at breast cancer patients (seven trials) or prostate cancer patients (two trials). Two studies involved psycho-educational interventions including patient education and teaching self-care behaviours. Results indicated low quality evidence of similar RTW rates for psycho-educational interventions compared to care as usual (RR 1.09, 95% CI 0.88 to 1.35, n = 260 patients) and low quality evidence that there is no difference in the effect of psycho-educational interventions compared to care as usual on quality of life (standardised mean difference (SMD) 0.05, 95% CI -0.2 to 0.3, n = 260 patients). We did not find any studies on vocational interventions. In one study breast cancer patients were offered a physical training programme. Low quality evidence suggested that physical training was not more effective than care as usual in improving RTW (RR 1.20, 95% CI 0.32 to 4.54, n = 28 patients) or quality of life (SMD -0.37, 95% CI -0.99 to 0.25, n = 41 patients). Seven RCTs assessed the effects of a medical intervention on RTW. In all studies a less radical or functioning conserving medical intervention was compared with a more radical treatment. We found low quality evidence that less radical, functioning conserving approaches had similar RTW rates as more radical treatments (RR 1.04, 95% CI 0.96 to 1.09, n = 1097 patients) and moderate quality evidence of no differences in quality of life outcomes (SMD 0.10, 95% CI -0.04 to 0.23, n = 1028 patients). Five RCTs involved multidisciplinary interventions in which vocational counselling was combined with patient education, patient counselling, and biofeedback-assisted behavioral training or physical exercises. Moderate quality evidence showed that

multidisciplinary interventions involving physical, psycho-educational and vocational components led to higher RTW rates than care as usual (RR 1.11, 95% CI 1.03 to 1.16, n = 450 patients). We found no differences in the effect of multidisciplinary interventions compared to care as usual on quality of life outcomes (SMD 0.03, 95% CI -0.20 to 0.25, n = 316 patients). **AUTHORS' CONCLUSIONS:** We found moderate quality evidence that multidisciplinary interventions enhance the RTW of patients with cancer.

Islam, T., et al. (2014). "Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review." *BMC Public Health* **14 Suppl 3**: S8.

BACKGROUND: The breast cancer survival rate is the highest among all types of cancers, and survivors returning to work after completing treatment is extremely important in regards to economy and rehabilitation. The aim of this systematic review study is to identify the prevalence of breast cancer survivors who return to work (RTW) and the factors associated to RTW. **METHODS:** A computer based literature search was carried out. "PubMed, Cochrane Library, Embase, Web of Science, and Science Direct" databases were searched systematically. Our search strategy identified a total of 12,116 papers of which 26 studies met the inclusion criteria and quality assessment. These were original papers published between January 2003 and January 2013. **RESULTS:** The trends in RTW differ among countries for the breast cancer survivors. The time to RTW after successful cancer treatment also varies among the countries and by ethnicity. The prevalence of the RTW varies from 43% to 93% within one year of diagnosis. The prevalence of the RTW for the Netherland is the lowest in the world (43%). The United States survivors showed the highest RTW (93%) within 12 months of the diagnosis. Numerous barriers and facilitators were identified as factors that affect RTW. For instance, socio-demographic factors such as education and ethnicity; treatment oriented factors such as chemotherapy; work related factors such as heavy physical work; disease related factors such as poor health condition and fatigue; and psychological factors such as depression and emotional distress, act as barriers of RTW. In contrast, social, family, employer support, and financial independency emerge as key facilitators in enabling breast cancer survivors to return and continue work. **CONCLUSION:** Minimising these identified barriers and strengthening these facilitators could further improve the work condition and increase the percentage of RTW among the breast cancer survivors.

Kwong, T. N., et al. (2014). "What do we know about survivorship after treatment for extremity sarcoma? A systematic review." *Eur J Surg Oncol* **40(9)**: 1109-1124.

OBJECTIVE: The varied presentations and treatments of extremity bone and soft tissue sarcoma mean that the issues faced by survivors are diverse and complex. The aim of this systematic review was to investigate what is known about this topic with a view to identifying areas for further research or service development. **METHODS:** This was a review of the English language literature identified from Medline and Ovid and hand searches published between January 2000 and September 2012. Results were compiled according to physical, psychological and social domains of survivorship. **RESULTS:** Of 182 studies identified, 22 met the inclusion criteria. There is a wide range of outcome measures used and a need for more objective measures. Unsurprisingly, survivors of extremity sarcoma typically demonstrate lower levels of physical functioning than healthy controls. In addition, survivors demonstrate a substantial psychological morbidity. **CONCLUSIONS:** Services for survivors of extremity sarcoma should include rehabilitation and psychological support, sexual health services, expert pain management, and support to return to work.

Saunders, S. L. et Nedelec, B. (2014). "What work means to people with work disability: a scoping review." J Occup Rehabil **24**(1): 100-110.

PURPOSE: As paid work is the occupation that people spend the most amount of their time doing, it is an important provider of personal meaning in their lives. This meaning has been shown to vary from person to person and to be important to health and well being. When a person is unable to work due to a disabling condition, it is unclear whether this meaning remains or is replaced by other meanings. The purpose of this scoping review was to explore what was known in the existing literature on what work means to those with work disability. **METHODS:** The review involved identifying and selecting relevant studies, charting the data and collating and summarizing the results. **RESULTS:** Fifty-two studies explored the meaning of work for those with cancer, mental illness, musculoskeletal disorders, brain injuries, paraplegia, and AIDS. The studies revealed that, for most, work continued to be meaningful and important. Common themes across all types of disability included work being a source of identity, feelings of normality, financial support, and socialization. These meanings were found to be both motivating for return to work and health promoting. Conversely, a small number of studies found that the meanings and values ascribed to work changed following disability. New meanings, found either at home or in modified work, replaced the old and contributed to new identities. **CONCLUSIONS:** The exploration of the meaning of work has been shown to provide important understanding of the experience of work and disability. This understanding can guide rehabilitation professionals in their interventions with the work disabled.

Stergiou-Kita, M., et al. (2014). "Qualitative meta-synthesis of survivors' work experiences and the development of strategies to facilitate return to work." J Cancer Surviv **8**(4): 657-670.

PURPOSE: To review the empirical qualitative literature on cancer survivors' experiences of the return to work process in order to develop strategies for health and vocational professionals to facilitate return to work. **METHODS:** A rigorous systematic search of five databases was completed to identify relevant qualitative studies published between Jan 2000 and July 2013. All potentially relevant titles and abstracts were reviewed by two reviewers. For studies that met eligibility, the full-text articles were obtained and assessed for quality. The collected evidence was then synthesized using meta-ethnography methods. **RESULTS:** In total, 39 studies met the eligibility criteria and passed the quality assessment. The synthesis of these studies demonstrated that cancer diagnosis and treatment represented a major change in individuals' lives and often resulted in individuals having to leave full-time work, while undergoing treatment or participating in rehabilitation. Thus, many survivors wanted to return to some form of gainful or paid employment after treatment and rehabilitation. However, there was also evidence that the meaning of paid employment could change following cancer. Return to work was found to be a continuous process that involved planning and decision-making with respect to work readiness and symptom management throughout the process. Nine key factors were identified as relevant to work success. These include four related to the person (i.e., symptoms, work abilities, coping, motivation), three related to environmental supports (i.e., family, workplace, professionals), and two related to the occupation (i.e., type of work/demands, job flexibility). Finally, issues related to disclosure of one's cancer status and cancer-related impairments were also found to be relevant to survivors' return to work experiences. **CONCLUSIONS:** This review reveals that cancer survivors experience challenges with maintaining employment and returning to work following cancer and may require the coordinated support of health and vocational professionals. **IMPLICATIONS FOR CANCER SURVIVORS:** Cancer survivors need integrated support from health and vocational professionals (e.g., assistance with defining

work goals, determining work readiness, determining how symptoms may impact work performance, suggesting workplace supports, and accommodations) to maintain and return to work after cancer diagnosis and treatment. These supports need to be provided throughout the recovery and rehabilitation process.

Mehnert, A., et al. (2013). "Employment challenges for cancer survivors." *Cancer* **119 Suppl 11**: 2151-2159.

There is a considerable body of evidence about the adverse effects of cancer and cancer treatments on employment, work ability, work performance, and work satisfaction among cancer survivors. There is also a growing consensus that cancer survivorship research needs to address the large variety of short-term and long-term work-related problems and that programs to support return to work and employment should be developed and integrated into the follow-up survivorship care of cancer patients. Cancer survivorship and employment can be considered from the perspective of the cancer survivor, the caregiver and the family, the employer and coworkers, the health care providers, and the community or society-elements that comprise many similarities but also differences between Europe and the United States and that may affect employment and return to work among cancer survivors in different ways. Previous research has specifically addressed the likelihood and timeliness of work return, including factors that promote and hinder return to work and work performance, and intervention studies and programs that focus on psychological, physical, pharmacologic, or multidisciplinary approaches to work. The area of work disability has emerged as an international field with research from areas throughout the globe. In this article, the authors provide an overview of the current state of scientific research in these areas and further provide a cancer survivorship and work model that integrates significant individual cancer-related, treatment-related, and work-related factors and outcomes. The report concludes with a discussion of European and American contributions and possible future directions for the enhancement of current efforts.

Silver, J. K., et al. (2013). "Cancer rehabilitation may improve function in survivors and decrease the economic burden of cancer to individuals and society." *Work* **46(4)**: 455-472.

BACKGROUND: Cancer and its treatment may cause physical impairments and psychological distress in survivors. Rehabilitation is a critical component of quality cancer care, returning survivors to their highest functional potential. **OBJECTIVE:** This overview focuses on the benefits of multidisciplinary cancer rehabilitation - including improving physical function, reducing psychological distress, promoting return to work and, therefore, decreasing the economic burden of cancer and its treatment on individuals and society in general. **METHODS:** Relevant literature was identified through a search of the PubMed database and reviewed for its relevance to cancer rehabilitation and the topic of this article. Search terms included, but were not limited to, cancer rehabilitation, cancer prehabilitation, disability, return to work, employment, and unemployment. **RESULTS:** Cancer survivors are less likely to be employed and take more sick leave than workers without a history of cancer. Pain, musculoskeletal issues, deconditioning, fatigue, balance, psychosocial issues, and lymphedema are most amenable to rehabilitation. **CONCLUSION:** Overall health and the need for work accommodations must be addressed in order to improve return to work and subsequent productivity in cancer survivors. Survivors are usually best served by a multidisciplinary care team comprising members who can address the myriad impairments affecting survivor function.

Van Muijen, P., et al. (2013). "Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review." *Eur J Cancer Care (Engl)* **22**(2): 144-160.

The objective of this study was to provide an overview of the prognostic factors for return to work and employment of cancer survivors. Cohort studies were selected if the population consisted of cancer patients between 18 and 65 years of age, with return to work, employment or equivalent concepts as main outcome measure, studying at least one prognostic factor. The methodological quality of the included studies and level of evidence for each prognostic factor were assessed. Twenty-eight cohort studies met the inclusion criteria. Heavy work and chemotherapy were negatively associated with return to work. Less invasive surgery was positively associated with return to work. Breast cancer survivors had the greatest chance of return to work. Old age, low education and low income were negatively associated with employment. Moderate evidence was found for extensive disease being negatively associated with both return to work and employment, and for female gender being negatively associated with return to work. The review shows that in cancer survivors, a limited number of prognostic factors of return to work and employment can be identified. Physicians primarily engaged in the process of vocational rehabilitation of cancer survivors should be aware of the potential role these factors exert.

Wells, M., et al. (2013). "Supporting 'work-related goals' rather than 'return to work' after cancer? A systematic review and meta-synthesis of 25 qualitative studies." *Psychooncology* **22**(6): 1208-1219.

Background This study aimed to systematically review and synthesise qualitative studies of employment and cancer. **Methods** A rigorous systematic review and meta-synthesis process was followed. A total of 13233 papers were retrieved from eight databases; 69 were deemed relevant following title and abstract appraisal. Four further publications were identified via contact with key authors. Screening of full texts resulted in the retention of 25 publications from six countries, which were included in the synthesis. **Results** Studies consistently indicate that for people with cancer, work' forms a central basis for self-identity and self-esteem, provides financial security, forms and maintains social relationships, and represents an individual's abilities, talents and health. Work is therefore more than paid employment. Its importance to individuals rests on the relative value survivors place on these constituent functions. The desirability, importance and subsequent interpretation of individuals' experience of return to work' appears to be influenced by the ways in which cancer affects these functions or goals of work'. Our synthesis draws these complex elements into a heuristic model to help illustrate and communicate these inter-relationships. **Conclusion** The concept of return to work' may be overly simplistic, and as a result, misleading. The proposed benefits previously ascribed to return to work' may only be achieved through consideration of the specific meaning and role of work to the individual. Interventions to address work-related issues need to be person-centred, acknowledging the work-related outcomes that are important to the individual. A conceptual and operational shift towards supporting survivors to identify and achieve their work-related goals' may be more appropriate. Copyright (c) 2012 John Wiley & Sons, Ltd.

Hornbrook, M., et al. (2012). "PS1-21: Long-term Rectal Cancer Survivors: Perceived Effects of Cancer on Work and Volunteering." *Clin.Med Res* **10**(3): 149-150.

Background/Aims Surgical treatments for rectal cancer include intestinal ostomy (externalization of the bowel to the abdominal wall) or, more frequently, an anastomosis (reconnection) of the rectum. These surgeries can give rise to long-term after-effects. We examined differences reported between survivors with ostomies (SO) versus anastomoses

(SA) with respect to their work and volunteer activities, and how much they perceived their cancer affected these experiences. **Methods** We mailed our survey to 1,000 long-term (=5 years post-diagnosis) rectal cancer survivors in KP Northern California and KP Northwest during 2010-2011. Our overall response rate was 57.7% (577/1,000). The survey asked about current employment status and the impact of their cancer on labor force participation, demotions, job discrimination, forced retirement, and volunteer activities. Responses from 446 survivors (SA=292 (65%), SO=154 (35%)) were analyzed for differences in changes in work- and volunteer activities. **Results** Mean ages for both groups were significantly beyond the retirement age for most Americans (SA=72 yrs, SO=74 yrs). SAs were more likely to be currently working (FT+PT = 30% (89/292)) than SOs (FT+PT = 17% (25/151)), while SOs were more likely to be retired (67% (101/151) vs. 55% (160/292) ($p<.05$)). Rates of permanent disability were similar between the groups-SOs=6.6% (10/151), SAs=5.5% (16/292). One-fifth of survivors (SA=22% (65/290), SA=18% (28/154)) reported volunteering on a regular basis an average of 11 (SOs) to 15 (SAs) hours/week. SAs reported more support from employers than SOs (64% (138/215) vs. 53% (60/113), $p<.05$), and from co-workers (68% (146/214) vs. 57% (64/112), $p<.05$). SAs and SOs did not differ in marital status at times of diagnosis or survey. The distribution of marital status shifted between diagnosis and survey: 72% (305/425) were married and 10% (43/425) were widowed at diagnosis; 62% (263/424) were married and 20% (84/424) were widowed at time of survey. No differences were reported by treatment about being forced into retirement. **Discussion** Compared to SOs, SAs were more likely to be currently employed, to receive higher rates of support from employers and coworkers, and to volunteer more hours. Perhaps interventions can be developed to allow ostomy survivors to participate more in these functions in their communities

Lerro, C. C., et al. (2012). "A systematic review of large-scale surveys of cancer survivors conducted in North America, 2000-2011." *J Cancer Surviv.* 6(2): 115-145.

INTRODUCTION: Many large surveys collect data on cancer survivors, but few encompass the full spectrum of domains relevant to survivorship ranging from cancer care to quality of life to late- and long-term effects of cancer and its treatment. Here, we review large data sources in North America collecting cancer survivor-reported health information, and catalogue the domains of cancer survivorship each includes. **METHODS:** We identified surveys of cancer survivors through a comprehensive web search of federal government agencies, non-profit organizations, and related societies that support health care research or provide health care services, as well as a systematic review of literature indexed on PubMed from 2000-2011. **RESULTS:** A total of 57 surveys were identified, 26 nationally representative surveys and 31 regional, state, or provincial surveys. Thirty-four surveys specifically targeted cancer survivors, and an additional two surveys had supplements or modules targeted at cancer survivors. Among the nationally representative surveys, general medical characteristics and medical conditions were the most frequently reported cancer survivorship domains, and information on cancer-related costs was least frequently reported. **DISCUSSION/CONCLUSION:** Our review demonstrates that a large and growing number of surveys across the U.S. and Canada are collecting data on cancer survivors. These surveys differ in design, geographic region, primary population of interest, cancer site, and research areas of interest. They address a wide range of survivorship issues. Future cancer survivorship research should concentrate on understudied areas in order to better understand the challenges faced by this growing population

Ullrich, A., et al. (2012). "[Gender-related aspects of returning to work in cancer survivors. A systematic review]." *Bundesgesundheitsblatt.Gesundheitsforschung.Gesundheitsschutz.* 55(4): 516-532.

Due to improved prognosis most cancer survivors are nowadays able to return to work. This review explored gender-related differences in work-related outcomes after cancer. A systematic search of studies on work-related issues in cancer survivors published between January 2001 and July 2011 was conducted. 44 original publications met the inclusion criteria (adult cancer survivors, focus on work-related outcomes, gender-specific report of results). The results of these studies indicate that impaired work ability is more common among female cancer survivors than among male cancer survivors as well as the reduction of working hours and income losses. Supportive work environments seem to be particularly helpful for the successful and long-lasting re-integration of female survivors. More systematic research and separate analyses for women and men are needed to fully comprehend gender differences in work-related outcomes. Broader knowledge can then be helpful in creating gender-specific return-to-work interventions

Brearley, S. G., et al. (2011). "The physical and practical problems experienced by cancer survivors: a rapid review and synthesis of the literature." *Eur J Oncol Nurs* **15**(3): 204-212.

PURPOSE: A rapid and comprehensive review to identify what is known and not known about the physical and practical problems faced by adult cancer survivors. **METHODS:** A systematic literature review process was used. This focused on published reviews to enable a fast but rigorous identification of both the gaps and well-researched areas within survivorship. **RESULTS:** The search identified 5121 reviews, of which 42 were screened and 9 met the quality and inclusion criteria. The majority of papers focused on physical well being (n = 6) with the remaining papers focusing on practical well being (employment and finance). The quality of the reviews varied (ranging from weak to good). Gaps identified include sexual function, lower-limb lymphoedema, peripheral neuropathy, bladder and GI problems, hormonal sequelae, older cancer survivors, work impact of cancer and context-specific unmet supportive care needs. The review found a lack of standardised nomenclature for survivorship and methodological limitations. **CONCLUSIONS:** Four main gaps in knowledge relating to the practical and physical problems associated with cancer survivorship have been identified. These are key symptoms, unmet supportive care needs, employment and older cancer survivors, and should be addressed by future research and systematic literature reviews. Work is also needed to address the nomenclature of survivorship and to improve the methodology of research into cancer survivors (including standardised measures, theoretical frameworks, longitudinal design, inclusion of older survivors and age-matched controls for comparison). The review highlighted the need for better research within the identified areas in order to improve the experiences of cancer survivors.

Mehnert, A. (2011). "Employment and work-related issues in cancer survivors." *Crit.Rev.Oncol.Hematol.* **77**(2): 109-130.

Purpose of this systematic literature review was to identify current knowledge about employment in cancer survivors. Sixty-four studies met inclusion criteria that were original papers published between 01/2000 and 11/2009. Overall, 63.5% of cancer survivors (range 24-94%) returned to work. The mean duration of absence from work was 151 days. Factors significantly associated with a greater likelihood of being employed or return to work were perceived employer accommodation, flexible working arrangements, counseling, training and rehabilitation services, younger age and cancer sites of younger individuals, higher levels of education, male gender, less physical symptoms, lower length of sick leave and continuity of care. Cancer survivors had a significantly increased risk for unemployment, early retirement and were less likely to be re-employed. Between 26% and 53% of cancer survivors lost their

job or quit working over a 72-month period post diagnosis. Between 23% and 75% of patients who lost their job were re-employed. A high proportion of patients experienced at least temporary changes in work schedules, work hours, wages and a decline in work ability compared to non-cancer groups

Feuerstein, M., et al. (2010). "Work in cancer survivors: a model for practice and research." J Cancer Surviv **4**(4): 415-437.

INTRODUCTION: As with other illnesses, several variables can impact the transition back to the workplace, long-term work productivity, or job retention among cancer survivors. We developed a model related to work and cancer based in part on the general area of work disability and the specific literature on cancer survivors and work. **METHODS:** A systematic search of the literature on work and cancer was conducted to determine whether an evidence base existed to support the proposed model. **RESULTS:** Forty-five papers met the review criteria. The percentage of studies that addressed modifiable categories included in the proposed model was: health and well-being (20%), symptoms (16%), function (24%), work demands (9%), work environment (18%), and policy, procedures, and economic factors (16%). Return to work was the most common work outcome studied although problems with productivity and retention are reported in the general cancer and work literature. Wide variation in definition of cancer survivor was reported and breast cancer survivors were studied most often. Each of the categories in the model has some empirical support. **DISCUSSION:** The model considers the health, functional status in relation to demands, work environment, and policy, procedures, and financial factors. The model allows the clinician and survivor to consider factors that can be addressed by the health care provider, survivor, and workplace. Implications for Cancer Survivors. This model provides a framework to aid in conceptualizing problems related to work.

Tamminga, S. J., et al. (2010). "Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review." Occup Environ Med **67**(9): 639-648.

OBJECTIVES: The purpose of this study was to review the literature on the content of interventions focusing on return to work, employment status, or work retention in patients with cancer. Furthermore, the effect of the interventions on return to work was assessed in studies reporting return to work. **METHODS:** A literature search was conducted using the databases MEDLINE, PsycINFO, EMBASE and CINAHL. Articles that described a work-directed intervention focusing on return to work, employment status, or work retention in patients with cancer were included. The content of the work-directed part of the interventions was assessed based on two criteria for content analysis: 1. does the setting fit the shared care model of cancer survivor care? 2. Does the intervention target work ability and physical workload? For studies reporting return-to-work outcomes, the return-to-work rates were assessed. For studies that used a control group the ORs and the 95% CIs were calculated. **RESULTS:** Twenty-three articles describing 19 interventions met the inclusion criteria. Seven studies reported return-to-work outcomes of which four used a control group. Only three interventions aimed primarily at enhancing return to work or employment status. The most frequently reported work-directed components were encouragement, education or advice about work or work-related subjects (68%), vocational or occupational training (21%), or work accommodations (11%). One intervention fit the shared care model of cancer survivor care and five interventions enhanced work ability or decreased physical workload. The rate of return to work ranged from 37% to 89%. In one of the four controlled studies the intervention increased return to work significantly and in the other studies the results were insignificant. **CONCLUSIONS:** Only few interventions are primarily aimed at enhancing return

to work in patients with cancer and most do not fit the shared care model involving integrated cancer care. Future studies should be developed with well-structured work-directed components that should be evaluated in randomised controlled trials.

De Boer, A. G. et Frings-Dresen, M. H. (2009). "Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors." *Occup.Med (Lond.)* **59**(6): 378-380.

BACKGROUND: Support for the return to work of working-age adult cancer survivors is a major theme for occupational health professionals in Europe. **AIMS:** To provide an overview of the outcomes of recent European research in this field and discusses future research directions to explore and improve the return-to-work experience of cancer survivors. **METHODS:** European research, principally from English and Dutch language journals, on the subject of return to work was reviewed. **RESULTS:** Few European interventions have been developed and evaluated which enhance returning to work in cancer patients. They include a nurse-based intervention in the UK, a group rehabilitation programme in Sweden, rehabilitation programmes in Germany and a specialist-occupational physician intervention in Holland. Also described are current evaluation and research into models of occupational health support that seek to improve the experience of cancer survivors in their interaction with work. The development of evidence-based guidelines by the Dutch Society of Occupational Medicine is described. **CONCLUSIONS:** Research within the European international scientific literature has begun to identify priorities for the successful rehabilitation of employees back to the workplace after cancer diagnosis

Hoving, J. L., et al. (2009). "Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies." *BMC Cancer* **9**: 117.

BACKGROUND: Breast cancer management has improved dramatically in the past three decades and as a result, a population of working age women is breast cancer survivor. Interventions for breast cancer survivors have shown improvements in quality of life and in physical and psychological states. In contrast, efforts aimed at stimulating re-employment and return-to-work interventions for breast cancer survivors have not kept pace. The objective of this review was to study the effects and characteristics of intervention studies on breast cancer survivors in which the outcome was return to work. **METHODS:** The Cochrane Controlled Trials Register (The Cochrane Library, Issue 4, 2006), Medline, Ovid, EMBASE and PsychInfo were systematically searched for studies conducted between 1970 to February 2007. Intervention studies for female breast cancer survivors that were focused on return to work were included. **RESULTS:** Our search strategy identified 5219 studies. Four studies out of 100 potentially relevant abstracts were selected and included 46-317 employed women who had had mastectomy, adjuvant therapy and rehabilitation, with the outcome return to work. The intervention programs focused on improvement of physical, psychological and social recovery. Although a substantial percentage (between 75% to 85%) of patients included in these studies returned to work after rehabilitation, it is not clear whether this proportion would have been lower for patients without counseling or exercise, or any other interventions, as three out of four studies did not include a comparison group. **CONCLUSION:** The most important finding of this review is the lack of methodologically sound intervention studies on breast cancer survivors with the outcome return to work. Using evidence from qualitative and observational studies on cancer and the good results of intervention studies on return to work programs and vocational rehabilitation, return to work interventions for breast cancer survivors should be further developed and evaluated

Munir, F., et al. (2009). "Employment and the common cancers: correlates of work ability during or following cancer treatment." *Occup Med (Lond)* **59**(6): 381-389.

AIMS: To provide an in-depth review of the impact of cancer and cancer-related issues on work ability for those working during or following cancer treatment. METHODS: Of total, 19 papers published between 1999 and 2008 on cancer and work ability were reviewed. RESULTS: Studies have shown that most types of cancers result in decreased work ability compared to healthy controls or those with other chronic conditions. Some cancer types have more decreased work ability than other types. Decreased work ability is associated with type of treatment (chemotherapy), treatment-related side-effects (e.g. fatigue) and co-morbidity with other health conditions. For most cancers, work ability improves over time irrespective of age. CONCLUSIONS: More longitudinal research is required to fully determine the impact of cancer and its treatment on work ability, occupational health services can help such employees make a full recovery and maintain employment by regularly assessing work ability and working hours so that work adjustment and support can be appropriately tailored.

Schultz, A. B., et al. (2009). "The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature." *Pharmacoeconomics* **27**(5): 365-378.

Employers are becoming concerned with the costs of presenteeism in addition to the healthcare and absenteeism costs that have traditionally been explored. But what is the true impact of health conditions in terms of on-the-job productivity? This article examines the literature to assess the magnitude of presenteeism costs relative to total costs of a variety of health conditions. Searches of MEDLINE, CINAHL and PubMed were conducted in July 2008, with no starting date limitation, using 'presenteeism' or 'work limitations' as keywords. Publications on a variety of health conditions were located and included if they assessed the total healthcare and productivity cost of one or more health conditions. Literature on presenteeism has investigated its link with a large number of health conditions ranging from allergies to irritable bowel syndrome. The cost of presenteeism relative to the total cost varies by condition. In some cases (such as allergies or migraine headaches), the cost of presenteeism is much larger than the direct healthcare cost, while in other cases (such as hypertension or cancer), healthcare is the larger component. Many more studies have examined the impact of pharmaceutical treatment on certain medical conditions and the resulting improvement in on-the-job productivity. Based on the research reviewed here, health conditions are associated with on-the-job productivity losses and presenteeism is a major component of the total employer cost of those conditions, although the exact dollar amount cannot be determined at this time. Interventions, including the appropriate use of pharmaceutical agents, may be helpful in improving the productivity of employees with certain conditions

Drolet, M., et al. (2005). "Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study." *CMAJ*. **173**(7): 765-771.

BACKGROUND: Absence from work after breast cancer diagnosis may be part of the burden of disease for women with cancer, but little research has addressed this. We examined work absences of 4 weeks or more among women who had had breast cancer during the 3 years after diagnosis and compared their absences with those of women who had never had cancer. METHODS: Our 2 target study groups were women in Quebec 18-59 years of age who were working when they first received therapy for breast cancer between November 1996 and August 1997 and similarly aged women randomly selected from provincial health care files who had never had cancer and were working at the time of diagnosis in women who had

cancer. We interviewed 646 women who had had breast cancer (73% of those eligible) and 890 women in the comparison group (51% of those eligible) by telephone 3 years after first diagnosis. RESULTS: One year after diagnosis, 85% (459/541) of breast cancer survivors who remained free of disease during the 3-year study period were absent from work for 4 weeks or more compared with 18% (156/881) of healthy women (geometric mean total duration 5.6 v. 1.7 months, $p < 0.001$). By the third year, disease-free women were not absent more than women in the comparison group; however, more women who had experienced any new cancer event continued to be absent from work and to be absent from work for longer periods of time. Receiving adjuvant chemotherapy prolonged absence duration (9.5 v. 5.4 months among women not receiving chemotherapy). Compared with survivors belonging to a union, those who did not belong to a union (multivariate relative risk [RR] 7.54, 95% confidence interval [CI] 3.02-18.83) and those who were self-employed (RR 13.95, 95% CI 5.53-35.21) were more likely to report no work absence. INTERPRETATION: Most of the women with breast cancer took time off work (almost 6 months on average) after receiving the diagnosis. Three years after diagnosis, breast cancer survivors who remained disease-free--a large proportion of women with nonmetastatic breast cancer--were not absent from work more often or for longer periods of time than other working women

Short, P. F., et al. (2005). "Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors." *Cancer* **103**(6): 1292-1301.

BACKGROUND: Employment and work-related disability were investigated in a cohort of adult cancer survivors who were working when they were diagnosed from 1997 to 1999 with a variety of cancers. Employment from the time of diagnosis through the early years of survivorship was studied, self-reported effects of cancer survival on disability and employment were quantified, and risk factors associated with cancer-related disability and withdrawal from employment were identified. METHODS: One thousand four hundred thirty-three cancer survivors were interviewed by telephone from 1 year to nearly 5 years after diagnosis. They were asked retrospectively about employment from the time of diagnosis to follow-up and about work-related disability at follow-up. They also were asked whether disabilities or reasons for quitting work were cancer-related. Return to work and quitting work were projected over time in a life-table analysis. Risk factors were identified from logit analyses. RESULTS: One of five survivors reported cancer-related disabilities at follow-up. Half of those with disabilities were working. A projected 13% of all survivors had quit working for cancer-related reasons within 4 years of diagnosis. More than half of survivors quit working after the first year, when three-quarters of those who stopped for treatment returned to work. Survivors of central nervous system, head and neck, and Stage IV blood and lymph malignancies had the highest adjusted risk of disability or quitting work. CONCLUSIONS: Cancer survival sometimes has long-term effects on employment and the ability to work. Employment outcomes can be improved with innovations in treatment and with clinical and supportive services aimed at better management of symptoms, rehabilitation, and accommodation of disabilities

Bradley, C. J., et al. (2002). "Breast cancer survival, work, and earnings." *J Health Econ* **21**(5): 757-779.

Relying on data from the Health and Retirement Study (HRS) linked to longitudinal social security earnings data, we examine differences between breast cancer survivors and a non-cancer control group in employment, hours worked, wages, and earnings. Overall, breast cancer has a negative impact on employment. However, among survivors who work, hours of work, wages, and earnings are higher compared to women in the control group. We explore possible biases underlying these estimates, focusing on selection, but cannot rule out a

causal interpretation. Our research points to heterogeneous labor market responses to breast cancer, and shows that breast cancer does not appear to be debilitating for women who remain in the work force.

Spelten, E. R., et al. (2002). "Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review." *Psychooncology* **11**(2): 124-131.

An overview is provided of research into the return to work of cancer survivors, examining both the rate of return to work and factors impacting this return. A series of literature searches was conducted on MEDLINE and PSYCLIT databases for the years 1985-1999. Studies had to focus on the patient's perspective and had to include either the percentage of return to work or factors associated with return to work. Case studies and studies of cancer as an occupational disease were excluded. The search identified 14 studies. The mean rate of return to work was 62% (range 30-93%). The following factors were negatively associated with return to work: a non-supportive work environment, manual labour, and having head and neck cancer. Sociodemographic characteristics were not associated with return to work. For increasing age, associations were mixed. The increased survival rate of cancer patients warrants attention to the problems survivors may encounter upon their return to work. More systematic research is needed to establish more clearly the relative importance of factors associated with return to work of cancer survivors, which, in turn, would contribute to an increase in the labour-participation of cancer survivors.

QUELQUES ETUDES CONCERNANT D'AUTRES PATHOLOGIES EN LIEN AVEC LE TRAVAIL

Etudes françaises

Ouvrages / rapports

(2018). Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels. Paris Cnamts
http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Enjeux%20et%20actions%202018_affections%20psychiques%20travail.pdf

Selon cette étude, plus de 10 000 affections psychiques ont été reconnues en 2016 au titre des accidents du travail. Rapportés aux quelques 626 000 accidents du travail, cela représente environ 1,6 % des accidents du travail avec arrêt. Si l'on retient également tous les accidents dont les circonstances décrites dans les déclarations d'accident du travail rédigées par l'employeur s'apparentent à celles de ces 10 000 cas sans pour autant se solder par des TPS, ce sont quelques 10 000 cas supplémentaires qu'il faut rajouter à ce décompte, soit au total près de 20 000 AT représentant 3,2 % des accidents du travail. Une affection psychique peut également être reconnue au titre d'une maladie professionnelle et le nombre de cas reconnus a été multiplié par 7 en 5 ans. Ce rapport estime le coût pour la branche AT/MP à environ 230 M€ en 2016.

(2017). "Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ?" *DARES Analyses*(061)
<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/document-d-etudes/article/insecurite-du-travail-changements-organisationnels-et-participation-des>

Les changements organisationnels ont concerné quatre salariés sur dix en 2013. Ils peuvent être un facteur d'insécurité pour les salariés, du public comme du privé, et contribuer à dégrader leur santé mentale. Les effets de ces changements dépendent beaucoup de la qualité de l'information des salariés et de leur consultation sur ces changements : 56 % des salariés ayant vécu un changement disent avoir reçu une information satisfaisante, et 17 % estiment avoir eu une influence sur les changements. Les salariés bien informés présentent moins souvent un symptôme dépressif que ceux qui ne l'ont pas été ; c'est encore plus vrai pour les salariés qui jugent avoir influencé les modalités du changement.

(2017). Les lombalgies liées au travail : quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique ? Paris Cnamts

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/br_ochures/Rapport lombalgie_ATMP.pdf

Les lombalgies représentent aujourd'hui 20 % des accidents du travail : c'est le chiffre révélé par une étude inédite de l'Assurance Maladie - Risques professionnels. Le nombre des lombalgies d'origine professionnelle ne diminue pas depuis dix ans en dépit de la baisse de la sinistralité. Elles coûtent près d'un milliard d'euros par an, soit l'équivalent du coût des autres troubles musculo-squelettiques (TMS). Certains secteurs d'activité présentent un sur-risque en matière de lombalgie, comme les métiers d'aide et de soins à la personne et les activités logistiques. Pour appréhender cet enjeu, l'Assurance Maladie Risques Professionnels agit sur deux leviers : la prévention à travers des campagnes d'information, des formations ainsi que des programmes spécifiques nationaux ou régionaux ; l'accompagnement vers le retour à l'emploi pour éviter la désinsertion professionnelle.

Duguet, E. et Le Clainche, C. (2017). The socioeconomic and gender impacts of health events on employment transitions in France: a panel data study. Rochester Social Science Electronic Publishing
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3037013

This article explores the effect of accidents and chronic diseases on participation in the French labour market, while accounting for socioeconomic and gender effects. We use a dynamic definition of the control group and the difference-in-differences exact matching estimator, which controls for unobserved heterogeneity. We find that accidents and chronic illnesses have comparable negative effects on employment. Women and the less educated workers are the most at a disadvantage, especially in the case of accidents. Almost all the transitions go from employment to inactivity.

Lhuillier, D. et Waser, A. M. (2016). Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique, Toulouse : Erès

La part des maladies chroniques va croissant avec les progrès de la médecine : en France, près de 10 millions de personnes en âge de travailler ont une ou plusieurs maladies chroniques – diabète, cancer, asthme, VIH-sida, hépatites, maladies mentales ou atteintes anatomiques ou fonctionnelles (cécité, sclérose en plaques...), etc. Le plus souvent, elles souhaitent se maintenir en emploi ou retrouver un travail. Leurs raisons ne sont pas seulement financières, ni uniquement liées à l'intérêt que peuvent revêtir l'activité et les relations sociales : l'activité est un puissant instrument pour lutter contre l'emprise de la maladie. Aussi elles déploient énergie et ingéniosité pour faire avec leurs symptômes et rejettent violemment ces représentations de malades, passifs ou victimes, qui ébranlent leur identité et les enferment dans un statut qu'elles refusent. Ce livre s'appuie sur une enquête

approfondie explorant à la fois l'expérience de personnes qui vivent avec la maladie et la façon dont les entreprises, les milieux de travail gèrent les situations des « personnes ayant des problèmes de santé ». Il indique aussi des voies de dégagement des difficultés et impasses rencontrées. L'une d'entre elles est essentielle : sortir du silence sur ces questions car la clandestinité des « malades au travail » fabrique à terme de l'exclusion.

Bensadon, A.-C. et Barbezieux, P. (2014). Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires. Rapport IGAS. Paris IGAS: 119.

Dans le prolongement d'un premier rapport publié en juin 2013 ("Interactions entre santé et travail"), l'IGAS poursuit sa réflexion sur la question de l'articulation entre santé au travail et santé publique, au travers de l'exemple des maladies cardiovasculaires (MCV). La mission s'est efforcée de répondre aux questions suivantes : comment mieux anticiper et analyser les risques liés au travail pour les prévenir, notamment ceux liés à de nouvelles formes d'organisation du travail ? Comment améliorer la dynamique d'articulation entre santé au travail, santé publique et santé environnementale ? Quelles pistes concrètes pourraient favoriser le maintien dans l'emploi des salariés malades ? L'entreprise peut-elle jouer un rôle comme lieu de promotion de la santé ?

Duguet, E. et Le Clainche, C. (2012). Chronic Illnesses and Injuries: An Evaluation of their Impact on Occupation and Revenues. Rapport de recherche. Montpellier LAMETA

This paper investigates whether chronic illnesses and injuries have a significant impact on the individual's performance in the labor market. We use the "Santé et Itinéraires Professionnels" (SIP, Health and Labor Market Histories) survey, conducted in France in 2006-2007. We use the propensity score method in order to evaluate the impact of chronic illnesses and accidents on labor market participation and earnings. We find that both health events have a negative effect on professional careers and earnings, and that accidents have a greater impact on women's earnings.

(2012). Livre blanc : diabète et travail - Propositions pour en finir avec les discriminations, Paris : Association Française des Diabétiques

Véritable support d'information, le livre blanc "Diabète et travail : Propositions pour en finir avec les discriminations" dresse un état des lieux des aspects juridiques, sociaux et médicaux liés au diabète en milieu professionnel. Les objectifs du livre blanc sont les suivants : montrer que le diabète est encore une maladie mal connue ; exposer les progrès thérapeutiques et techniques qui améliorent considérablement la vie des personnes diabétiques ; mettre à jour la base de données des métiers inaccessibles et ceux qui pourraient (devraient) l'être ; changer les idées reçues sur l'aptitude professionnelle des personnes diabétiques ; proposer des recommandations et des propositions concrètes pour améliorer la gestion du diabète au travail ; Enfin, mener des actions de sensibilisation auprès des institutions.

Debrand, T. et Legros, F. d. (2007). La santé comme facteur explicatif du passage à la retraite en Europe. Les retraites - Libres opinions d'experts européens., Paris : Economica: 184-193.

Obrecht, O. d. et Hittinger-Legros, . M. C. (2010). Maladies chroniques et travail : au-delà des idées reçues, Paris : Editions de Santé ; Paris : Presses de Sciences Po

L'employabilité est une donnée fragile dans le contexte actuel tendu du monde du travail ; tout ce qui concourt à préserver la personne en situation de travail va dans la bonne

direction. Aujourd'hui, seule la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé paraît de nature à aider significativement le travailleur malade, alors que même l'image sociale du handicap peine encore à évoluer, suite à la loi de 2005. Au moment où la réforme des retraites va conduire à prolonger les durées d'activité et à reconsidérer les notions de pénibilité, où le vieillissement de la population active s'accélère et avec lui l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, où enfin l'avenir des services de santé au travail est posé, la nécessité est apparue d'amorcer une réflexion prospective sur les enjeux, les blocages et les leviers d'action potentiels susceptibles d'être mobilisés afin que maladie ne rime pas avec marginalisation au regard de l'emploi. Cette démarche a conduit la chaire Santé de Sciences Po et le Centre d'analyse des politiques publiques de santé de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) à animer un séminaire de travail de janvier à juin 2010, dont cet ouvrage constitue la synthèse des travaux.

Debrand, T. et Legros, F. d. (2007). La santé comme facteur explicatif du passage à la retraite en Europe. Les retraites - Libres opinions d'experts européens., Paris : Economica: 184-193.

Articles

Barnay, T. et Defebvre, E. c. (2016). Quelles trajectoires de santé des seniors après la retraite ? L'effet des conditions de travail et de vie. Paris Chaire Transitions démographiques, transitions économiques <http://tdte.fr/article/show/quelles-trajectoires-de-sante-des-seniors-apres-la-retraite-l-effet-des-conditions-de-travail-et-de-vie>

En France, aucune étude n'évalue l'effet de la retraite et des conditions de travail sur la santé des personnes retraitées, c'est l'objectif de ce rapport. Pour ce faire, il envisage dans une partie contextuelle de présenter les dispositifs de santé au travail, puis de donner quelques éléments de littérature économique. Enfin trois études économétriques fondées sur l'exploitation de l'enquête Santé et Itinéraire professionnel sont présentées : l'influence des conditions de travail sur la santé des retraités, les déterminants de la dégradation de la santé des retraités et l'influence de la retraite sur la santé.

Barnay, T. et Defebvre, E. (2016). "L'influence de la santé mentale déclarée sur le maintien en emploi." Economie Et Statistique(486-487): 45-78.

Cet article vise à mesurer l'effet causal de la santé mentale déclarée en 2006 (troubles anxieux et épisodes dépressifs) sur le maintien en emploi en 2010. Pour ce faire, nous mobilisons les données de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP). De manière à prendre en compte l'endogénéité potentielle inhérente aux variables de santé mentale, nous utilisons une modélisation en Probit bivarié, estimant d'une part le maintien en emploi des individus en fonction de leur santé mentale, et de l'autre la santé mentale, expliquée notamment par des événements marquants de l'enfance. De plus, nous contrôlons nos résultats des caractéristiques socio-économiques, d'emploi, de santé générale, de comportements à risque et d'itinéraire professionnel. Nous montrons que pour les hommes, le fait de déclarer souffrir d'un trouble mental en 2006 est associé à une diminution du maintien en emploi quatre ans plus tard. Concernant les femmes, aucune relation significative de ce type n'est identifiée, après prise en compte de leur santé générale. Les tests de robustesse effectués, notamment sur la période 2007-2010 et sur différentes tranches d'âges, confirment ces résultats (résumé d'auteur).

Bossard, D., et al. (2016). "Surveillance des suicides liés au travail en France : une étude exploratoire." Revue d'Épidémiologie et de santé publique **64**(3): 201-209.

Coudin, E. et Souletie, A. (2016). "Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire." Economie Et Statistique(486-487): 79-102.

À niveau équivalent de compétences, les femmes obèses ont moins souvent un emploi que celles qui ne le sont pas (7 points de probabilité en moins d'avoir un emploi). Au contraire, chez les hommes, un indice de masse corporelle plus élevé est associé à une probabilité légèrement plus élevée d'avoir un emploi. Les salaires des hommes et des femmes obèses ne sont pas différents de ceux des personnes non obèses, et ce tout au long de l'échelle des salaires, mais un indice de masse corporelle plus élevé est associé à une très légère baisse du salaire chez les femmes (- 0,3 %). Cette moindre performance des femmes obèses sur le marché du travail peut à la fois refléter une productivité plus faible, une discrimination supposée ou subie, des préférences qui diffèrent de celles des femmes non obèses et qui influencent l'emploi, le salaire et la corpulence de manière jointe, et enfin la simultanéité du lien entre corpulence et emploi ou salaire. Nous mobilisons ici les données des deux vagues de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (2006 et 2010). En exploitant le fait que la pratique régulière dans le passé d'une activité physique diminue la corpulence sans influencer directement sur l'emploi ou le salaire, nous identifions un effet causal de la corpulence sur l'emploi plus fortement négatif pour les femmes, et nul pour les hommes. Les impacts causaux de l'obésité et de la corpulence sur le salaire horaire sont eux aussi négatifs mais leurs ampleurs ne sont pas toujours quantifiables en raison du manque de puissance de l'instrument. Ces résultats sont confirmés lorsque nous utilisons l'écart relatif de corpulence par rapport à la corpulence moyenne d'un groupe de référence plutôt que l'indice de masse corporelle (résumé d'auteur).

Monneraud, L., et al. (2016). "Expérience de maladie chronique et vie professionnelle : les ajustements professionnels des travailleurs atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive." Sciences Sociales et santé **34**(1): 39-63.

Prendre la mesure de l'impact de la maladie chronique sur les interactions et rôles sociaux implique de s'intéresser au monde du travail qui représente l'espace principal dans lequel se pose la question du maintien des engagements sociaux. Notre analyse sociologique a pour objectif de spécifier l'impact de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sur le travail, entendu selon deux dimensions : le maintien dans l'emploi et l'activité professionnelle (accomplissement des tâches). Elle se fonde sur le matériau recueilli au cours de 69 entretiens semi-directifs avec des patients atteints de BPCO et suivis dans le cadre hospitalier, dans deux bassins d'emplois différents. L'expérience de la BPCO au travail apparaît problématique pour le travailleur, parce qu'elle relève de phénomènes diffus, progressifs, qui ne s'imposent pas toujours à la conscience du sujet. Elle est avant tout une expérience de diminution des capacités de travail qui amène le sujet à procéder à de multiples ajustements, pour une grande part informels, permettant de "faire comme si" et "faire avec", afin de conserver une activité compatible avec l'évolution des capacités physiques. (R.A.).

Waserdu, A. M., et al. (2014). "Maladies chroniques, handicap et gestion des situations de travail." Sciences Sociales Et Santé **32**(4): 79-106.

La prise en compte conjointe des points de vue des travailleurs, de l'encadrement et des directions d'entreprises sur la question de la gestion des situations de travail de salariés concernés par la maladie chronique ou le handicap montre des intérêts différents des dispositifs accompagnant l'obligation légale d'emploi de personnes handicapées. L'étude de deux entreprises, l'une dans le secteur du nettoyage, l'autre dans les métiers de caisse ou de logistique, montre que les bénéfices de ces dispositifs sont réels et, dans une certaine mesure, partagés car ils accompagnent une relative "paix sociale" entretenue par certaines tolérances (retards, absences imprévues, faible productivité). Ces bénéfices, ainsi qu'une gestion de ces personnels reconnue comme humaine et des conditions d'emploi perçues comme favorables (contrat à durée indéterminée, recrutement de salariés ayant une reconnaissance de leur handicap, maintien dans l'emploi) ont pour conséquence de masquer la pénibilité du travail. Ne pouvant guère prétendre à des emplois plus valorisant ou échapper à cette relation de subordination, le maintien ou l'accès à l'emploi de ces personnels cumulant des handicaps se font au risque des conséquences sur la santé d'un travail pénible, usant où finalement peu d'actions sont engagées pour l'amélioration des conditions du travail. (R.A.).

Dray Spira, R. (2013). "Maladies chroniques et emploi : impact en termes d'inégalités sociales de santé." Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique **61**(3): 146-151.

Le fait que les problèmes de santé n'aient pas les mêmes conséquences pour les individus selon leur position sur l'échelle sociale constitue un mécanisme important de production des inégalités sociales de santé. Dans le contexte actuel, les maladies chroniques pourraient avoir des conséquences majeures sur l'emploi et avoir ainsi un rôle important en termes d'inégalités sociales de santé. La compréhension des processus permettant d'expliquer les inégalités sociales dans les conséquences des maladies chroniques constitue aujourd'hui un domaine de recherche crucial non seulement dans le champ de l'épidémiologie sociale, mais également pour la santé publique. Des travaux menés dans différents pays ont permis de mettre en évidence une moindre participation à l'emploi et une fréquence plus élevée des départs à la retraite anticipés, des limitations dans l'emploi, ou encore de l'absentéisme au travail pour raisons de santé parmi les personnes atteintes de diverses pathologies chroniques, par rapport à celles qui en étaient indemnes. Cependant, les données publiées laissent ouvertes des questions de recherche importantes sur la nature causale et les mécanismes de cette association entre maladie chronique et emploi. Par ailleurs, très peu d'études se sont intéressées de façon ciblée aux inégalités observées dans les conséquences des maladies chroniques sur l'emploi, en se focalisant sur des populations atteintes d'une maladie chronique donnée. Pourtant, de telles études pourraient permettre de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans ces inégalités, en fournissant des mesures plus précises de l'état de santé et de ses déterminants. Aujourd'hui, de nombreuses questions restent posées sur ces mécanismes, questions qui mériteraient d'être investiguées dans de futurs travaux. En mettant en évidence des inégalités dans les conséquences des maladies chroniques sur l'emploi et en permettant la compréhension des mécanismes qui les sous-tendent, de tels travaux permettraient de fournir des éléments utiles pour tenter de pallier ces inégalités. De plus, ils contribueraient de façon plus large à améliorer la compréhension des processus qui sont à l'origine des inégalités sociales de santé. (résumé d'auteur).

Saliba B., et (2007). Situations à l'égard du travail des personnes atteintes de maladies chroniques. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique (**55**) 4 : 253-263

Cet article cherche à évaluer dans quelle mesure l'offre de travail et les conditions d'emploi des personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) sont modifiées par la maladie. Les

données analysées sont issues de l'Enquête décennale santé menée en 2002-2003 par l'Institut national de la statistique et des études économiques auprès de 35 000 individus interrogés sur leur état de santé, leur consommation de soins et leurs caractéristiques socioéconomiques.

Etudes internationales

Ouvrages / rapports

(2018). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit - Berichtsjahr 2016. Berlin Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

<https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2016.pdf>

Ce rapport rassemble les données chiffrées sur la santé au travail en Allemagne. Le nombre de maladies professionnelles (MP) reconnues a augmenté de 23,7% par rapport à 2015, pour s'établir à 22 320 en 2016. Cette hausse est liée à l'inscription de nouvelles pathologies sur la liste des MP en 2015.. En revanche, le nombre de déclarations de MP a diminué de 2% pour s'établir à 80 000. Au cours de l'année 2016, 2 576 personnes sont mortes des suites d'une maladie professionnelle. Deux tiers de ces décès sont imputables à l'utilisation de matériaux renfermant de l'amiante. Les TMS sont toujours à l'origine du plus grand nombre de jours de travail perdus pour arrêt maladie, avec 22,8%. Viennent ensuite les pathologies psychiques avec 16,2%. Les maladies respiratoires arrivent en troisième position, avec 13,5% (ce qui correspond à plus d'1 jour de travail perdu sur 7). Le nombre des accidents du travail a augmenté et atteint 960 000, en raison d'une reprise de l'activité, mais le taux de fréquence des accidents pour 1000 travailleurs temps plein a légèrement diminué pour s'établir à 23,2 (contre 23,3 en 2015). Au total, 873 personnes ont perdu la vie au travail ou sur le chemin du travail en 2016, soit 9% de moins qu'en 2015. Avec 174 000 cas en 2016, les départs en retraite pour diminution de la capacité de travail sont restés stables dans l'ensemble. Les départs en retraite pour cause de TMS ont nettement augmenté (1500 cas supplémentaires, + 7,2%). Les pathologies psychiques (42,8%) restent de loin les causes les plus fréquentes de retraite anticipée.

(2017). Prévenir les risques professionnels : un enjeu pour l'entreprise. Paris Eurogip

http://www.eurogip.fr/images/publications/2016/Eurogip_124F_Prevenir_risques_pro_%20enjeu_e_co_pour_lentreprise.pdf

Cette publication passe en revue un ensemble d'études portant sur la rentabilité économique de la prévention des risques professionnels pour l'entreprise. Elle détaille le retour sur investissement d'actions de prévention menées en Europe et en Amérique du Nord dans des entreprises de tailles et de secteurs différents. Ces exemples montrent, qu'au-delà d'une obligation légale, la prévention est un facteur de réussite économique pour l'entreprise. La note met également en évidence que ce sont souvent les TPE-PME qui bénéficient des retours sur investissement les plus élevés.

Bubonya, M., et al. (2016). Mental Health and Productivity at Work: Does What You Do Matter? Melbourne Institute Working Paper No. 16/16. Victoria Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research

https://www.melbourneinstitute.com/downloads/working_paper_series/wp2016n16.pdf

Much of the economic cost of mental illness stems from workers' reduced productivity. We analyze the links between mental health and two alternative workplace productivity measures – absenteeism and presenteeism (i.e., lower productivity while attending work) – explicitly allowing these relationships to be moderated by the nature of the job itself. We find that absence rates are approximately five percent higher among workers who report being in poor mental health. Moreover, job conditions are related to both presenteeism and absenteeism even after accounting for workers' self-reported mental health status. Job conditions are relatively more important in understanding diminished productivity at work if workers are in good rather than poor mental health. The effects of job complexity and stress on absenteeism do not depend on workers' mental health, while job security and control moderate the effect of mental illness on absence days.

Harris, M., et al. (2016). The dynamics of health and labour market transitions at older ages: evidence from a multi-state model. Working paper ; 16/30. Londres University of York
<http://www.york.ac.uk/economics/postgrad/herc/hedg/wps/>

Despite its clear relevance and policy significance, there is still sparse evidence on the effects of ill-health on the dynamics of labour state transitions among older individuals. We provide novel evidence by considering retirement as mobility among full-time work, part-time work, self-employment and inactivity, using a dynamic multinomial choice model that simultaneously accounts for state dependence, individual-level and state-specific unobserved heterogeneity, captivity and correlations between labour market states. We also simulate the dynamic paths for the four labour states from both transitory and permanent health shocks. We find strong state dependence for all four labour states even after accounting for individual effects. Both ill-health and health shocks are found to greatly increase the probability of leaving full-time employment into inactivity, and we find some evidence of part-time and self-employment paths. Significant evidence is found for “captivity” effects for the “inactive” state, and correlations across labour states. We also show that the degree of state dependence is over-estimated and, for men, the effects of ill health under-estimated, if unobserved individual effects are not controlled for in dynamic models.

(2015). Santé mentale et insertion professionnelle. De la théorie à la pratique. Paris OCDE

La mauvaise santé mentale fait payer un lourd tribut aux personnes concernées, aux entreprises et à l'économie de manière générale. Les problèmes de santé mentale sont à l'origine d'une perte très importante de l'offre potentielle de main-d'œuvre, de taux élevés de chômage et engendrent des absences maladie et une baisse de productivité au travail. Ce rapport de synthèse, qui fait suite à un rapport introductif (« Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi ») et à neuf études par pays, propose un résumé des résultats recueillis dans les pays qui ont participé à l'étude et avance des arguments en faveur d'une intervention plus forte des pouvoirs publics.

Devaux, M. et Sassi, F. (2015). The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases. OECD Health Working Paper; 86. Paris OCDE

Ce document examine les impacts sur le marché du travail des facteurs de risque liés aux modes de vie et des maladies chroniques associées, en termes d'opportunités d'emploi, de salaire, de productivité, de congés maladie, de retraite anticipée et de prestations d'invalidité. Il fournit une revue de la littérature des impacts sur le marché du travail des principaux facteurs de risque (obésité, tabagisme et consommation à risque d'alcool) ainsi que d'un certain nombre de maladies chroniques associées, et présente également les résultats de nouvelles analyses empiriques pour une sélection de pays de l'OCDE. Ce travail a révélé que généralement, les maladies chroniques et les facteurs de risques associés ont des impacts néfastes sur le marché du travail potentiellement importants, mais avec des effets mixtes dans certains cas. L'obésité et le tabagisme nuisent clairement à la probabilité d'emploi, aux salaires et la productivité du travail. Les maladies cardiovasculaires et le diabète ont des impacts négatifs sur la probabilité d'emploi et les salaires, et le diabète, le cancer et l'arthrite réduisent la productivité au travail. La consommation à risque d'alcool, les cancers, l'hypertension artérielle et l'arthrite ont des effets mixtes sur l'emploi et les salaires, et ne sont pas toujours liés à une augmentation de l'absentéisme (par exemple, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle). Enfin, ce document souligne l'importance de ces résultats pour l'Économie au sens large, et soutient la mise en place de stratégies de prévention des maladies chroniques, soigneusement conçues, ciblant les personnes les plus vulnérables sur le marché du travail, qui peuvent conduire à des gains importants de production économique grâce à une main-d'œuvre en meilleure santé et plus productive.

Harbers, M. M. éd. et Achterberg, P. W. éd. (2013). Europeans of retirement age: chronic diseases and economic activity. Luxembourg Office for Official Publications of the European Communities

The purpose of the report is to review the impact of chronic disease on the population of pre- (50+) and post-retirement age in the European Union (EU). This report addresses the following topics: The burden of chronic disease in the older population pre- and post-retirement (chapter 3); The impact of chronic disease on the exit from the labour market (including unemployment, disability and early retirement) (chapter 4); The impact of leaving the labour market on the burden of chronic disease (chapter 4); Interventions to increase the social participation (including work participation) of people with a chronic disease (chapter 5). Chapter 6 provides a list of policy recommendations that follow from our analysis, including an overview of gaps and needs for further action at EU, and Member State level.

(2010). Maladie, Invalidité et travail : surmonter les obstacles. Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE, Paris : OCDE

La présente étude fait la synthèse des travaux menés par l'OCDE ces dernières années dans le cadre de l'examen thématique Maladie, invalidité et travail. Elle analyse le devenir professionnel des personnes handicapées dans la zone OCDE et formule, à partir des examens réalisés dans 13 pays (Australie, Canada, Danemark, Espagne, Finlande, Irlande, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Suède et Suisse), des recommandations en vue de transformer leurs régimes de maladie et d'invalidité en systèmes d'aide active favorisant le travail.

Articles

Berniell, I. et Bietenbeck, J. (2017). The effects of working hours on health. IZA Discussion Papers Series ; 10524. Bonn IZA

Does working time causally affect workers' health? We study this question in the context of a French reform which reduced the standard workweek from 39 to 35 hours, at constant earnings. Our empirical analysis exploits variation in the adoption of this shorter workweek across employers, which is mainly driven by institutional features of the reform and thus exogenous to workers' health. Difference-in-differences and lagged dependent variable regressions reveal a negative effect of working hours on self-reported health and positive effects on smoking and body mass index, though the latter is imprecisely estimated. Results are robust to accounting for endogenous job mobility and differ by workers' occupations.

Brydsten, A., et al. (2017). "Does contextual unemployment matter for health status across the life course? A longitudinal multilevel study exploring the link between neighbourhood unemployment and functional somatic symptoms." Health & Place **43**: 113-120.

This study examines whether neighbourhood unemployment is related to functional somatic symptoms, independently of the individual employment, across the life course and at four specific life course periods (age 16, 21, 30 and 42). Self-reported questioner data was used from a 26-year prospective Swedish cohort (n=1010) with complementary neighbourhood register data. A longitudinal and a set of age-specific cross-sectional hierarchical linear regressions was carried out. The results suggest that living in a neighbourhood with high unemployment has implications for residents' level of functional somatic symptoms, regardless of their own unemployment across time, particularly at age 30.

Defebvre, E. (2017). "Harder, better, faster ... Yet stronger? Working conditions and self-declaration of chronic diseases." Health Econ.

The role played by working conditions in worker health status has been widely acknowledged in the literature in general but has received less attention in economics, due to the inherent statistical biases and lack of data available to determine the role of simultaneous and chronic exposures. This study aims to estimate the causal impact of detrimental working conditions on the self-declaration of chronic diseases in France. Using a rebuilt retrospective lifelong panel and defining indicators for physical and psychosocial strains, I implement a mixed econometric strategy that relies on difference-in-differences and matching methods to take into account for selection biases as well as unobserved heterogeneity. For men and women, I find deleterious effects of both types of working conditions on the declaration of chronic diseases after exposure, with varying patterns of impacts according to the nature and magnitude of the strains. These results provide insights into the debate on legal retirement age postponement and justify not only policies being enacted early in individuals' careers in order to prevent subsequent midcareer health repercussions, but also schemes that are more focused on psychosocial risk factors.

Goldman, T. R. (2017). "Working With A Chronic Disease." Health Affairs **36**(2): 202-205.

<http://content.healthaffairs.org/content/36/2/202.abstract>

As millions of Americans with chronic and serious illnesses continue going to work, their employers are finding new ways to adjust.

Ervasti, J., et al. (2015). "Work disability before and after diabetes diagnosis: a nationwide population-based register study in Sweden." *Am J Public Health* **105**(6): e22-29.

OBJECTIVES: We evaluated the risk of work disability (sick leave and disability pension) before and after diabetes diagnosis relative to individuals without diabetes during the same time period, as well as the trajectory of work disability around the diagnosis. **METHODS:** This Swedish population-based cohort study with register data included 14 428 individuals with incident diabetes in 2006 and 39 702 individuals without diabetes during 2003 to 2009. **RESULTS:** Work disability was substantially higher among people with diabetes (overall mean = 95 days per year over the 7 years, SD = 143) than among those without diabetes (mean = 35 days, SD = 95). The risk of work disability was slightly higher after diabetes diagnosis than before and compared with the risk of those without diabetes. The trajectory of work disability was already increasing before diagnosis, increased even more at the time of diagnosis, and leveled off after diagnosis. Individual sociodemographic characteristics and comorbid conditions contributed both to the risk and to the trajectory of work disability. **CONCLUSIONS:** Although diabetes has an independent effect on work disability, sex, age, education, and comorbid conditions play a significant role.

Van Vilsteren, M., et al. (2015). "Productivity at work and quality of life in patients with rheumatoid arthritis." *BMC Musculoskelet Disord* **16**: 107.

BACKGROUND: The aim of this study was to determine which combination of personal, disease-related and environmental factors is best associated with at-work productivity loss in patients with rheumatoid arthritis (RA), and to determine whether at-work productivity loss is associated with the quality of life for these patients. **METHODS:** This study is based on cross-sectional data. Patients completed a questionnaire with personal, disease-related and environmental factors (related to the work environment), and clinical characteristics were obtained from patient medical records. At-work productivity loss was measured with the Work Limitations Questionnaire, and quality of life with the RAND 36. Using linear regression analyses, a multivariate model was built containing the combination of factors best associated with at-work productivity loss. This model was cross-validated internally. We furthermore determined whether at-work productivity loss was associated with quality of life using linear regression analyses. **RESULTS:** We found that at-work productivity loss was associated with workers who had poorer mental health, more physical role limitations, were ever treated with a biological therapeutic medication, were not satisfied with their work, and had more work instability ($R(2) = 0.50$ and $R(2)$ following cross-validation was 0.32). We found that at-work productivity loss was negatively associated with health-related quality of life, especially with dimensions of mental health, physical role limitations, and pain. **CONCLUSIONS:** We found that at-work productivity loss was associated with personal, work-related, and clinical factors. Although our study results should be interpreted with caution, they provide insight into patients with RA who are at risk for at-work productivity loss.

Rumball-Smith, J., et al. (2014). "Diabetes associated with early labor-force exit: a comparison of sixteen high-income countries." *Health Aff (Millwood)* **33**(1): 110-115.

The economic burden of diabetes and the effects of the disease on the labor force are of substantial importance to policy makers. We examined the impact of diabetes on leaving the labor force across sixteen countries, using data about 66,542 participants in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe; the US Health and Retirement Survey; or the

English Longitudinal Study of Ageing. After matching people with diabetes to those without the disease in terms of age, sex, and years of education, we used Cox proportional hazards analyses to estimate the effect of diabetes on time of leaving the labor force. Across the sixteen countries, people diagnosed with diabetes had a 30 percent increase in the rate of labor-force exit, compared to people without the disease. The costs associated with earlier labor-force exit are likely to be substantial. These findings further support the value of greater public- and private-sector investment in preventing and managing diabetes.

Schofield, D., et al. (2014). "The economic impact of diabetes through lost labour force participation on individuals and government: evidence from a microsimulation model." *BMC Public Health* **14**: 220.

BACKGROUND: Diabetes is a costly and debilitating disease. The aim of the study is to quantify the individual and national costs of diabetes resulting from people retiring early because of this disease, including lost income; lost income taxation, increased government welfare payments; and reductions in GDP. **METHODS:** A purpose-built microsimulation model, Health&WealthMOD2030, was used to estimate the economic costs of early retirement due to diabetes. The study included all Australians aged 45-64 years in 2010 based on Australian Bureau of Statistics' Surveys of Disability, Ageing and Carers. A multiple regression model was used to identify significant differences in income, government welfare payments and taxation liabilities between people out of the labour force because of their diabetes and those employed full time with no chronic health condition. **RESULTS:** The median annual income of people who retired early because of their diabetes was significantly lower (AU\$11,784) compared to those employed full time without a chronic health condition who received almost five times more income. At the national level, there was a loss of AU\$384 million in individual earnings by those with diabetes, an extra AU\$4 million spent in government welfare payments, a loss of AU\$56 million in taxation revenue, and a loss of AU\$1,324 million in GDP in 2010: all attributable to diabetes through its impact on labour force participation. Sensitivity analysis was used to assess the impact of different diabetes prevalence rates on estimates of lost income, lost income taxation, increased government welfare payments, and reduced GDP. **CONCLUSIONS:** Individuals bear the cost of lost income in addition to the burden of the disease. The Government endures the impacts of lost productivity and income taxation revenue, as well as spending more in welfare payments. These national costs are in addition to the Government's direct healthcare costs.

Latif, E. (2009). "The impact of diabetes on employment in Canada." *Health Econ* **18**(5): 577-589.

This paper examines the impact of diabetes on the employment of Canadian males and females ages 15-64. Using data from the National Population Health Survey (1998), it utilizes a recursive bivariate probit approach to take into account the potential endogeneity of diabetes in employment outcomes. The results suggest that treating diabetes as exogenous yields an over-estimation of its impact on male employment. The study finds that diabetes has a significant negative impact on female employment probability, but has no significant impact on that of non-white Canadians. An implication thus is that policy-makers should take endogeneity into account in estimating labor market costs of chronic diseases such as diabetes.

Zhang X., Zhao, X., Harris A. (2009), "Chronic diseases and labour force participation in Australia", *Journal of Health Economics*, **28**, pp. 91-108

Impact de la conjoncture économique, l'insécurité économique et le chômage sur l'état de santé : une relation procyclique

FOCUS : CHOMAGE

L'impact du chômage sur l'état de santé n'est pas univoque. En effet, il existe une diversité des causes, des effets et une dualité du sens de la relation. La littérature économique sur les liens entre santé et chômage est déjà ancienne. Les travaux de Brenner sont les premiers à avoir établi à l'échelle nationale et pour différents pays (États-Unis, Grande-Bretagne, Suède), une association positive entre le taux de chômage et - à la fois le taux de mortalité générale et le taux de mortalité pour certaines causes de décès -notamment les maladies cardio-vasculaires et les suicides. Les travaux de Brenner ont été fortement critiqués, essentiellement sur le plan méthodologique¹, et des études ultérieures conduites dans d'autres contextes nationaux et sur plusieurs périodes n'ont pas confirmé ses conclusions. Les études menées ces dernières années sur des données de panel², suggèrent que l'état de santé physique s'améliore et que la mortalité décline lorsque l'économie est temporairement affaiblie. Seule exception, la mortalité par suicide semble plus importante pendant les périodes de difficultés économiques.

ETUDES FRANÇAISES

(2017). "Insécurité du travail, changements organisationnels et participation des salariés : quel impact sur le risque dépressif ?" Document d'Études (Dares)(214)

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/document-d-etudes/article/insecurite-du-travail-changements-organisationnels-et-participation-des>

L'insécurité socio-économique au travail est l'un des principaux facteurs psychosociaux de risque pour la santé mentale. Il est établi que la crainte de perdre son emploi ou de connaître une dégradation de ses conditions de travail est associée à une santé mentale dégradée, mais peu d'études permettent de tester le sens de la causalité. Cet article se propose dans un premier temps d'examiner l'endogénéité éventuelle de l'insécurité d'emploi par rapport au risque dépressif. Des modèles d'équations simultanées, où la causalité inverse (de la dépression vers l'insécurité) est contrôlée par des variables instrumentales, permettent de conclure que la prise en compte de l'endogénéité ne réduit pas l'impact estimé de l'insécurité sur le risque de dépression. Dans un second temps, puisque les changements organisationnels apparaissent associés à une forte insécurité et à une santé mentale dégradée, on s'interroge sur le potentiel effet modérateur de la participation aux décisions – ici mesurée par le sentiment du salarié d'avoir « eu une influence sur la mise en œuvre des changements ». Cet effet apparaît très net dans une modélisation simple, mais la participation est elle aussi potentiellement endogène relativement au risque dépressif. La prise en compte de l'endogénéité par des modèles à variable instrumentale accroît l'impact estimé de la participation : celle-ci est en effet plus souvent accordée aux salariés à la santé

¹ (Rhum (C.J.).2012. Understanding the relationship between macroeconomic conditions and health. In : Elgar companion of health economics. Cheltenham : Edward Elgar Publishing.

Ruhm, C. J. 2000. "Are recessions good for health?" Quarterly Journal of Economics (the) **115**(2): 617-650.

² Jusot F. 2012. Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la Santé ?. Sève : les tribunes de la santé

mentale déjà fragilisée. Octroyer aux salariés un pouvoir d'agir sur les changements organisationnels est une politique efficace de prévention du risque dépressif.

(2016). Crise économique, santé et inégalités sociales de santé. Collection Avis et rapports. Paris La Documentation française: 104.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782111450523/index.shtml>

Les crises économiques affectent particulièrement les populations les plus socialement démunies. De plus, les restrictions budgétaires qui s'en suivent entraînent souvent une diminution des budgets consacrés à la protection sociale. Ce rapport a pour but d'identifier des pistes d'action, de surveillance et de recherche pour limiter les effets de la crise économique sur la santé et éviter un impact négatif de mesures politiques de gestion de crise. Il livre ici ses recommandations aux pouvoirs publics.

Fontaine, R., et al. (2016). "L'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux a-t-elle augmenté pendant la crise économique de 2008 ?" Economie Et Statistique(486-487): 103-128.

À partir des deux vagues de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), cet article étudie l'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux (RPS) et son évolution entre 2006 et 2010, dans un contexte de crise économique. Nous estimons par des modèles Probit la probabilité individuelle d'exposition aux différents RPS conditionnellement aux caractéristiques socioéconomiques des individus et aux caractéristiques de leur emploi. Si l'on observe une surexposition générale aux RPS chez les individus de 35 à 44 ans, ceux ayant un diplôme de niveau baccalauréat ou ceux exposés à des pénibilités physiques, les profils d'exposition apparaissent nettement différenciés selon le genre, la catégorie professionnelle et le secteur d'activité. L'identification de ces surexpositions et de ces profils doit permettre de mieux cibler les politiques de prévention sur ces populations qui ne sont pas toujours celles que l'on considère comme les plus fragiles sur le marché du travail. On observe une augmentation générale de l'exposition aux RPS sur la période 2006-2010. L'augmentation la plus frappante concerne le manque de reconnaissance. Nous analysons ces évolutions selon les caractéristiques économiques des secteurs d'activité, l'existence d'un plan de licenciement au niveau de l'entreprise et les mobilités professionnelles des individus. Aucun lien significatif n'est à noter entre l'évolution de l'exposition aux RPS et les différences sectorielles d'exposition à la crise. En revanche, nous mettons en évidence une association significative entre l'existence d'un plan de licenciement au niveau de l'entreprise et l'aggravation de l'exposition aux RPS. Enfin, connaître une mobilité professionnelle est associé à une réduction significative de l'exposition aux RPS. Du fait du caractère pro-cyclique des mobilités professionnelles externes, ce lien pourrait constituer un canal de transmission entre crise économique et exposition aux RPS (résumé d'auteur).

Blasco, S. et Brodaty, T. (2016). "Chômage et santé mentale en France." Economie Et Statistique(486-487): 17-44.

Nous utilisons le panel Santé et itinéraire professionnel pour étudier l'effet causal du chômage sur la santé mentale en France. Plus précisément, nous cherchons à évaluer si l'expérience et la durée de chômage augmentent les troubles mentaux dits courants de type dépression majeure et trouble d'anxiété généralisée. Nous mobilisons l'historique de problèmes de santé depuis l'enfance et mettons en œuvre une méthode à variable instrumentale afin de tenir compte des problèmes d'hétérogénéité inobservée et d'endogénéité du chômage. Nos résultats indiquent que l'expérience du chômage a un effet sur les hommes alors que ce n'est pas le cas pour les femmes. Nous montrons également que

l'effet se concentre sur les hommes en deuxième partie de carrière. Ces résultats sont robustes à nos différentes mesures de santé mentale. Du point de vue des politiques publiques, cette étude montre qu'un accompagnement psychologique ciblé et efficace des chômeurs permettrait de prévenir la survenue de troubles mentaux (résumé d'auteur).

Caroli, E. et Godard, M. (2016). "Does job insecurity deteriorate health?" *Health Econ* **25**(2): 131-147.

This paper estimates the causal effect of perceived job insecurity - that is, the fear of involuntary job loss - on health in a sample of men from 22 European countries. We rely on an original instrumental variable approach on the basis of the idea that workers perceive greater job security in countries where employment is strongly protected by the law and more so if employed in industries where employment protection legislation is more binding; that is, in industries with a higher natural rate of dismissals. Using cross-country data from the 2010 European Working Conditions Survey, we show that, when the potential endogeneity of job insecurity is not accounted for, the latter appears to deteriorate almost all health outcomes. When tackling the endogeneity issue by estimating an instrumental variable model and dealing with potential weak-instrument issues, the health-damaging effect of job insecurity is confirmed for a limited subgroup of health outcomes; namely, suffering from headaches or eyestrain and skin problems. As for other health variables, the impact of job insecurity appears to be insignificant at conventional levels.

Farache, J. (2016). L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner. *Les Avis du Conseil Économique - Social et Environnemental*. Paris CESE

Le chômage touche 10,6 % de la population active. 40 % des chômeur(euse)s ne sont pas indemnisé(e)s. Pourtant, l'impact du chômage sur les personnes et leur entourage reste méconnu. 14 000 décès par an lui sont imputables, il augmente le risque de séparation des couples, compromet l'avenir des enfants. Le chômage est un « facteur de risque » qui doit être appréhendé comme tel : organisation d'un suivi sanitaire et psychologique précoce ; accompagnement renforcé en termes d'accueil par Pôle emploi et d'insertion sociale et professionnelle... Mais c'est aussi le regard sur les personnes au chômage qu'il faut changer. La lutte contre les discriminations fondées sur la précarité sociale, la médiatisation de leur vécu, leur participation aux politiques publiques qui les concernent poursuivent cet objectif.

Siegrist, J. (2016). "Économie globalisée, crise économique et impact sur la santé au travail." *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* **77**(3): 435.

The combined effects of technological progress and economic globalization resulted in a tangible increase of work pressure and job insecurity among large parts of working populations across Europe [1]. This development was further aggravated by the great financial crisis of 2008 [2]. Recent advances in occupational health research allow a better identification and quantification of "toxic" effects of these developments on workers' health. To this end, theoretical models of stressful work were developed and tested in the frame of national and international epidemiological cohort studies. To date, scientific evidence is particularly strong with regard to two such models, demand-control (DC) and effort-reward imbalance (ERI), where associations with two relevant health outcomes, affective disorders and coronary heart disease (CHD), were analyzed most frequently. While the DC model is concerned with stressful aspects of job task profiles (jobs characterized by high demands in combination with low control) the ERI model focuses on features of the work contract, where a mismatch between high efforts and low rewards matters most. Three dimensions of reward

are crucial: salary/wage; job promotion and security; recognition, esteem. In case of CHD, recent reviews indicate elevated odds ratios in the range of 1.5 to 2.0 separately for each work stress model [3,4]. Somewhat higher odds ratios are observed in case of affective disorders (range 1.8 to 2.5) [5]. In view of a relatively high prevalence of these two types of stressful work—every fifth employed person across Europe is exposed to at least one of them [6]—and in view of the relevance of the two disorders for occupational medicine—, several challenges of assessing and preventing this work-related burden of disease are given. In the final part of the presentation, some promising approaches at the level of enterprises as well as at the level of national labor policies are briefly discussed, and the significance of this latter level is illustrated by recent findings from cross-country comparative studies in Europe.

Thuillez, J. (2016). `Recessions, healthy no more? A note on Recessions, Gender and Mortality in France. CES Working Paper; 2016.08. Paris Centre d'économie de la Sorbonne

This study uses aggregate panel data on 96 French départements from 1982 to 2012 to investigate the relationship between macroeconomic conditions, gender and mortality. I use previously employed panel data methods, based on mortality variation across French départements and years. The novelty is to analyze the effect of gender-specific unemployment on gender-specific mortality. Within this "area-gender approach", I give a particular attention to gender-cause-specific mortality such as prostate cancer, maternal mortality, female breast cancer, cervical cancer and ovarian cancer in addition to other cause-specific mortality. The analysis is undertaken for several age-groups, several time windows and different geographical aggregates of unemployment. The results reveal that the relationship between unemployment and mortality in France is weak and confirm recent conclusions from U.S. state-level analysis by Ruhm [Ruhm, C.J., 2015. Recessions, Healthy no more?. *Journal of Health Economics* 42, 17{28}].

Barnay, T., et al. (2015). "Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles." Études Et Résultats (Drees)(938)

Parmi les salariés du secteur privé ayant été arrêtés plus d'un mois dans l'année pour maladie, 15% des femmes et 11% des hommes sont au chômage ou inactifs l'année suivante. Ce constat est attribuable à une moindre qualité des emplois occupés par les personnes en mauvaise santé ; il témoigne aussi d'un effet pénalisant des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles. Cet effet est d'autant plus marqué que la période de l'arrêt maladie est longue. Lorsqu'ils retrouvent un emploi, les anciens chômeurs et les inactifs ont moins d'arrêts maladie que les autres salariés en emploi, signe qu'ils anticipent les risques de trajectoires professionnelles dégradées associés à ces arrêts de travail. Les congés maternité sont plus souvent suivis d'une année d'inactivité, mais les femmes qui se maintiennent en emploi après une naissance reprennent en majorité une activité sans interruption.

Laanani, M., et al. (2015). "Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010." Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (1-2): 2-6.

Introduction : l'augmentation du taux de chômage qui a accompagné la crise économique de 2008 est associée en France à une augmentation du taux de suicide. L'objectif de cette étude était d'estimer l'association écologique par sexe et âge entre les taux de suicide et de chômage en France métropolitaine entre 2000 et 2010. Méthodes : les analyses statistiques ont fait appel à un modèle quasi-Poisson. La variable à expliquer était le taux de suicide ; la variable explicative était le taux de chômage. Ce modèle ajustait sur l'âge, le sexe, la région de domicile, le trimestre de décès et une tendance temporelle linéaire. Les classes d'âge 15-

24 ans, 25-49 ans, 50-64 ans et >=65 ans ont été étudiées. Résultats : pour une augmentation de 10% du taux de chômage, le taux de suicide tous sexes confondus a augmenté significativement de 1,5% (IC95% : [0,7-2,3%]). Cette association reste significative uniquement chez les hommes (augmentation de 1,8% [0,9-2,7]), en particulier les hommes de 25-49 ans (augmentation de 2,6% [1,3-3,9%]). Conclusion : l'association observée en France entre taux de suicide et de chômage concerne particulièrement les hommes en âge de travailler. Les démarches de prévention du suicide mises en œuvre à destination de la population active doivent cibler les hommes jeunes en priorité.

Mette, C. (2015). "Chômage et santé mentale, des liens ambivalents." DARES Analyses 067)

Le chômage peut survenir en raison de problèmes de santé mentale, mais également fragiliser celle-ci. Les personnes ayant connu le chômage entre 2006 et 2010 signalent davantage de symptômes dépressifs en 2006 et avaient connu plus de problèmes de santé, en général, au cours de leur carrière. Le passage par le chômage entre 2006 et 2010 a des effets négatifs sur la santé mentale seulement pour les hommes. Ces derniers sont d'autant plus nombreux à connaître des épisodes dépressifs que leur durée de chômage a été longue. Cet impact est particulièrement marqué pour ceux n'ayant été que faiblement exposés aux risques psychosociaux au cours de leur vie professionnelle.

Algava, E. (2015). "Insécurité de l'emploi et exercice des droits dans le travail." DARES Analyses(092)

Le sentiment d'insécurité de l'emploi a fortement augmenté entre 2005 et 2013, en particulier pour les salariés en CDI, les agents de la fonction publique et les non-salariés. Les salariés qui craignent pour leur emploi, en CDI ou dans la fonction publique, tendent à faire valoir moins pleinement leurs droits : ils sont plus nombreux que les autres à venir travailler même quand ils sont malades, à dépasser les horaires normaux sans compensation ou à ne pas prendre tous leurs congés. Ils disposent moins souvent de consignes de sécurité, les respectent moins systématiquement quand ils en ont, et sont plus touchés par les accidents du travail. Ils peuvent moins facilement s'exprimer en cas de désaccord avec leur supérieur.

Crespo, S. (2014). "La présence ou l'absence d'emploi a-t-elle une influence sur la relation entre le faible revenu et l'état de santé et le niveau de stress perçus?" Données Sociodémographiques En Bref 18(3): 17-22

Il est connu que le faible revenu est lié négativement à la santé, car celui-ci peut entraîner notamment de la privation matérielle et de l'insécurité alimentaire. Ainsi, un faible revenu tend à diminuer la prévalence d'un état de santé perçu comme excellent (Bordeleau & Traoré, 2007), ou dans le même ordre d'idées, à augmenter la prévalence d'un état perçu comme moyen ou mauvais (Ferland, 2002). Il est connu aussi que le faible revenu est relié au stress, un maillon dans la chaîne de causalité de la détresse psychologique (Orpana, Lemyre et Gravel, 2009). Dans cet article, on se demande principalement dans quelle mesure la relation entre le faible revenu et la perception de l'état de santé et du niveau de stress est influencée par le fait d'être en emploi ou sans emploi. Autrement dit, le non-emploi amplifie-t-il l'effet négatif déjà observé du faible revenu? Pour répondre à cette question, nous avons retenu les personnes âgées de 25 à 64 ans, soit le noyau principal de la population active sur le marché du travail. L'échantillon est tiré des fichiers maîtres de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) (résumé de l'auteur).

Ben Halima, M. A. et Lengagne, P. (2012). L'état de santé des salariés en emploi précaire en 2010. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010., Paris : IRDES: 29-48.

A partir des données de l'enquête santé protection sociale (ESPS) menée par l'Insee, cet article présente des résultats statistiques sur l'état de santé des salariés en emploi précaire en 2010. Il propose une mesure de la corrélation entre emploi précaire et santé et étudie, de plus, l'influence des conditions de travail dans cette relation. Les données de l'enquête ESPS offrent la possibilité de lier des informations à la fois sur l'état de santé, l'emploi et la situation socio-économique des travailleurs, ainsi que des données sur leurs conditions de travail. La précarité de l'emploi est une notion recouvrant plusieurs dimensions ? une notion ne reflétant pas seulement le statut permanent ou temporaire du contrat de travail. Elle est ici mesurée à partir de différents indicateurs : un indicateur du contrat de travail (permanent versus temporaire), un indicateur des licenciements survenus dans l'établissement où l'enquêteur travaille et un indicateur d'insécurité de l'emploi ressentie.

Jusot, F. (2012). "Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ?" Sève : Les Tribunes De La Santé(36): 73-80.

Contrairement à l'idée reçue, la littérature récente montre que la mortalité et les problèmes de santé ont tendance à se réduire durant les récessions. L'augmentation du chômage libérerait du temps pour se soigner ou avoir une activité physique, alors que l'intensité du travail serait plus importante dans les périodes d'activité économique forte, ce qui augmenterait les risques de maladies et d'accidents. La diminution temporaire des revenus conduirait en outre à une réduction de la consommation d'alcool et de tabac. Cependant, la mortalité par suicide augmenterait ainsi que les problèmes de santé mentale. Les récessions seraient en outre un facteur aggravant des inégalités sociales de santé. Elles auraient un effet protecteur sur la santé des plus favorisés, mais un effet délétère sur celle des plus défavorisés. Enfin, les difficultés économiques et la précarité peuvent avoir un effet délétère à long terme, notamment en raison du renoncement aux soins pour raisons financières.

Sermet, C. et Khlaf, M. (2011). "Quels liens entre maladie et perte d'emploi ?" Santé & Travail(73): 1-2.

Cet article est un extrait de "La santé des chômeurs en France : revue de littérature." Paru dans la Revue d'épidémiologie et de santé publique, n° 52, 2004, pp. 466-469 et 471-472.

Caroly, S. et Cholez, C. (2009). "Santé et itinéraires professionnels des moins de 35 ans : insertion, apprentissage et construction identitaire. Rapport final." Série Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(96)

L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), réalisée fin 2006 par l'INSEE pour la DARES et la DREES, a mis en œuvre un protocole méthodologique innovant. Pour vérifier la pertinence de ces choix, les concepteurs de l'enquête ont sollicité des chercheurs pour réaliser des post-enquêtes qualitatives. Réalisée par une sociologue et une ergonomiste, cette recherche porte sur des salariés de moins de 35 ans ayant un niveau bac à bac+2. Elle aborde les liens entre santé et itinéraire professionnel, selon trois axes : la perception de leur parcours professionnel et de leurs choix d'orientation ; la place du « collectif de travail » dans la préservation de la santé ; les conditions d'appropriation de nouveaux postes.

Moulin, J. J., et al. (2009). "Santé et instabilité professionnelle : résultats issus des centres d'examen de santé de l'assurance-maladie." Revue D'épidémiologie et de Santé Publique 57(3): 141-149

Les formes d'instabilité professionnelle se sont développées au cours des 30 dernières années. L'objectif est d'étudier les relations entre la santé et diverses situations d'emplois :

emplois non stables, emplois à temps partiel, chômage. Méthodes : La population d'étude comporte 767184 sujets, de 26 à 59 ans, examinés entre 2003 et 2005 dans les centres d'examen de santé de l'assurance-maladie. L'instabilité professionnelle est mesurée par les diverses situations d'emplois instables, temporaires ou à temps partiel et le chômage de durée croissante de moins de six mois à trois ans ou plus. Plusieurs dimensions de la santé sont étudiées : santé perçue, tabagisme, absence de suivi gynécologique, obésité, mauvais état buccodentaire et pression artérielle élevée. Les données ont été analysées par des modèles logistiques multivariés (odds ratios [OR]), ajustés sur l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'étude, le groupe "emploi stable à temps plein" étant la catégorie de référence (OR=1). Résultats : Les indicateurs sont d'autant plus perturbés que la situation par rapport à l'emploi est plus défavorable : les emplois précaires sont plus à risque de mauvaise santé que les emplois stables, les chômeurs sont eux-mêmes plus à risque que les actifs et d'autant plus à risque que la durée du chômage est élevée. À titre d'exemple, chez les hommes, les OR de la perception négative de la santé varient de 1,00 à 1,68 [1,57-1,78] selon les formes d'emploi et de 1,75 [1,67-1,83] à 2,80 [2,72-2,89] selon la durée de chômage. De même, pour l'obésité chez les femmes, les OR varient entre 1,00 à 1,48 [1,37-1,60] chez les actifs, et de 1,35 [1,27-1,44] à 1,77 [1,70-1,84] chez les chômeurs. Conclusion : Un gradient de santé est mis en évidence au travers du continuum social lié à l'instabilité professionnelle. Les travailleurs titulaires d'emplois aidés de l'État et les chômeurs de longue durée présentent des risques particulièrement élevés de santé dégradée.

Jusot, F., Khat, M., et al. (2008). Job loss from poor health, smoking and obesity: a national prospective survey in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **62**(4), 332-337.

Bigot, R. (2007). "L'instabilité professionnelle développe un sentiment de mal-être et fragilise les liens sociaux." *Consommation et Modes de Vie*(203): 1-4.

Le marché du travail a considérablement évolué depuis le milieu des années 1970 : les formes d'emploi particulières - les contrats à durée déterminée, les contrats aidés ou l'intérim - et le travail à temps partiel se sont développés, tandis que le taux de chômage s'est accru. Occuper un emploi à durée indéterminée est aujourd'hui beaucoup moins fréquent qu'il y a trente ans. Or, les enquêtes du CRÉDOC montrent que les opinions et les attitudes de nos concitoyens sont, en partie, liées à leur situation professionnelle : le fait d'être au chômage, en contrat à durée déterminée ou en contrat à durée indéterminée change le regard que l'on porte sur soi-même ou sur la société. En particulier, l'instabilité professionnelle contribue à fragiliser les liens sociaux, et vice versa ; elle va de pair avec un plus fort sentiment d'insécurité - professionnelle, bien sûr, mais également personnelle - et les individus concernés ont tendance à se sentir en moins bonne santé. Pourtant, malgré ces difficultés, les chômeurs et les salariés précaires gardent l'espoir d'améliorer leur situation : moins résignés que les titulaires d'un emploi stable, ils sont plus optimistes par rapport à leur avenir. Mais ils savent qu'ils auront besoin d'aide pour faire face à cette instabilité professionnelle. Les chômeurs, en particulier, comptent sur un minimum de soutien de la part des pouvoirs publics (résumé d'auteur).

Buchmueller, T. C., et al. (2007). Unemployment and mortality in France, 1982-2002. *Chepa working paper series ; 07-04*. Hamilton McMaster University

This study uses aggregate panel data on 96 French départements for the period from 1982 to 2002 to investigate the relationship between macroeconomic conditions and mortality, controlling for local area and time fixed effects. Consistent with research using data from other countries, we find that increases in the local unemployment rates are associated with

significant reductions in mortality. Models of mortality by source indicate that the negative relationship between unemployment and mortality is strongest for deaths due to cardiovascular disease and accidents. A finding that mortality among the elderly fluctuates with the unemployment rate suggests the possible importance of externalities associated with economic upturns.

Leroux, I. et Morin, T. (2006). "Facteurs de risques des épisodes dépressifs en population générale." Etudes Et Résultats (545)

Cette étude se fonde sur trois enquêtes en population générale qui proposent chacune un outil de caractérisation de l'épisode dépressif. Deux d'entre eux relèvent d'une approche catégorielle (systèmes diagnostiques du DSM-IV et de la CIM 10) et l'autre d'une approche dimensionnelle. Malgré ces différences, les corrélations entre caractéristiques sociodémographiques et épisode dépressif sont souvent du même ordre. Ainsi, les femmes présentent, toutes choses égales par ailleurs, entre 1,5 et 2 fois plus de risques que les hommes. Les troubles dépressifs semblent également étroitement liés à la situation conjugale et notamment au fait d'avoir ou non vécu une rupture. Pour ce qui est de la situation professionnelle, les chômeurs déclarent entre 1,4 et 2,1 fois plus souvent un épisode dépressif que les actifs occupés. Par ailleurs, deux enquêtes mettent en évidence une corrélation négative entre niveau d'étude et risque d'épisode dépressif, enfin, moins nettement, l'âge semble avoir un impact sur ces risques, les 60-75 ans présentant une "dépressivité" moindre toutes choses égales par ailleurs.

Askenazy, P. (2005). "Sur les sources de l'intensification." Revue Économique **56**(2): 217-236

L'intensification du travail et/ou la dégradation des conditions de travail des salariés européens semblent confirmées par de nombreuses études de cas, ou exploitations des enquêtes " conditions de travail ". Une littérature moins fournie s'interroge sur les déterminants de cette intensification. Trois hypothèses dominent comme facteurs mécaniques ou d'acceptation des conditions de travail dégradées : déterminisme technologique ou organisationnel, désyndicalisation, et peur du chômage. Cet article analyse ces hypothèses. En particulier, on propose une exploitation empirique originale de l'enquête " conditions de travail " française pour tester l'effet peur de perte d'emploi.

Cases, C. et Cambois, E. (2004). "Chômage et santé : un enjeu pour les statistiques publiques." Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique **52**(5): 409-413.

Sermet, C. et Khlaf, M. (2004). "La santé des chômeurs en France : revue de la littérature." Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique **52**(5): 465-474

Cet article rassemble et analyse les principales publications concernant la santé et la mortalité des chômeurs en France, en vue de formuler des pistes de recherche pour la mise en œuvre de nouvelles études, ou encore l'exploitation d'enquêtes existantes. Après avoir synthétisé les différentes hypothèses interprétatives du lien entre chômage et santé (causalité ou sélection), un panorama des études est dressé selon leur type : les études sur l'état de santé, sur la base de données issues d'enquêtes à l'échelle nationale ou régionale, ou encore d'observation de cohortes, et les études sur la mortalité, sur la base de données issues des échantillons longitudinaux de l'Insee.

Godin, I., et al. (2002). "Stress et précarité d'emploi : essai de construction d'un indicateur." Archives of Public Health **60**(3-4): 143-151.

Dans le cadre d'une recherche portant sur l'impact du changement organisationnel et donc du stress généré par l'incertitude liée aux situations économiques sur la santé des travailleurs, nous avons tenté de construire une variable "contextuelle" constituée à partir d'un indice d' "instabilité" sectorielle de l'emploi. L'hypothèse étant qu'un (e) travailleur (se) aura tendance à manifester davantage de stress dans un secteur défini comme "instable" que dans un secteur pouvant être considéré comme "stable". Cet indice est élaboré sur base des évaluations sectorielles du chômage et de l'emploi. Dans l'étude Somstress, cette information sera complétée par des entretiens semi-structurés dans une série d'entreprises, auprès d'informateurs-clés.

Letrait, M. (2002). "L'utilisation par les chômeurs du temps libéré par l'absence d'emploi." Economie et Statistique(352-353): 101-125

À travers l'Enquête Emploi du temps de l'Insee l'auteur s'interroge sur l'impact du chômage sur les activités quotidiennes selon l'âge, le sexe, le diplôme, le type de logement, l'état de santé, la situation familiale...

Khlat, M., et al. (2000). "Women's health in relation with their family and work roles : France in the early 1990s." Social Science & Medicine **50**: 1807-1825

In this paper, the health of women aged 30 to 49 years is analyzed according to the family and work roles which they exercise, based on the 1991-1992 French national health survey. Households are classified based on the amount of their material resources, and a variety of measures of health and of health-related behaviors are considered. Looking at each role separately, the 'healthy married', 'healthy mother' and 'healthy worker' effects are very obvious for almost all health measures, and higher household income per unit of consumption is clearly associated with better health of women. The role patterns of women are not evenly distributed across income levels: housewives and lone mothers are more common at the bottom and middle of the income scale than at the top, while working women without children, married or not, are much more common at the top. In health terms, more heterogeneity is attached to role patterns in the middle of the income scale than at either extreme. In the middle stratum, two groups of women stand out as being clearly disadvantaged in comparison with that of married women with children and a job: (1) lone mothers, particularly in terms of mental health conditions, malaise symptoms and health-related behaviour, and (2) housewives, particularly in terms of physical health conditions. At the bottom of the income scale, no significant disadvantage is found for housewives compared to married working mothers, yet their overall health pattern is somewhat negative. At the top of the income scale, married working women without children, as well as single women do feel more often than married working mothers that they suffer from handicap or discomfort. The findings are discussed in terms of role enhancement and role strain, health selection, the nature of the health disadvantage associated with specific role patterns, and the importance of the structural context in the role framework

Mesrine, A. (2000). "La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?" Economie Et Statistique(334): 33-48

Aux âges actifs, chômage ou inactivité s'accompagnent d'une surmortalité, pour les hommes comme pour les femmes. Dans les cinq ans qui suivent l'observation du chômage, le risque annuel de décès d'un homme chômeur est, à chaque âge, environ trois fois celui d'un actif

occupé du même âge. La mortalité des chômeuses est environ le double, à âge égal, de la mortalité des actives occupées. L'excès de mortalité des inactifs est encore plus élevé. La surmortalité masculine est accentuée en cas de persistance du chômage ou de l'inactivité.

Bungener M., Pierret J. (1993). *Appréhender l'influence du chômage sur l'état de santé*. Paris ; Cermès.

ETUDES INTERNATIONALES

Antonova, L., et al. (2017). "Long-term health consequences of recessions during working years." *Soc Sci Med* **187**: 134-143.

Economic crises may have severe consequences for population health. We investigate the long-term effects of macroeconomic crises experienced during prime working age (20-50) on health outcomes later in life using SHARE data (Survey of Health Aging and Retirement in Europe) from eleven European countries. Analyses are based on the first two waves of SHARE data collected in 2004 and 2006 (N = 22,886) and retrospective life history data from SHARELIFE collected in 2008 (N = 13,732). Experiencing a severe crisis in which GDP dropped by at least 1% significantly reduces health later in life. Specifically, respondents hit by such a shock rate their subjective health as worse, are more likely to suffer from chronic diseases and mobility limitations, and have lower grip strength. The effects are twice as large among low-educated respondents. A deeper analysis of critical periods in life reveals that respondents' health is more affected by crises experienced later in the career (between age 41 and 50). The labor market patterns show that these people drop out of the labor force. While men retire early, women are more likely to become home makers. In line with the literature on the negative consequences of retirement on health, this suggests that early retirement in times of economic crises might be detrimental to health.

Buffel, V., et al. (2017). "The social norm of unemployment in relation to mental health and medical care use: the role of regional unemployment levels and of displaced workers." *Work, employment and society* **31**(3): 501-521.

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0950017016631442>

The relationships between unemployment, mental health (care) and medication use among 50–65 year-old men (N = 11,789) and women (N = 15,118) are studied in Europe. Inspired by the social norm theory of unemployment, the relevance of regional unemployment levels and workplace closure are explored, using multilevel analyses of data from the Survey of Health, Ageing and Retirement. In line with the social norm theory, the results show that – only for men – displaced workers are less depressed and use less medication than the non-displaced unemployed. However, they report more depressive symptoms than the employed, which supports the causal effect of unemployment on mental health. Non-displaced unemployed men are also more likely to consume medication than the displaced unemployed. In addition, using regional unemployment as a proxy for the social norm of unemployment can be questioned when studying mental health effects, as it seems to be a stronger measurement of labour market conditions than of the social norm of unemployment, especially during a recession.

Cottini, E. et Ghinetti, P. (2017). "Employment insecurity and employees' health in Denmark." *Health Econ.*

We use register data for Denmark (IDA) merged with the Danish Work Environment Cohort Survey (1995, 2000, and 2005) to estimate the effect of perceived employment insecurity on perceived health for a sample of Danish employees. We consider two health measures from the SF-36 Health Survey Instrument: a vitality scale for general well-being and a mental health scale. We first analyse a summary measure of employment insecurity. Instrumental variables-fixed effects estimates that use firm workforce changes as a source of exogenous variation show that 1 additional dimension of insecurity causes a shift from the median to the 25th percentile in the mental health scale and to the 30th in that of energy/vitality. It also increases by about 6 percentage points the probability to develop severe mental health problems. Looking at single insecurity dimensions by naive fixed effects, uncertainty associated with the current job is important for mental health. Employability has a sizeable relationship with health and is the only insecurity dimension that matters for the energy and vitality scale. Danish employees who fear involuntary firm internal mobility experience worse mental health.

Davies, A. R., et al. (2017). Mass unemployment events (MUES): Prevention and response from a public health perspective from a public health perspective
<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/888/Watermarked%20PHW%20Mass%20Unemployment%20Report%20E%2815%29.pdf>

La fermeture locale d'une unité de production entraîne la destruction de nombreux emplois, entraînant localement une conjoncture de chômage de masse. L'organisation britannique Public Health Wales publie un rapport analysant les impacts de ces licenciements sur la santé des populations et présente des mesures pour les prévenir et les limiter. L'altération de la santé suite à la perte d'un emploi est notamment associée à une détérioration des comportements de santé : augmentation de la consommation d'alcool et de tabac, mésusages de médicaments, prise de poids, ... La santé mentale est aussi très affectée par la perte d'emploi avec une augmentation des troubles mentaux, des tentatives de suicide et suicides. Au-delà des effets individuels, le rapport met en évidence d'autres impacts concernant le bien-être du conjoint et des enfants, mais aussi dans l'ensemble de la communauté où les tensions sociales et le sentiment d'isolement s'exacerbent. Aussi, Public Health Wales propose une réponse de santé publique globale et multisectorielle face aux licenciements de masse. Il s'agit notamment d'identifier précocement les communautés exposées au risque de chômage de masse, de soutenir les chômeurs dans leur insertion professionnelle, mais aussi dans leurs difficultés financières et leur santé, ou encore de développer des actions spécifiques pour les plus vulnérables tels que les chômeurs âgés.

Cutler, D.M. (2016). Economic Conditions and Mortality: Evidence from 200 Years of Data. NBER Working Paper Series ; n° 22690. Cambridge NBER

Using data covering over 100 birth-cohorts in 32 countries, we examine the short- and long-term effects of economic conditions on mortality. We find that small, but not large, booms increase contemporary mortality. Yet booms from birth to age 25, particularly those during adolescence, lower adult mortality. A simple model can rationalize these findings if economic conditions differentially affect the level and trajectory of both good and bad inputs into health. Indeed, air pollution and alcohol consumption increase in booms. In contrast, booms in adolescence raise adult incomes and improve social relations and mental health, suggesting these mechanisms dominate in the long run.

García-Gómez P., Jiménez-Martín S., Labeaga J.M. (2016), « Consequences of the Economic Crisis on Health and Health Care Systems », *Health Economics*, **25** (S2)
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.3442/full>

The papers presented in this special issue have a common aim. They try to provide evidence on the consequence of the economic conditions or government response to the economic crisis on mental, physical and self-reported health, socioeconomic inequalities in health, health care use, and long-term care (LTC).

Cleeren, K., et al. (2016). "How Business Cycles Affect the Healthcare Sector: A Cross-country Investigation." *Health Econ* **25**(7): 787-800.

The long-term relationship between the general economy and healthcare expenditures has been extensively researched, to explain differences in healthcare spending between countries, but the midterm (i.e., business cycle) perspective has been overlooked. This study explores business cycle sensitivity in both public and private parts of the healthcare sector across 32 countries. Responses to the business cycle vary notably, both across spending sources and across countries. Whereas in some countries, consumers and/or governments cut back, in others, private and/or public healthcare buyers tend to spend more. We also assess long-term consequences of business cycle sensitivity and show that public cost cutting during economic downturns deflates the mortality rates, whereas private cut backs increase the long-term growth in total healthcare expenditures. Finally, multiple factors help explain variability in cyclical sensitivity. Private cost cuts during economic downturns are smaller in countries with a predominantly publicly funded healthcare system and more preventive public activities. Public cut backs during contractions are smaller in countries that rely more on tax-based resources rather than social health insurances.

Hamad, R., et al. (2016). "The Effects of Job Insecurity on Health Care Utilization: Findings from a Panel of U.S. Workers." *Health Serv Res* **51**(3): 1052-1073.

OBJECTIVE: To examine the impacts of job insecurity during the recession of 2007-2009 on health care utilization among a panel of U.S. employees. **DATA SOURCES/STUDY SETTING:** Linked administrative and claims datasets on a panel of continuously employed, continuously insured individuals at a large multisite manufacturing firm that experienced widespread layoffs (N = 9,486). **STUDY DESIGN:** We employed segmented regressions to examine temporal discontinuities in utilization during 2006-2012. To assess the effects of job insecurity, we compared individuals at high- and low-layoff plants. Because the dataset includes multiple observations for each individual, we included individual-level fixed effects. **PRINCIPAL FINDINGS:** We found discontinuous increases in outpatient (3.5 visits/month/10,000 individuals, p = .002) and emergency (0.4 visits/month/10,000 individuals, p = .05) utilization in the panel of all employees. Compared with individuals at low-layoff plants, individuals at high-layoff plants decreased outpatient utilization (-4.0 visits/month/10,000 individuals, p = .008), suggesting foregone preventive care, with a marginally significant increase in emergency utilization (0.4 visits/month/10,000 individuals, p = .08). **CONCLUSIONS:** These results suggest changes in health care utilization and potentially adverse impacts on employee health in response to job insecurity during the latest recession. This study contributes to our understanding of the impacts of economic crises on the health of the U.S. working population.

Heggebo, K. (2016). "Health Effects of Unemployment in Denmark, Norway and Sweden 2007-2010: Differing Economic Conditions, Differing Results?" *Int J Health Serv* **46**(3): 406-429.

This article investigates short-term health effects of unemployment for individuals in Denmark, Norway, and Sweden during an economic downturn (2007-2010) that hit the Scandinavian countries with diverging strength. The longitudinal part of the European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) data material is analyzed, and results from generalized least squares estimation indicate that Denmark is the only Scandinavian country in which health status deteriorated among the unemployed. The individual-level (and calendar year) fixed-effect results confirm the negative relationship between unemployment and health status in Denmark. This result is robust across different subsamples, model specifications, and changes in both the dependent and independent variable. Health status deteriorated especially among women and people in prime working age (30-59 years). There is, however, only scant evidence of short-term health effects among the recently unemployed in Norway and Sweden. The empirical findings are discussed in light of: (1) the adequacy of the unemployment insurance system, (2) the likelihood of re-employment for the displaced worker, and (3) selection patterns into and out of employment in the years preceding and during the economic downturn.

Jimenez-Martin, S., et al. (2016). Great recession and disability in Spain. Barcelona GSE Working Paper Series . 896. Barcelone GSE

This paper evaluates the impact of the business cycle on participation in the Disability Insurance (DI) program in Spain in the context of the Great Recession, which has been particularly strong in this country. The study follows two approaches. First it uses regional administrative data to estimate the effect of the regional unemployment rate on the number of applications, denials and allowances to the DI rolls. Second it uses longitudinal panel data to estimate the effect of the business cycle on transitions from different labor market states to the DI rolls. Our results show a pro-cyclical behavior of participation in DI during the years of the Great Recession. This is in contrast to the countercyclical response documented both for other countries as well as for Spain before 2008. This paper documents some facts that partially explain why DI benefits have become pro instead of countercyclical during the Great Recession in Spain. The results provide valuable evidence for policy-makers as they highlight that some of the disabled population may be left economically uncovered during the worst of times.

Kaspersen, S. L., et al. (2016). "Health and unemployment: 14 years of follow-up on job loss in the Norwegian HUNT Study." The European Journal of Public Health **26**(2): 312-317.
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/26/2/312.full.pdf>

Background: Many studies have investigated how unemployment influences health, less attention has been paid to the reverse causal direction; how health may influence the risk of becoming unemployed. We prospectively investigated a wide range of health measures and subsequent risk of unemployment during 14 years of follow-up. Methods: Self-reported health data from 36 249 participants in the Norwegian HUNT2 Study (1995–1997) was linked by a personal identification number to the National Insurance Database (1992–2008) People with poor mental and physical health are at increased risk of job loss. This contributes to poor health amongst the unemployed and highlights the need for policy focus on the health and welfare of out of work individuals, including support preparing them for re-employment.

Ruhm, C. J. (2016). "Health Effects of Economic Crises." Health Economics **25**: 6-24.

This analysis summarizes prior research and uses national, US state and county-level data from 1976 to 2013 to examine whether the mortality effects of economic crises differ in kind from those of the more typical fluctuations. The tentative conclusion is that economic crises affect mortality rates (and presumably other measures of health) in the same way as less severe downturns – leading to improvements in physical health. The effects of severe national recessions in the USA appear to have a beneficial effect on mortality that is roughly twice as strong as that predicted by the elevated unemployment rates alone, while the higher predicted rate of suicides during typical periods of economic weakness is approximately offset during severe recessions. No consistent pattern is obtained for more localized economic crises occurring at the state level – some estimates suggest larger protective mortality effects while others indicate offsetting deleterious consequences.

Antonova, L., et al. (2015). The effect on mental health of retiring during the economic crisis. Working Paper ; 10. Venise University of Venice

This paper investigates the causal impact of retirement on late life depression, a growing concern for public health as major depressive disorders are the second leading cause of disability. We shed light on the role of economic conditions in shaping the effect of retirement on mental health by exploiting the time and regional variation in the severity of the economic crisis across ten European countries over the 2004-2013 period. We use data from four waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and address the potential endogeneity of retirement decision to mental health by applying a fixed-effect instrumental variable approach. Results indicate that retirement improves mental health of men, but not of women. This effect is stronger for those men working in regions that are severely hit by the economic crisis and in blue-collar jobs. These findings may be explained by the worsening of working conditions and the rise in job insecurity stemming from the economic downturn: In these circumstances, the exit from the labor force is perceived as a relief.

Bharadwaj, P., et al. (2015). Health and Unemployment during Macroeconomic Crises. IZA Discussion Paper ; 9174. Bonn IZA

This paper shows that health is an important determinant of labor market vulnerability during large economic crises. Using data on adults during Sweden's unexpected economic crisis in the early 1990s, we show that early and later life health are important determinants of job loss after the crisis, but not before. Adults who were born with worse health (proxied by birth weight) and those who experience hospitalizations (and especially so for mental health related issues) in the pre-crisis period, are much more likely to lose their jobs and go on unemployment insurance after the crisis. These effects are concentrated in the private sector that happened to be more affected by the crisis. The results hold while controlling for individual education and occupational sorting prior to the crisis, and for controlling for family level characteristics by exploiting health differences within twin pairs. We conclude that poor health (both in early life and as adults) is an important indicator of vulnerability during economic shocks.

Breuer, C. (2015). "Unemployment and Suicide Mortality: Evidence from Regional Panel Data in Europe." Health Economics **24**(8): 936-950.

This paper addresses the influence of economic activity on suicide mortality in Europe. To this end, it employs a new panel data set of 275 regions in 29 countries over the period 1999-

2010. The results suggest that unemployment does have a significantly positive influence on suicides. In line with economic theory, this influence varies among gender and age groups. Men of working age are particularly sensitive, while old-age suicide mortality (older than 65 years old) hardly responds to unemployment. Moreover, real economic growth negatively affects the suicide rates of working-age men. The results withstand several robustness checks, such as sample variations, and after controlling for serial and spatial autocorrelation.

Coveney, M., et al. (2015). Health disparities by income in Spain before and after the economic crisis. Tinbergen Institute Discussion Paper ; 15-130/V. Rotterdam Tinbergen Institute

Little is known about what the economic crisis has done to health disparities by income. We apply a decomposition method to unravel the contributions of income growth, income inequality and differential income mobility across socio-demographic groups to changes in health disparities by income in Spain using longitudinal data from the Survey of Income and Living Conditions (SILC) for the period 2004-2012. We find a modest rise in health inequality by income in Spain in the five years of economic growth prior to the start of the crisis in 2008, but a sharp fall after 2008. The drop mainly derives from the fact that loss of employment and earnings has disproportionately affected the incomes of the younger and healthier groups rather than the (mainly stable pension) incomes of the over 65s. This suggests that unequal distribution of income protection by age may reduce health inequality in the short run after an economic recession

Denny, K. (2015). Has Subjective General Health Declined with the Economic Crisis? A Comparison across European Countries. Wp 15/06. Belfield University College Dublin

This note examines whether subjective general health in Europe has changed since the onset of the economic crisis. Subjective general health for Ireland, Spain and Portugal is compared before and after the onset of the recession. Two other European economies, Germany and United Kingdom, are also examined. The change in the proportion of respondents reporting good or very good health is also plotted against the change in the unemployment rate over the period 2007-2012. Subjective general health improves slightly in countries experiencing sharp recessions. Across European countries there is no link between changes in subjective general health and in unemployment: no evidence is found to suggest that the Great Recession has worsened morbidity in Europe.

Farre, L., et al. (2015). Feeling Useless: The Effect of Unemployment on Mental Health in the Great Recession. IZA Discussion Paper ; 9235. Bonn : IZA

This article documents a strong connection between unemployment and mental disorders using data from the Spanish Health Survey. We exploit the collapse of the construction sector to identify the causal effect of job loss. Our results suggest that an increase of the unemployment rate by 10 percent due to collapse of the sector raised mental disorders in the affected population by 3 percent. We argue that the large size of this effect responds to the fact that the construction sector was at the centre of the macroeconomic shock. As a result, workers exposed to the negative employment shock faced very low chances of re-entering employment. We show that this led to long unemployment spells, hopelessness and feelings of uselessness.

Gutierrez, I. A. et Michaud, P. C. (2015). Employer Downsizing and Older Workers' Health. IZA Discussion Paper ; 9140. Bonn IZA

This study estimates the effects of employer downsizing on older workers' health outcomes using different approaches to control for endogeneity and sample selection. With the exception of the instrumental variables approach, which provides large imprecise estimates, the results suggest that employer downsizing increases the probability that older workers rate their health as fair or poor; increases the risk of showing symptoms of clinical depression; and increases the risk of being diagnosed with stroke, arthritis, and psychiatric or emotional problems. We find weaker evidence that downsizing increases the risk of showing high levels of C-reactive protein (CRP), a measure of general inflammation. The analysis finds that downsizing affects health by increasing job insecurity and stress, but that its effects remain statistically significant after controlling for these pathways, suggesting that other mechanisms such as diminished morale and general demotivation also affect worker health. The findings suggest that employers ought to consider actions to offset the detrimental health effects of reducing personnel on their remaining (older) workers.

Ruhm, C. J. (2015). Health Effects of Economic Crises. NBER Working Paper Series ; n° 21604. Cambridge NBER

This analysis summarizes prior research and uses national, state and county level data from the United States from 1976-2013 to examine whether the mortality effects of economic crises differ in kind from those of the more typical fluctuations. The tentative conclusion is that economic crises affect mortality rates (and presumably other measures of health) in the same way as less severe downturns: namely, they lead to improvements in physical health. The effects of severe national recessions in the United States, appear to have a beneficial effect on mortality that is roughly twice as strong as that predicted due to the elevated unemployment rates alone while the higher predicted rate of suicides during typical periods of economic weakness is approximately offset during severe recessions. No consistent pattern is obtained for more localized economic crises occurring at the state level – some estimates suggest larger protective mortality effects while others indicate offsetting deleterious consequences.

Schaller, J. et Zerpa, M. (2015). Short-run Effects of Parental Job Loss on Child Health. NBER Working Paper Series ; n° 21745. Cambridge NBER

Recent research suggests that parental job loss has negative effects on children's outcomes, including their academic achievement and long-run educational and labor market outcomes. In this paper we turn our attention to the effects of parental job loss on children's health. We combine health data from 16 waves of the Medical Expenditure Panel Survey, which allows us to use a fixed effects specification and still have a large sample of parental job displacements. We find that paternal job loss is detrimental to the physical and mental health of children in low-socioeconomic status (SES) families, increasing their incidence of injuries and mental disorders. We separately find that maternal job loss leads to reductions in the incidence of infectious illness among children in high-SES families, possibly resulting from substitution of maternal care for market-based childcare services. Increases in public health insurance coverage compensate for a large share of the loss in private coverage that follows parental displacement, and we find no significant changes in routine or diagnostic medical care.

Blomqvist, S., et al. (2014). "Increasing health inequalities between women in and out of work - the impact of recession or policy change? A repeated cross-sectional study in Stockholm county, 2006 and 2010." International Journal for Equity in Health **13**(51)

Introduction: The social insurance system in Sweden underwent extensive change between 2006 and 2010, with the overall aim of making people enter the labour market. At the same time, economic recession hit Sweden. Previous studies suggest that the economic recession particularly affected women. In light of these changes, the aim of this study is to investigate whether health inequalities between employed women and groups outside the labour market changed between 2006 and 2010. A second aim is to examine the explanatory weight of socio-demographic factors vs social and economic conditions. Methods: Data consists of the Stockholm Public Health Surveys (SPHS) for 2006 and 2010. Women aged 18–64 were studied. Through logistic regression, levels of mental distress and limiting longstanding illness (LLI), were compared between four labour market groups; employed and unemployed, sickness absentees and disability pension recipients, at the two time points. Results: Mental distress increased among women in all four labour market groups between 2006 and 2010. Differences in mental distress between those employed and groups outside the labour market also increased. These were explained primarily by social and economic conditions. Levels of LLI were unchanged except among the unemployed. The difference in LLI between the unemployed and the employed was mostly explained by social and economic conditions. In the other groups socio-demographic factors were more salient. For both health outcomes, the weight of social and economic conditions had increased in 2010 compared to 2006. Conclusions: Results indicate that levels of mental distress increased in all groups, but more so among groups outside the labour market, possibly due to stricter eligibility criteria and lower benefit levels, which particularly affected their social and economic conditions.

David, A., et al. (2014). Rapport d'information sur les conséquences de la crise sur le système de protection sociale espagnol. Paris Sénat

Alors même qu'il avait connu un formidable essor après la transition démocratique, le système de protection sociale espagnol a vu son développement fortement contrarié par les mesures de lutte contre la crise économique et financière qui a touché de plein fouet l'Espagne au cours des dernières années. A la demande des institutions communautaires et internationales et sous la pression des marchés, le gouvernement espagnol a en effet engagé de nombreuses réformes structurelles qui ont mis à contribution toutes les branches de la protection sociale. Afin de mieux appréhender ces enjeux, une délégation de la commission des affaires sociales s'est rendue en Espagne en avril 2014. Au terme des multiples entretiens qu'elle a pu conduire au niveau tant national que décentralisé et local, elle a pu mesurer l'ampleur des bouleversements opérés ainsi que la défiance croissante exprimée par de nombreux acteurs envers la capacité du système à remplir les objectifs qui lui sont assignés. Si la situation budgétaire du pays semble s'être améliorée dans la période récente, la persistance d'un taux de chômage élevé constitue une difficulté de taille au moment où le système doit répondre à de nouveaux défis tels que le vieillissement démographique.

Drydakis, N. (2014). The Effect of Unemployment on Self-Reported Health and Mental Health in Greece from 2008 to 2013: A Longitudinal Study Before and During the Financial Crisis. IZA Discussion Paper ; 8742. Bonn IZA

The current study uses six annual waves of the Longitudinal Labor Market Study (LLMS) covering the 2008-2013 period to obtain longitudinal estimations suggesting statistically significant negative effects from unemployment on self-reported health and mental health in Greece. The specifications suggest that unemployment results in lower health and the deterioration of mental health during the 2008-2009 period compared with the 2010-2013 period, i.e., a period in which the country's unemployment doubled as a consequence of the financial crisis. Unemployment seems to be more detrimental to health/mental health in

periods of high unemployment, suggesting that the unemployment crisis in Greece is more devastating as it concerns more people. Importantly, in all specifications, comparable qualitative patterns are found by controlling for unemployment due to firm closure, which allows us to minimize potential bias due to unemployment-health related reverse causality. Moreover, in all cases, women are more negatively affected by unemployment in relation to their health and mental health statuses than are men. Greece has been more deeply affected by the financial crisis than any other EU country, and this study contributes by offering estimates for before and during the financial crisis and considering causality issues. Because health and mental health indicators increase more rapidly in a context of higher surrounding unemployment, policy action must place greater emphasis on unemployment reduction and supporting women's employment.

Gustafsson, K., et al. (2014). "Associations between health and combinations of sickness presence and absence." Occupational Medicine **64**(1): 49-55.

Background The association between sickness presence (SP), sickness absence (SA) and health is not well known although research on these phenomena has grown in recent years. **Aims** To identify the health outcomes of different combinations of self-reported SP and SA while controlling for background and work-related factors. **Methods** The study group was a representative three-wave sample of 1886 employed individuals from the Swedish Working Life Cohort, gathered in 2004-2006. Block-wise multiple logistic regression analyses were conducted for combinations of self-reported SP and SA, using controls for background, work-related and previous health factors. **Results** The crude odds ratios showed that health and mental well-being were most negatively affected in the group with high SP and SA in the preceding year. When differences in individual background, health and work-related factors were controlled for, distinct significant odds ratios remained. The odds ratios for negative health outcomes were between 1.49 (95% CI : 1.02-2.18) and 2.64 (95% CI : 1.81-3.85) higher among those with both high SP and high SA than those with both low SP and low SA. However, the study also indicated that individuals with high SP and low SA showed the highest odds ratios for poor mental well-being. **Conclusions** The results showed that combinations of frequent self-rated SP and SA are related to negative values in the four measured aspects of self-reported health 1 year later. Occupational medicine practitioners should therefore be concerned particularly with employees who report frequently occurring SP and SA.

Michaud, P. C., et al. (2014). The Effect of Job Loss on Health: Evidence from Biomarkers. IZA Discussion Paper ; 8587. Bonn IZA

The effect of job loss on health may play an important role in the development of the SES health gradient. In this paper, we estimate the effect of job loss on objective measures of physiological dysregulation using longitudinal data from the Health and Retirement Study and biomarker measures collected in 2006 and 2008. We use a variety of econometric methods to account for selection and reverse causality. Distinguishing between layoffs and business closures, we find no evidence that business closures lead to worse health outcomes. We also find no evidence that biomarker health measures predict subsequent job loss because of business closures. We do find evidence that layoffs lead to diminished health. Although this finding appears to be robust to confounders, we find that reverse causality tends to bias downward our estimates. Matching estimates, which account for self-reported health conditions prior to the layoff and subjective job loss expectations, suggest even stronger estimates of the effect of layoffs on health as measured from biomarkers, in particular for glycosylated hemoglobin (HbA1c) and C-reactive protein (CRP). Overall, we

estimate that a layoff could increase annual mortality rates by 9.4%, which is consistent with other evidence of the effect of mass layoffs on mortality.

Otterbach, S. et Sousa-Posa, A. (2014). Job insecurity, employability, and health: An analysis for Germany across generations. FZID Discussion Paper; No. 88-2014. Stuttgart University of Hohenheim.

In this paper, we use 12 waves of the German Socio-Economic Panel to examine the relationship between job insecurity, employability and health-related well-being. Our results indicate that being unemployed has a strong negative effect on life satisfaction and health. They also, however, highlight the fact that this effect is most prominent among individuals over the age of 40. A second observation is that job insecurity is also associated with lower levels of life satisfaction and health, and this association is quite strong. This negative effect of job insecurity is, in many cases, exacerbated by poor employability.

Pierard, E. et Grootendorst, P. (2014). "Do Downturns Cause Desperation? The Effect of Economic Conditions on Suicide Rates in Canada." Applied Economics **46**(10-12)

There is conflicting evidence concerning the impact of macroeconomic conditions on suicide rates. To help resolve this pertinent question, we present evidence using Canadian data. We estimate feasible generalized least squares models of annual gender-specific suicide rates in the working age population (aged 25-64) using data from each of the 10 Canadian provinces over the period 1982 to 2007. We allow for heteroscedasticity across provinces and first-order autocorrelation common to all provinces. We posit that suicide rates in this population are a function of macroeconomic conditions (current and lagged unemployment rates and real per capita GDP) and other determinants that might be correlated with macro conditions, such as physician supply. We find that different factors affect suicide rates across genders and that some of the results are sensitive to the specification of the model we use and the regressors included. Generally, economic conditions affect men more than women; suicide rates are counter-cyclical and a higher supply of psychiatrists in a province is correlated with lower suicide rates.

Schaller, J. et Huff, S. (2014). Short-run Effects of Job Loss on Health Conditions, Health Insurance, and Health Care Utilization. NBER Working Paper Series ; n° 19884. Cambridge NBER

Job loss in the United States is associated with long-term reductions in income and long-term increases in mortality rates. This paper examines the short- to medium-term changes in health, health care access, and health care utilization after job loss that lead to these long-term effects. Using a sample with more than 9800 individual job losses and longitudinal data on a wide variety of health-related measures and outcomes, we show that job loss results in worse self-reported health, including mental health, but is not associated with statistically significant increases in a variety of specific chronic conditions. Among the full sample of workers, we see reductions in insurance coverage, but little evidence of reductions in health care utilization after job loss. Among the subset of displaced workers for whom the lost job was their primary source of insurance we do see reductions in doctor's visits and prescription drug usage. These results suggest that access to health insurance and care may be an important part of the health effects of job loss for some workers. The pattern of results is also consistent with a significant role for stress in generating long-term health consequences after job loss.

Van Gool, K. et Pearson, M. (2014). Health, Austerity and Economic Crisis. Assessing the short-term in OECD countries. OECD Health Working Paper; 76. Paris OCDE

La crise économique qui a débuté en 2008 a eu d'importantes répercussions pour des millions de personnes, qui ont perdu leur travail ou l'épargne de toute leur vie et se trouvent confrontées à des difficultés financières de longue durée. La crise a également conduit plusieurs pays de l'OCDE à adopter des mesures d'austérité pour réduire leur déficit public. Le secteur de la santé, comme beaucoup d'autres programmes de protection sociale, a ainsi été soumis à d'importantes restrictions budgétaires et a fait l'objet de réformes de grande ampleur. Suite à l'effet conjugué de la crise économique, des mesures d'austérité et des réformes, les systèmes de santé de nombre de pays de l'OCDE doivent aujourd'hui se réinventer. Ce document passe en revue les retombées de la crise économique sur la santé et les soins de santé. Il fait la synthèse des résultats de diverses publications sur les effets des crises économiques des dernières décennies et décrit les récentes réformes des politiques de santé, en s'intéressant plus particulièrement aux pays les plus touchés. Enfin, il analyse, à partir des Statistiques de l'OCDE sur la santé, les relations empiriques qui existent entre le chômage et l'utilisation, la qualité et l'efficacité des soins de santé. Dans cette optique, il s'interroge sur la question de savoir si les mesures d'austérité ont contribué à atténuer les effets du chômage sur les résultats en matière de santé.

(2013). Impact of the crisis on working conditions in Europe. Dublin Eurofound

The economic and financial crisis is affecting working conditions across EU Member States and Norway in different ways and scope. Yet the pattern is of less work, reduced overall working time, less overtime, rising job insecurity, less choice for workers, wage freezes and wage cuts. There is also greater work intensity, deterioration of work-life balance, increasing stress at work, greater risk of harassment/bullying, less absenteeism, growth in the informal economy and changes to migration patterns. This report ranks countries by changes in working conditions since the crisis began based on country averages for defined indicators: job insecurity, involuntary temporary employment, involuntary part-time working, net migration, work-life balance, work intensity, absenteeism, work accidents and job satisfaction. Average trends can hide composition effects, while the crisis has not had the same effect on all groups of workers (résumé de l'éditeur).

(2013). The psychology of the recession on the workplace. Cheltenham Northampton, MA, Edward Elgar

Bender, K. A., et al. (2013). "The temporary and permanent effects of unemployment on mortality in Europe." International Labour Review **152**(2): 276-286.

Recent research on the relationship between unemployment and mortality is inconsistent. The statistical methodology used in this study decomposes the effect of unemployment on mortality into temporary and permanent effects and estimates the unemployment-mortality relationship, using aggregate data from 11 European countries for the period 1971-2001. Decomposing the effect of unemployment in this way shows that while the temporary effect of an increase in unemployment is to lower mortality, the permanent effect is to increase it. Importantly, the permanent effect is generally much stronger than the temporary effect. These results hold true for nearly all mortality indicators studied.

Chowdhury, A., et al. (2013). "The Great Recession, jobs and social crises: policies matter." International Journal of Social Economics **40**(3): 220-245.

The purpose of the paper is to review the social consequences of the Great Recession of 2008-2009. In particular, it looks at impacts on the world of work – unemployment, informal and vulnerable employment, working poor and youth unemployment, and on public health – hunger and malnutrition, suicides, domestic violence and child abuse. In all fronts, the Great Recession had serious adverse impacts and morphed into a global social crisis. The situation is made worse due to obsessions with fiscal consolidation in the midst of tepid and uncertain recovery. The paper argues that policies matter and advocates for strengthening social protection and continued stimulus in order to ensure robust recovery.

Gerke, O. et Lauridsen, J. (2013). Determinants of early retirement in Denmark. An empirical investigation using SHARE data. Discussion Papers on Business and Economics; No. 4/2013. Odense University of Southern Denmark

This study aimed at determining the factors of early retirement in Denmark by making use of longitudinal panel data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). The outcome variable of interest was the self-assessed employment situation at the time of the interview. The binary outcome retired/not retired was regressed on covariate data from the preceding wave, thereby modeling potential factors contributing to a later decision to retire. There were 651 eligible observations, of which 160 (24.6%) participants took early retirement. The strongest factors encouraging early retirement were unemployment, inadequate support in difficult work situations, the use of drugs the week before the interview (for high cholesterol, high blood pressure and other medical conditions), and the existence of grandchildren, whereas greater reluctance to retire early was found in participants who had a chronic illness or disability, a feeling of sadness or depression during the month before the interview, at least one natural parent still alive, higher expectations of the government raising the retirement age, and better grip strength.

Halliday, T. (2013). Unemployment and Mortality: Evidence from the PSID. Discussion paper; 7157. Bonn IZA

This paper uses the death file from the Panel Study of Income Dynamics to investigate the relationship between county-level unemployment rates and mortality risk. After partialling out important confounding factors including baseline health status as well as state and industry fixed effects, we show that poor local labor market conditions are associated with higher mortality risk for working-aged men. In particular, it shows that a one percentage point increase in the unemployment rate increases their mortality hazard by 6%. There is little to no such relationship for people with weaker labor force attachments such as women or the elderly. Our results contribute to a growing body of work that suggests that poor economic conditions pose health risks and illustrate an important contrast with studies based on aggregate data.

Lindo, J. M. (2013). Aggregation and The Estimated Effects of Local Economic Conditions on Health. NBER Working Paper Series ; n° 19042. Cambridge NBER

This paper considers the relationship between local economic conditions and health with a focus on different approaches to geographic aggregation. After reviewing the tradeoffs associated with more- and less-disaggregated analyses including an investigation of the migratory response to changing economic conditions? It updates earlier state-level analyses

of mortality and infant health and then considers how the estimated effects vary when the analysis is conducted at differing levels of geographic aggregation. This analysis reveals that more-disaggregated analyses severely understate the extent to which downturns are associated with improved health. Further investigation reveals that county economic conditions have an independent effect on mortality but that state and regional economic conditions are stronger predictors. It also leverages county-level data to explore heterogeneity in the link between county economic conditions and health across states, demonstrating that local downturns lead to the greatest improvements in health in low-income states.

Nichols, A., et al. (2013). *Consequences of Long-Term Unemployment*. Washington The Urban Institute: 17.

In this paper, we discuss various channels through which longer unemployment duration might influence outcomes for the unemployed. The discussion of prior research that follows shows that direct evidence for many of these channels is very underdeveloped, somewhat surprisingly. Still, there are plausible channels through which longer unemployment duration might result in worse outcomes, most notably loss of human or social capital. We also discuss evidence for how job loss itself affects various outcomes. Our review shows that most of the literature finds significant negative effects in many areas, starting with lower reemployment wages of those directly affected by job loss, and continuing on to health, family structure, children's well-being, and whole communities. The measured impacts of unemployment can increase with the duration of unemployment. Cumulative loss of income increases as unemployment continues, but expected wages at reemployment also fall, leading to a permanent loss of future income. Many authors have documented long-run losses of wages following an unemployment event in addition to many other long-run impacts on measured well-being

(2012). Mental Health in times of the economic crisis : workshop, Bruxelles : Communauté européenne.

Ce rapport résume les communications et discussions d'un congrès, qui s'est tenu à Bruxelles le 19 juin 2012 sur l'impact de la crise sur la santé mentale des Européens. Il souligne notamment la fragilité mentale des jeunes adultes en situation difficile sur le marché de l'emploi.

Classen, T. J. et Dunn, R. A. (2012). "The Effect of Job Loss and Unemployment Duration on Suicide Risk in the United States: A New Look Using Mass-Layoffs and Unemployment Duration." Health Economics **21**(3)

We examine the link between employment status and suicide risk using a panel of US states from 1996 to 2005 with monthly data on suicides, the duration of unemployment spells and the number of job losses associated with mass-layoff events. The use of aggregate data at the monthly level along with the distribution of unemployment duration allows us to separate the effect of job loss from the effect of unemployment duration, an important distinction for policy purposes, especially for the timing of potential interventions. Our results are consistent with unemployment duration being the dominant force in the relationship between job loss and suicide. Nevertheless, mass-layoffs may be powerful localized events where suicide risk increases shortly afterward. Implications for the design of unemployment insurance are discussed.

Coile, C., et al. (2012). *Recessions, Older Workers, and Longevity: How Long Are Recessions Good For Your Health?* NBER Working Paper Series ; n° 18361. Cambridge NBER

This paper examines the impact of exposure to higher unemployment rates in the pre-retirement years on subsequent mortality. Although past research has found that recessions reduce contemporaneous mortality, these short-term effects may reverse over time, particularly for older workers. If workers experience an economic downturn in their late 50s, they may face several years of reduced employment and earnings before retiring when they reach Social Security eligibility at age 62. They also may experience lost health insurance, and therefore higher financial barriers to health care, through age 65, when Medicare becomes available. All of these experiences could contribute to weaker long-term health outcomes. To examine these hypotheses, we use Vital Statistics mortality data between 1969 and 2008 to generate age-specific cohort survival probabilities at older ages. We then link these survival probabilities to labor market conditions at earlier ages. We also use data from the 1980-2010 March Current Population Surveys and the 1991-2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System surveys to explore potential mechanisms for this health effect. Our results indicate that experiencing a recession in one's late 50s leads to a reduction in longevity. We also find that this exposure leads to several years of reduced employment, health insurance coverage, and health care utilization which may contribute to the lower long-term likelihood of survival.

Houdmont, J., et al. (2012). "Psychosocial factors and economic recession: the Stormont Study." Occupational Medicine **62**(2): 98-104.

Little research has explored changes in workers' psychosocial hazard exposures, work-related stress and stress-related absence associated with the onset of unprecedented severe economic recession. Knowledge of these could inform psychosocial risk management measures appropriate to austere economic times. Aims To examine civil servants' psychosocial hazard exposures, work-related stress and stress-related absence during a period of economic recession, relative to levels prior to the onset of this period. Methods Analyses compared the findings of two surveys of employees of the Northern Ireland Civil Service conducted in 2005 (n=17 124), prior to the onset of recession, and in 2009 (n=9913), during a period of economic recession. Results Psychosocial hazard exposures were significantly worse during the recession than prior to it. These results are considered in relation to UK government exposure targets. Work-related stress and absence ascribed to work-related stress were significantly greater during recession than prior to it. This study demonstrates adverse changes in psychosocial hazard exposures, work-related stress prevalence and stress-related sickness absence associated with the onset of an unprecedented economic recession. Its findings indicate the need for a concerted focus on psychosocial risk management activities during austere economic times as a means by which to promote worker health and minimize sickness absence.

McInerney, M. et Mellor, J. (2012). "Recessions and seniors' health, health behaviors, and healthcare use: Analysis of the Medicare Current Beneficiary Survey." Journal of Health Economics **31**(5): 744-751.

A number of studies report that U.S. state mortality rates, particularly for the elderly, decline during economic downturns. Further, several prior studies use microdata to show that as state unemployment rates rise, physical health improves, unhealthy behaviors decrease, and medical care use declines. We use data on elderly mortality rates and data from the Medicare Current Beneficiary Survey from a time period that encompasses the start of the

Great Recession. We find that elderly mortality is countercyclical during most of the 1994–2008 period. Further, as unemployment rates rise, seniors report worse mental health and are no more likely to engage in healthier behaviors. We find suggestive evidence that inpatient utilization increases perhaps because of an increased physician willingness to accept Medicare patients. Our findings suggest that either elderly individuals respond differently to recessions than do working age adults, or that the relationship between unemployment and health has changed.

Asfaw, A., et al. (2011). "The business cycle and the incidence of workplace injuries: Evidence from the U.S.A." Journal of Safety Research **42**(1): 1-8.

The current study explored the association between the business cycle and the incidence of workplace injuries to identify cyclically sensitive industries and the relative contribution of physical capital and labor utilization within industries. Method: Bureau of Labor Statistics nonfatal injury rates from 1976 through 2007 were examined across five industry sectors with respect to several macroeconomic indicators. Within industries, injury associations with utilization of labor and physical capital over time were tested using time series regression methods. Results: Pro-cyclical associations between business cycle indicators and injury incidence were observed in mining, construction, and manufacturing but not in agriculture or trade. Physical capital utilization was the highest potential contributor to injuries in mining while labor utilization was the highest potential contributor in construction. In manufacturing each effect had a similar association with injuries. Conclusion: The incidence of workplace injury is associated with the business cycle. However, the degree of association and the mechanisms through which the business cycle affects the incidence of workplace injuries was not the same across industries. Impact on Industry: The results suggest that firms in the construction, manufacturing, and mining industries should take additional precautionary safety measures during cyclical upturns. Potential differences among industries in the mechanisms through which the business cycle affects injury incidence suggest different protective strategies for those industries. For example, in construction, additional efforts might be undertaken to ensure workers are adequately trained and not excessively fatigued, while safety procedures continue to be followed even during boom times.

Scandella, F. (2011). "Restructurations : la santé des travailleurs en crise. Dossier spécial." Hesamag : Bulletin D'information Du Département Santé Sécurité E.T.U.I.: 12-34, phot.

Les entreprises n'ont pas attendu 2008 et le déclenchement de la crise financière, puis économique, pour se lancer dans des restructurations. Il est cependant indéniable que leur nombre et leur intensité ont augmenté ces dernières années dans la plupart des pays européens, en raison des difficultés économiques réelles ou parce que la conjoncture offrait un prétexte idéal pour procéder à des licenciements. Sans être exhaustif, ce dossier aborde les conséquences sur la santé des travailleurs principalement à travers trois exemples : dans les hôpitaux publics français, dans une usine allemande d'un géant industriel et dans une PME (petite et moyenne entreprise) belge du secteur du verre.

Bratsberg, B., et al. (2010). Disability in the Welfare State: An Unemployment Problem in Disguise? IZA Discussion Paper ; 4897. Bonn IZA

Economies with low unemployment often have high disability rates. In Norway, the permanent disability insurance rolls outnumber registered unemployment by four to one. Based on administrative register data matched with firms' financial statements and closure data collected from bankruptcy proceedings, we show that a large fraction of Norwegian

disability insurance claims can be directly attributed to job displacement and other adverse shocks to employment opportunities. For men, we estimate that job loss more than doubles the risk of entry to permanent disability and that displacements account for fully 28 percent of all new disability insurance claims. We conclude that unemployment and disability insurance are close substitutes.

Drakopoulos, S. A. (2010). Economic Policies, Socioeconomic Factors and Overall Health: A Short Review. EERI Research Paper Series ; 13/2010. Bruxelles EERI

Many researchers have found that socioeconomic factors play a crucial role in determining physiological and psychological health levels of the population. This implies that socioeconomic inequalities tend to produce health inequalities. It is also generally accepted that the level of unemployment, income inequality and poverty levels are largely affected by economic policies and the economic cycles. They can also influence economic growth, human capital levels and thus productivity which play an important role on health inequalities. Economic policies can also influence the occurrence, frequency, duration and the strength of economic cycles which in turn influence socioeconomic factors and therefore health inequalities. Thus, this short review will discuss the conduct and the effects of economic policy on health inequalities especially during recessionary periods. The paper starts with a discussion of the need and of the instruments of economic policy and also its effectiveness in smoothing the economic cycle. It also examines the interplay between main policy targets such as unemployment and inflation with political considerations. Finally, it concentrates on the effects of economic policies for health inequalities in view of economic recessions.

Ilias, L. et Alexandos, Z. (2010). Sickness Absence: a Pan-European Study. MPRA Paper ; 22627. Munich Munich Personal RepEc Archive

This study, using the European Union Labour Force Survey, examines the determinants of sickness absence in 26 EU countries. The analysis highlights the importance of demographic and workplace characteristics and of institutional and societal conditions. Female workers aged 26-35 exhibit higher absenteeism, possibly reflecting the level of high household labour pressure. Increased job insecurity, captured by temporary contracts, and labour market uncertainty, reflected in higher unemployment rates, have a negative effect on absenteeism. Finally, individual sickness absence is lower in countries with higher proportion of dependent/out of the labour market individuals, probably because of the increasing pressure labour active people may experience.

Bambra, C. et Eikemo, T. A. (2009). "Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries." Journal of Epidemiology and Community Health **63**(2): 92-98.

Kuhn, A., et al. (2009). The public health costs of job loss. Working Paper ; n° 424. Zurich Institute for Empirical Research in Economics

We study the short-run effect of involuntary job loss on comprehensive measures of public health costs. We focus on job loss induced by plant closure, thereby addressing the reverse causality problem of deteriorating health leading to job loss as job displacements due to plant closure are unlikely caused by workers' health status, but potentially have important effects on individual workers' health and associated public health costs. Our empirical analysis is based on a rich data set from Austria providing comprehensive information on

various types of health care costs and day-by-day work history at the individual level. Our central findings are: (i) overall expenditures on medical treatments (hospitalizations, drug prescriptions, doctor visits) are not strongly acted by job displacement; (ii) job loss increases expenditures for antidepressants and related drugs, as well as for hospitalizations due to mental health problems for men (but not for women); and (iii) sickness benefits strongly increase due to job loss.

Moynihan, R. (2009). Health policy in times of crisis: challenge and opportunity. Gütersloh Bertelsmann Stiftung: 11 ,

The impact of the crisis on the health of people and populations is hard to predict, likely to be mixed, and in some cases counter-intuitive. There's evidence that the jobless are at higher risk of early death, but there are ambiguous signals from studies of previous economic crises. A review of the evidence on health impacts from three major financial downturns of the past highlights the uncertainty in predicting the health consequences of the current crisis. Surprisingly, death rates actually fell in American cities during the Great Depression in the 1930s, at a time of alcohol prohibition, yet they rose dramatically in heavy-drinking post-Soviet Russia in the early 1990s, particularly in places that implemented privatization most rapidly, or had high labor turnover. The east-Asian financial crisis of the late 1990s was associated with short-term increases in death rates in Thailand and Indonesia, but no change in Malaysia which unlike its neighbors ignored advice from the global financial community to reduce spending on social protection. Today, post-crisis, governments are being urged to strengthen social protection, with cost-effective investments in health infrastructure that can produce both health and wealth.

Salma, M. (2008). Job loss does not cause ill health. HEDG Working Paper; 08/016. York HEDG

I use longitudinal data from the Health and Retirement Study to estimate the effect of job loss on health for near elderly employees. Job loss is a major cause of economic insecurity for working age individuals, and can cause reduction in income, and loss of health insurance. To control for possible reverse causality, this study focuses on people who were laid off for an exogenous reason - the closure of their previous employers' business. I find that the unemployed are in worse health than employees, and that health reasons are a common cause of job termination. In contrast, I find no causal effect of exogenous job loss on various measures of health. This suggests that the inferior health of the unemployed compared to the employed could be explained by reverse causality. I also use instrumental variable regression to estimate the effect of loss of health insurance, loss of income, and re-employment on health, and again find no statistically significant effects.

Steenland, K. et Pinkerton, L. E. (2008). "Mortality Patterns following Downsizing at Pan American World Airways." American Journal of Epidemiology **67**(1): 1-6.

There are only a small number of studies on the health effects of involuntary unemployment (e.g., downsizing), and results are contradictory. The authors studied the mortality through 2002 of 13,370 Pan American World Airways employees who were born before 1940 and whose records were available after the company's bankruptcy in 1991. The cohort was divided into those who left work voluntarily (55%), involuntarily (39%), and because of illness (6%). The mean year of first employment was 1963, the mean year of last employment was 1987, and the mean age at leaving the company was 55 years. Of those who left involuntarily, 56% left at the time of bankruptcy in December 1991 or later. Twenty-two percent of the cohort died during follow-up, which began at the time of leaving the

company. Standardized mortality ratios relative to the US population for all causes for those who left voluntarily, involuntarily, and because of illness were 0.72 (95% confidence interval (CI): 0.69, 0.76), 0.69 (95% CI: 0.65, 0.74), and 2.40 (95% CI: 2.22, 2.60), respectively. Ischemic heart disease mortality showed a similar pattern. Internal analyses comparing involuntary to voluntary leavers after adjusting for age, race, sex, calendar time, and education yielded all-cause and ischemic heart disease rate ratios of 0.96 (95% CI: 0.87, 1.07) and 1.11 (95% CI: 0.93, 1.35), respectively. Subanalyses of those who left involuntarily at age \geq 60 years, or those who left involuntarily at the time of bankruptcy, did not indicate any excess mortality (all-cause standardized mortality ratios \approx 0.69 and 0.64, respectively). These data do not indicate that mortality among those who left involuntarily was higher than for those who left voluntarily. Both groups showed a strong healthy worker effect.

Bui, V. et Stolpe, M. (2007). The impact of new drug launches on the loss of labor from disease and injury: evidence from German panel data. Kiel Working Paper ; n° 1317. Kiel Institute for the World Economy

This paper studies the evolution of early retirement due to disease and injury in the German labor force between 1988 and 2004. Using data from the German Federation of Public Pension Providers, the IMS Health Drug Launches database and the WHO Mortality Database, we show that new drug launches have substantially helped to reduce the loss of labor at the disease-level over time. We employ a variety of econometric methods to exploit the pseudo-panel structure of our dataset and find that in Western Germany alone each new chemical entity has on average saved around 200 working years in every year of the observation period. Controlling for individual determinants of health-related retirement, such as worker's age, sex and type of work, we also find evidence that the 2001 reform of pension laws has led to further reductions in the loss of labor from disease and injury.

Kuhn, A., et al. (2007). The public health costs of unemployment. Lausanne Université de Lausanne

This paper studies how unemployment affects public health costs. We use plant closure as an instrument for unemployment because bankruptcy is unlikely to be caused by deteriorating health but has a strong impact on workers subsequent employment. The empirical analysis is based on an extremely rich data set with comprehensive information on various types of health care costs and day-by-day work history of individual workers. Our central findings are (i) expenditures on medical treatments are not strongly affected by joblessness, (ii) lack of employment reduces mental health for men but not for women, and (iii) sickness benefit payments strongly increase due to job loss. Our results also show that OLS estimates strongly overestimate the causal effect of unemployment on public health costs.

Dragano, N., et al. (2005). "Organisational downsizing and work stress: testing synergistic health effects in employed men and women." Journal of Epidemiology and Community Health **59**(8): 694-699.

Study objective: To systematically study the separate and combined effects of organisational downsizing and work related stress on a measure of health in "survivors of layoffs". Design: Using Rothman's approach, separate and combined effects of the two exposures in estimating the risk of poor self-rated health (work related symptoms) are analysed in a large sample of male and female employees. Setting: 0.1% cross sectional sample of the German working population. Participants: 12 240 men and 10 319 women, aged 16 to 59 years, surveyed in 1998–1999. Main results: Compared with the reference group, the group of participants who were simultaneously exposed to downsizing and work related stress (effort-

reward imbalance) exhibited odds ratios (OR) of three or more work related symptoms that were by far higher (OR 4.41 in men and OR 5.37 in women) than those associated with single exposures. Altogether 21% (men) and 31% (women) of the effect size of the combined exposure was attributable to synergistic interaction. Conclusion: Although reduced health associated with organisational downsizing is partly attributable to an increase in work related stress these findings show an additional synergy effect produced by the combined exposure to both conditions.

Ruhm, C. J. (2004). Macroeconomic conditions, health and mortality. NBER Working Paper Series ; n° 11007. Cambridge NBER

Although health is conventionally believed to deteriorate during macroeconomic downturns, the empirical evidence supporting this view is quite weak and comes from studies containing methodological shortcomings that are difficult to remedy. Recent research that better controls for many sources of omitted variables bias instead suggests that mortality decreases and physical health improves when the economy temporarily weakens. This partially reflects reductions in external sources of death, such as traffic fatalities and other accidents, but changes in lifestyles and health behaviors are also likely to play a role. This paper summarizes our current understanding of how health is affected by macroeconomic fluctuations and describes potential mechanisms for the effects.

Bose, L. et Bohle, P. (2002). "Health and social effects of downsizing : a review." Economic and Labour Relations Review **13**(2): 270-287.

Ferrie, J. E., et al. (2002). "Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants : the Whitehall II study." Journal of Epidemiology and Community Health **56**: 450-454, 452

Bohle, P., et al. (2001). "The health and safety effects of job insecurity: an evaluation of the evidence." Economic and Labour Relations Review **12**(1): 32-60.

Since the 1930s, research has indicated that unemployment has serious effects on physical and psychological well-being. Recent evidence confirms these findings and provides greater insight into the processes by which unemployment influences health. It is less widely recognised that job insecurity can also adversely affect the health and well-being of workers. This paper reviews the rapidly growing body of research on the health impact of job insecurity and organisational practices that produce insecurity, such as downsizing and restructuring. Our review identified sixty-eight studies, using a variety of methods and measures, published internationally since 1966. Eighty-eight per cent of these studies indicated that job insecurity was associated with diminished worker health and well-being. Implications of this finding for labour market and industrial relations policies, as well as occupational health and safety, are discussed.

Ruhm, C. J. (2000). "Are recessions good for health?" Quarterly Journal of Economics (the) **115**(2): 617-650.

This study examines the relationship between economic conditions and health. Fixed-effect models are estimated using state level data for the 1972-1991 time period. Health is proxied by total and age- specific mortality rates, as well as by 10 particular causes of death. Total mortality and nine of the ten sources of fatalities exhibit a procyclical variation, with suicides

representing the important exception. The fluctuations in mortality are larger for 20-44 year olds than for older individuals. The predicted relationship between personal incomes and health is quite weak and is sensitive to the choice of model specifications, time periods and dependent variables. These findings suggest the possible importance of cyclical variations in the time costs of medical care or healthy lifestyles and of negative health effects of job-holding.

Brenner, M. H. (1987). Economic change, alcohol consumption and heart disease mortality in nine industrialized countries. *Soc Sci Med.* **25**(2):119-32.

This paper examines the question of whether economic changes--including economic growth, unemployment and business failures--and alcohol consumption by beverage type are independently related to heart disease mortality. Controls for cigarette and animal fat consumption are also employed in a multivariate time series analysis. Data for nine countries in the post World War II era are investigated: Australia, Canada, England and Wales, Denmark, Federal Republic of Germany, Finland, France, Sweden and the United States. In all nine countries unemployment and business failures are positively related to heart disease mortality, and in eight countries the trend of economic growth shows an inverse relationship. The relation of alcohol consumption to heart disease mortality depends on beverage type. When spirits or wine consumption shows a significant relation, occasionally requiring controls for other beverages, it is positive. On the other hand, beer consumption shows an inverse relation to heart disease mortality in all countries. The statistical significance of that relationship also occasionally must be based on controls for other beverages.

Brenner, M.H. (1979). Mortality and the national economy. A review, and the experience of England and Wales, 1936--76. *Lancet*;2(8142):568-73

Brenner, M. H. (1971). Economic changes and heart disease mortality. *American Journal of Public Health*, **61**(3), 606--611.

Pour poursuivre la recherche

Sur le site de l'irdes

- ▶ Publications des chercheurs sur la thématique santé/travail :
<http://www.irdes.fr/recherche/thematiques/sante-et-travail.html>
- ▶ Synthèse thématique La prise en charge des accidents du travail et l'organisation de la médecine du travail en France (cf ressources électroniques).
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-prise-en-charge-des-accidents-du-travail-et-l-organisation-de-la-medecine-du-travail-en-france.pdf>
- ▶ Bibliographie thématique : l'insécurité au travail et son impact sur la santé
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-insecurite-au-travail-et-son-impact-sur-la-sante.pdf>