

Chapitre 7

SYNTHÈSE ET PROPOSITIONS

Les sources statistiques en population générale sur les conditions du travail et l'emploi couvrent, somme toute, les principales questions soulevées jusqu'à présent par la recherche. Leur puissance statistique pourrait être améliorée pour donner des résultats plus fins par secteur et profession. Leur principale limite est de ne pas aborder la question des dynamiques et itinéraires de vie.

Les premières enquêtes longitudinales sont récentes et leurs échantillons sont de taille moyenne ou petite, ou limités à des populations particulières. Leurs apports sur les liens entre itinéraire professionnel et évolution de la santé sont encore insuffisamment exploités ou diffusés.

Les sources axées prioritairement sur l'état de santé sont plus disséminées et peu d'entre elles développent des aspects du contenu du travail et de la qualité de l'emploi.

Les mesures susceptibles d'améliorer, selon nous, la connaissance dans ces domaines, sont présentées en retenant trois catégories de propositions, suivant les coûts croissants que leur mise en œuvre nécessiterait :

- Dans les sources existantes, sont relevées des questions insuffisamment ou pas du tout exploitées, à partir desquelles des réponses pertinentes pourraient être apportées.
- Dans les sources périodiques ou à renouveler, des thèmes nouveaux sont suggérés sur la base de nouvelles questions en rapport avec nos préoccupations (sous réserve bien sûr de la faisabilité de ces ajouts, et de leur intérêt pour les organismes responsables de ces enquêtes).
- Hors tout dispositif existant, et en complément, sont présentés les contours d'une opération nouvelle qui viserait à relier entre elles les questions que pose le bilan des effets du travail et de l'emploi sur la construction de la santé.

Ces propositions visent à répondre aux besoins d'informations et de données quantitatives de ceux qui conçoivent, mettent en œuvre, le cadre et les moyens du travail où qu'ils soient, et plus encore les responsables des décisions ou négociations en matière de prévention. Chaque proposition demanderait cependant à être appréciée, discutée, et étayée, en prenant l'avis conjoint de ces demandeurs (ou demandeurs potentiels) et des responsables d'enquêtes.

Deux idées maîtresses, inspirées par les nombreuses analyses réalisées autour de ces sources, ont guidé ces préconisations :

(a) Mieux comprendre les interactions entre la santé et l'itinéraire professionnel implique de saisir dans sa totalité l'environnement du travail, en rompant avec la tendance qui a prévalu longtemps de dissocier les conditions d'emploi des conditions de travail. Elles sont tout autant facteurs de construction ou destruction de la santé.

(b) Le fait de considérer la santé de l'individu comme la résultante, globale et précaire, d'une dynamique de vie dans son environnement, a une conséquence logique sur les méthodes d'enquête : le souci de n'exclure aucune des synergies, objectives et subjectives, à l'œuvre entre les différentes composantes de l'itinéraire personnel.

(a) Les systèmes d'information analysant le marché du travail et le parcours professionnel ont connu un développement parallèle à ceux qui analysent les conditions de travail. La dynamique du parcours professionnel et de ses étapes successives se réfère implicitement aux politiques de l'emploi et de la formation, situant l'individu dans le cadre du marché de l'emploi et des institutions habilitées à répondre à ses besoins « objectifs ». Peu de questions portent sur l'appréciation « subjective » des expériences et acquis professionnels et des difficultés rencontrées dans le parcours au regard des formations et aptitudes personnelles. Ce constat, fait depuis quelques années, est à l'origine de

quelques inflexions. L'enquête « formation et qualification professionnelle » [58] en est un exemple, avec l'introduction en 2003 d'une série de questions sur le rythme de travail.

De son côté, l'enquête décennale sur la santé [2] développe en 2003 une vingtaine de questions sur les conditions de travail et d'emploi passées et actuelles. L'orientation dessinée est bien d'élargir le thème « santé et travail » à l'appréhension de l'itinéraire professionnel, au sens de l'histoire des individus, et d'englober les questionnements sur le contenant du travail - les formes d'emploi et de non emploi, les sélections, les exclusions - avec ceux sur le contenu, le travail réel, le travail observé, le travail parlé, les espaces de vie dans le travail. Ce point de vue rejoint d'ailleurs celui travaillé depuis quelques années et formulé sous le concept de « qualité de l'emploi » dans différentes instances, notamment européennes.

(b) Des changements organisationnels majeurs ont bouleversé les centres industrialisés, en lien notamment avec l'informatisation, déplaçant des frontières et transformant les liens entre les entreprises. La tertiarisation des activités s'est amplifiée. À la flexibilité et à la précarisation ont été associées de nouvelles exigences dans le travail. Les compétences collectives et individuelles ont été redéfinies, donnant une place nouvelle autant à la performance individuelle et à l'autonomie qu'à la coopération et la communication. Dans ce mouvement, la subjectivité est davantage sollicitée, ouvrant la porte aux excès d'un rapport inégal dans la relation de travail. L'ensemble de ces évolutions sociales induit des traces et des effets en chaîne sur l'état sanitaire, dont les outils statistiques ont à rendre compte.

Les questions sur l'auto-appréciation de la santé et les différentes composantes de la vie professionnelle et sociale sont à développer dans un contexte d'enquêtes cadrées et testées sur leurs thèmes fondamentaux. Cette prise en compte de la subjectivité dans le travail permet de tracer la place qui revient à l'individu, quels que soient le niveau de qualification et les contradictions vécues entre les exigences et les compétences ou responsabilités sollicitées. Chaque fois que l'un ou l'autre des champs « travail-emploi » ou « santé » est traité, le questionnement à visée quantitative peut intégrer le second aussi, au moins sur les points estimés primordiaux :

- auto-appréciation sur le travail et l'itinéraire professionnel et les obstacles rencontrés, lors d'un questionnement sur la santé ;
- auto-évaluation de la santé ou des tests sur l'état dépressif, lors d'un questionnement sur le travail et l'emploi.

Les conditions de vie familiale et sociale sont à intégrer de la même façon. Cette question a été plus souvent réglée dans le domaine de la santé. Un effort devrait être fait dans le champ du travail et de l'emploi, où la considération de la vie hors travail a du mal à prendre sa place. Cette complémentarité permettrait d'élargir la connaissance statistique sur le sens des interactions.

I. LES PROPOSITIONS D'EXPLOITATION ET DE VALORISATION DE SOURCES EXISTANTES

De façon générale, les investigations que nous avons menées pour préparer ce rapport révèlent d'abord un contraste entre la richesse des sources existantes et l'audience relativement limitée des résultats (ou au moins d'une partie d'entre eux), ou l'exploitation incomplète de ceux-ci. Plusieurs outils statistiques sont insuffisamment connus (ou leurs potentialités sous-estimées) des acteurs susceptibles d'en tirer parti. La mise à disposition, pour ces acteurs, d'un ensemble plus vaste et plus accessible de résultats (ce qui, dans certains cas, supposerait de moins contingenter les moyens en temps consacrés aux traitements statistiques), paraît indispensable. Les moyens de cette mise à disposition - rencontres régulières de valorisation des enquêtes, publication spécialisée (même légère), site internet - restent à discuter.

On peut cependant préciser dès à présent quelques points sur lesquels des traitements spécifiques mériteraient à notre sens d'être réalisés et/ou mieux valorisés. Les suggestions sont énoncées en reprenant l'ordre des thèmes des chapitres 3 à 5 et numérotées avec la lettre P.

P1. Développer les sources de connaissance sur la morbidité par secteur, profession, type de travail ou d'emploi

Le tableau de la morbidité par profession, secteur, type de CT, collecté par l'enquête « santé » en 2003 [2] et par l'ESPS [43], est à réaliser, pour orienter des études sectorielles plus détaillées.

P2. Sur l'absentéisme, des résultats attendus

- P2.1. La dernière enquête Sumer [65] a posé pour la première fois la question du nombre d'arrêts pour maladie, hors accidents du travail ou maternité, les douze derniers mois, et du nombre de jours total de ces arrêts. La même question, sur le nombre de jours d'arrêt, est posée en lien avec des accidents du travail survenus pendant les douze derniers mois.
- P2.2. Par ailleurs, l'enquête annuelle de l'Insee, EPCV, en mai, dans sa partie fixe [41], comporte une question sur les « congés-maladie » des douze derniers mois, en distinguant, dans la réponse, les durées de trois mois et plus, un à moins de trois mois, plus d'une semaine à moins d'un mois, une semaine ou moins. Si la petite taille de l'échantillon (moins de 5 000 actifs) limite le croisement aux CSP et grands secteurs, elle pourrait informer sur le sens des évolutions dans ces catégories.

Une analyse spécifique de l'absentéisme, en confrontant ces sources, pourrait donc être menée.

P3. Sur les horaires atypiques

Les données existantes sont abondantes et relativement bien connues. Mais à présent l'existence du dispositif Visat [14], qui fournit notamment des données longitudinales quant aux effets d'horaires atypiques sur la dégradation des capacités cognitives, offre la possibilité d'explorer cette question nouvelle, et peut-être de recouper ces données avec celles de Paquid [45] sur les démences séniles. Dans la perspective du vieillissement de la population au travail et de la poursuite (si elle se confirme) de la progression du travail de nuit dans les entreprises, l'importance de cette question justifie une investigation spécifique.

P4. Sur le bruit

La détermination des différents facteurs agissant sur l'état auditif - l'exposition aux différents types de bruit, l'âge, le sexe, mais également des états pathologiques et des traitements, actuels ou passés - appelle des enquêtes fines et circonstanciées, susceptibles de dissocier ces facteurs, et de distinguer les effets immédiats des effets plus ou moins différés dans le temps. Des données de l'enquête Estev [7] en 1990, et surtout en 1995 et en comparaisons longitudinales, sont encore inexploitées. Celles de l'enquête Visat [14] sont en cours d'exploitation.

D'autres enquêtes, transversales, sont à exploiter sur la déclaration ou le diagnostic d'une surdité, notamment l'enquête « santé » décennale [2], qui donne à la fois l'existence du handicap et l'exposition au « bruit intense » ou encore sur le handicap et sur le bruit subi au travail : HID [26], l'enquête « handicap » complémentaire à l'enquête « emploi » [24], Lorhandicap [29], SVP 50 [12].

P5. Sur les contraintes physiques, trois axes de valorisation

- P5.1. Les indicateurs constitués et testés dans ce domaine par certaines entreprises fournissent des points d'appui pour développer des suivis de TMS au plus près des facteurs du travail qui les génèrent. Une diffusion de ces acquis méthodologiques au sein d'autres entreprises concernées pourrait faciliter des initiatives. Ces surveillances peuvent alimenter aussi des consultations de pathologie professionnelle, dans les centres hospitaliers où des bases de données épidémiologiques sont en train de se développer.
- P5.2. Les résultats d'enquêtes longitudinales en population générale sont à diffuser et renouveler, pour connaître les effets différés, les effets de cumul avec d'autres facteurs, et pour dissocier les effets de génération des effets de l'âge. Elles apportent un point de vue élargi au contexte social, sur les relations entre facteur de risques et maladies, qui complète celui d'études plus pointues sur un milieu restreint.
- P5.3. Des enquêtes rétrospectives auprès d'échantillons représentatifs de la population générale à un âge proche de la retraite, comme SVP 50 [\[12\]](#), permettent de cerner les besoins des populations âgées. Ces résultats sont à soutenir et seraient à prolonger en prévoyant les modalités d'un suivi longitudinal de l'échantillon, y compris dans une période post-professionnelle, pour évaluer les effets différés des contraintes physiques sur la qualité de vie au grand âge.

P6. Les fondements d'une matrice emplois/expositions pour les produits dangereux

L'épidémiologie analytique apporte des informations déterminantes pour orienter les enquêtes statistiques en population générale. La dynamique de veille sanitaire de ces études est une ressource pour la quantification globale des risques attribuables (Goldberg, 2003 ; Dab, 1993). Sur l'ensemble des dangers chimiques, biologiques, par fumée, poussière, etc., l'exploitation de l'enquête Sumer [\[65\]](#) est une ressource utile pour des quantifications globales. Elle l'est également pour les « préventeurs » sur le terrain, notamment par la référence des différents types de cumul de dangers déclarés par les salariés en présence de leur médecin du travail. Ces constats à la date de l'enquête, modélisés sous une forme de type matrice emplois/expositions, servent également aux médecins qui établissent des diagnostics sur la base des déclarations rétrospectives de leurs patients, notamment pour une reconnaissance du caractère professionnel de ces maladies.

P7. Exigences cognitives par secteur, profession et type d'emploi, pour les différents services au public

Dans Sumer [\[65\]](#), le bilan des pénibilités en termes d'exigences cognitives, de tension, de violence, serait à croiser avec les contraintes de rythme, pour les différents types de service au public, y compris l'enseignement. Des recoupements seraient à effectuer, notamment avec l'ECT 1998 [\[56\]](#) et l'enquête décennale « santé » de 2003 [\[2\]](#).

P8. Le soutien social au travail, la coopération, les réseaux d'aide

La coopération dans le travail, les diverses modalités de cette coopération ainsi que le mode de reconnaissance du travail, prêtent à de multiples interprétations dans les questions des enquêtes COI [\[55\]](#), Réponse [\[63\]](#), Dublin [\[1\]](#), Sumer [\[65\]](#), ECT 2004 [\[56\]](#), « travail et mode de vie » [\[50\]](#). L'existence et le contenu de ce qui est appelé le « soutien social », distinct de la notion d'« autonomie » dans le modèle de Karasek et Theorell, peuvent être mis en relation avec la notion de « collectif ou de réseau de travail », ainsi qu'avec la perception d'un bien-être ou de troubles, symptômes ou précurseurs d'un mal-être. Une mise à plat des résultats de ces enquêtes servirait à formuler de nouvelles questions.

P9. La pression temporelle, l'exigence de précision, les tensions au travail en lien avec la santé

Les réponses de l'enquête décennale « santé » [2] pourraient enrichir les résultats des enquêtes Estev [7], Visat [14] et ceux de l'enquête européenne en 2000 [1] dont les évolutions ont été synthétisées par le concept d'« intensification du travail ». Le détail sur l'état de santé global qu'apporte cette enquête [2], tant du point de vue de la perception des enquêtés que de la prise en charge déclarée, constitue un apport. La différence d'interrogation des unes, en présence du médecin du travail, et des autres au domicile, est à tester à travers les résultats.

P10. Sur la mobilité professionnelle et les difficultés rencontrées sur le marché du travail

Des questions existent sur l'acteur (famille, organisme...) qui aide à trouver un emploi, sur le soutien social ou celui de l'entourage immédiat et l'appréciation du précédent emploi, y compris dans des enquêtes à forte orientation « santé », l'enquête décennale « santé » [2], l'enquête spécifique « handicapés » [24] liée à [49], HID [43], l'enquête de la Dares sur les sorties du chômage [64]. Ces questions mériteraient d'être exploitées en tant que déterminants importants des itinéraires professionnels, en lien avec les informations de santé contenues dans les enquêtes.

P11. Perception des discriminations en lien avec le travail

Repérer les motifs d'exclusions ou de discriminations, qui persistent en contravention à la réglementation, touchant les jeunes ou les vieux, ou ici les femmes et là les hommes, ou plus généralement tout individu non conforme, lorsque la norme de référence a une légitimité discutable. L'enquête « histoire de vie » [44] a développé une série de questions sur la perception de différentes discriminations, en détaillant aussi leurs implications dans le parcours individuel. La mise en relation de ces perceptions, entre autres liées au travail, à la santé ou au handicap, avec la situation socioprofessionnelle, le parcours effectué, et l'état de santé saisi dans cette enquête, pourrait aider à situer le poids et les effets de handicaps, ou à l'inverse, de normes.

P12. Données sur la morbidité prise en charge à l'hôpital

- P12.1 Des données du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), par âge, sexe, région ou département, sont une source d'identification d'actes chirurgicaux ou de diagnostics en séjours hospitaliers, qui pourrait servir à surveiller l'incidence de certaines maladies par âge, sexe et unité géographique. Indépendamment d'autres critères, notamment en l'absence de tout élément sur l'activité professionnelle, un regard sur ces données serait instructif pour susciter ou conforter l'interrogation d'autres sources, notamment celles de consultations de pathologies professionnelles.

2. DES PROPOSITIONS D'ENRICHISSEMENTS, DE COMPLÉMENTS OU DE CRÉATION DE QUESTIONS, À INTÉGRER DANS DES SOURCES EXISTANTES

Un autre apport des contacts et échanges menés pour réaliser ce rapport est le constat d'une « distance » effective entre les auteurs des sources statistiques vouées à chacun des domaines que l'on évoque ici. Les organismes, et les personnes, en charge respectivement d'enquêtes portant sur l'emploi, le travail, la santé, le handicap, les conditions de vie... n'ont guère l'occasion de confronter leurs préoccupations et leurs options méthodologiques. Un résultat de cette disjonction est que l'idée d'introduire, dans une enquête portant sur tel domaine, quelques questions relevant plutôt de tel autre, ne surgit pas aisément. Les aménagements à envisager dans tel ou tel support

pourraient, entre autres, être examinés dans des espaces de concertation entre ces auteurs, si ces espaces existaient.

Nous formulerons cependant quelques premières suggestions sur ces aménagements. Comme précédemment, ces suggestions sont énoncées en reprenant l'ordre des thèmes des chapitres 3 à 5, et numérotées dans la suite des précédentes.

- P12.2. Des compléments aux données sur la morbidité hospitalière. Une enquête sur un échantillon à construire, dans le respect des règles de confidentialité sur les personnes, à partir des données produites en amont du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information), pourrait être envisagée pour compléter les données médicales déjà acquises dans les résumés de sortie standardisés (RSS), par celles d'une enquête sur les caractéristiques socioprofessionnelles et la situation d'activité des patients. Le gain en serait élevé du point de vue de la surveillance épidémiologique.

P13. L'ensemble des accidents du travail et les maladies professionnelles déclarés

Les statistiques sur les accidents ne sont ni exhaustives ni analytiques sur l'ensemble des facteurs matériels et humains. Connaître la totalité des accidents du travail, dont ceux suivis d'incapacités du travail, serait un premier pas vers une vue d'ensemble.

- P13.1. L'analyse des accidents mortels au cas par cas par des inspecteurs du travail, ou l'observation détaillée de leurs causes, comme le fait l'INRS, ne sont pas construites pour en donner une vue d'ensemble. L'objectif serait de repérer l'ensemble des accidentés quel que soit le secteur, dépassant là le morcellement des régimes d'assurance salariés, non salariés, agricoles, publics, privés. Une analyse par secteur d'activité, décrivant le milieu de travail et l'emploi selon les thèmes des ECT [56], permettrait de repérer finement les activités et conditions de travail les plus touchées et de les situer au regard de ce que l'on connaît par les enquêtes couvrant la totalité des salariés et non salariés.

- P13.2. Les statistiques de maladies professionnelles déclarées au regard de celles reconnues, dont les données existent dans les Cram-TS et dans les autres régimes mais ne sont pas publiées, seraient un indicateur utile pour la prévention et l'évolution des déclarations.

P14. L'absentéisme

Une classification anonyme réalisée par les caisses d'assurance-maladie, par grandes tranches de durée, grandes tranches d'âge, sexe et secteur d'activité ou/et profession, constituerait un indicateur d'alerte fort utile. Des résultats ont été publiés dans des notes de conjoncture¹ de la Cnam-TS en juillet 2002 et en mars 2003 sur les arrêts liés aux accidents du travail et maladies professionnelles, montrant une progression notamment chez les salariés les plus âgés. Ces résultats seraient intéressants à suivre pour l'ensemble des autres motifs, notamment pour le motif de « maladie ».

P15. Les leçons des systèmes d'information localisés comme outil pour la prévention

D'expériences d'enquêtes localisées dans l'automobile [19], dans un service public [23], il serait plausible de tirer des préconisations pour des outils statistiques : diffuser des méthodes de collecte à adapter, créer des suivis anonymes de conditions de travail et de perception de la santé par secteur, profession, type de travail ou d'emploi. L'Anact (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) pourrait être sollicitée sur cet objectif.

¹ Sur le site <http://www.ameli.fr/157/DOC/617/enquete.html>

P16. Le travail avec des horaires et durées de travail atypiques

Des enquêtes sectorisées, comme celle entreprise dans les établissements de soins [66], dans les douanes, seraient à réaliser dans des services au public, comme la police, les pompiers, la Poste, la restauration collective ou dans des secteurs productifs soumis à des contraintes saisonnières comme l'agriculture, les services touristiques.

P17. L'étude de facteurs de risque dans la durée

Pour rendre compte des effets différés, le questionnement rétrospectif en population générale a une précision de résultats limitée. Seul un suivi longitudinal permettrait d'observer les cumuls et leurs effets en suivant des parcours hachés. Dans ce sens, il serait utile de :

- P16.1. Prolonger le suivi de la cohorte d'Estev [7] là où un suivi le rend possible.
- P16.2. Créer un questionnaire rétrospectif sur l'itinéraire professionnel et les principales nuisances subies dans l'ESPS [43] pour le sous-échantillon de salariés qui ont déjà été interrogés au plus quatre fois de suite, à deux ou quatre ans d'intervalle, du même type que celui de l'enquête en cours auprès des 50 ans et plus [12].

P18. Les liens entre comportements à risque et insertion professionnelle

Il serait intéressant de mettre à jour les liens entre un comportement jugé « à risque », dans et hors la situation de travail, et la qualité de l'insertion professionnelle. Pour cela, on pourrait songer à :

- P18.1. Aménager dans les enquêtes « baromètre santé » [34] et Escapad [42] chez les jeunes, un questionnaire rétrospectif sur les motifs de satisfaction/insatisfaction au travail au regard du contenu du travail, en s'inspirant des questions comme celles de l'enquête « travail et mode de vie » [50], sur le choix du métier et les marges de manœuvre dans son exercice et son environnement social.
- P18.2. Aménager dans les enquêtes longitudinales un questionnaire sur la vie hors travail et les recherches de compensation au regard des insatisfactions, des frustrations de la vie de travail : activités ludiques ou sportives avec des prises de risques.

P19. L'entrée des jeunes dans la vie active

Les différenciations selon les parcours de formation initiale ne sont pas mises en lien avec la santé et des variables sur la situation familiale autres que les CSP des parents. Une interrogation des jeunes sur leur santé et leur parcours de vie familiale par une approche subjective est à tenter, sachant qu'elle a été amorcée dans des enquêtes sur la précarité [25], [32], [33] ou auprès de jeunes [42].

P20. Repérer la part des mobilités professionnelles voulues ou imposées

- P20.1. De quelle latitude dispose l'individu pour tirer parti de ses acquis professionnels et faire valoir ses choix, ses attraits, au regard des propositions de formation ? Un suivi longitudinal d'une population de chômeurs et de personnes en recherche de mobilité, mieux qu'un questionnaire rétrospectif de salariés, pourrait répondre à cette question.
- P20.2. Dans la population des chômeurs et des personnes déclarant subir un risque de licenciement (dans l'enquête « emploi » [49], une éventualité prévue pour ceux déclarant chercher un emploi alors qu'ils sont occupés), un questionnaire pourrait être construit :

- sur les circonstances de la mise au chômage ou du risque subi : licenciement individuel, démission par choix délibéré, licenciement collectif, restructuration d'entreprises, travail saisonnier, contrat précaire, etc. ;
- sur le contenu du dernier travail exercé, des conditions d'emploi ;
- sur les caractéristiques de l'emploi et du travail souhaitées différentes des précédents.

P21. Les processus de désinsertion

Une contribution à l'étude de ces processus pourrait être d'analyser les motifs de l'inaptitude prononcée par le médecin du travail. Un formulaire anonyme serait établi par le médecin du travail au moment où il prononce une inaptitude, dans lequel il expliciterait les raisons de cet acte, au regard du poste de travail et du parcours du salarié.

P22. L'interaction entre les sphères du travail et du hors-travail, à travers la parentalité et ses effets sur la santé

Les tensions entre les exigences du travail et celles de responsabilités parentales, surtout dans une période de chômage élevé, et les désengagements qui peuvent en résulter dans l'une ou l'autre sphère, en distinguant hommes et femmes, ont été peu questionnées du point de vue des effets sur l'itinéraire et la santé au sens large.

Un tel questionnement pourrait avoir sa place dans l'enquête « emploi du temps », par exemple. Des questions sur ce thème seraient aussi à introduire dans la prochaine enquête « santé » et/ou faire l'objet d'une enquête complémentaire à l'enquête « emploi ».

3. UN NOUVEL OUTIL STATISTIQUE

Les remarques que nous avons formulées à propos de telle ou telle source, et la tonalité générale des propos que nous ont tenus nos interlocuteurs en charge, à un titre ou à un autre, d'une politique de prévention, confirment l'intérêt d'un outil d'analyse différent de ceux qui existent, quels que soient leurs apports actuels, et quelles que soient les améliorations qui pourraient leur être apportées.

S'il est admis que le monde du travail connaît, et connaîtra sans doute davantage, des itinéraires individuels mouvants, où les changements de travail, d'implantation géographique, d'employeur, de statut, deviendraient plus fréquents encore qu'aujourd'hui, il est légitime de concevoir un instrument capable de repérer les effets sur la santé (sa préservation ou sa construction) non seulement de chaque situation de travail, mais des changements de situation, voire des enchaînements de plusieurs changements successifs, y compris en comparaison avec des itinéraires plus stables, et de situer les enjeux de santé que des dispositifs existants, ou à créer, peuvent affiner dans des populations particulières.

Les analyses de mortalité différentielle en lien avec la mobilité professionnelle confirment l'intérêt de cette démarche, mais en restent évidemment à une approche très globale de la santé (espérance de vie) et du travail (catégorie sociale et modification de celle-ci).

Estev et Visat fournissent des éléments longitudinaux sur le travail et la santé (questionnaires à deux ou trois dates auprès des mêmes salariés, questions rétrospectives dans l'un et l'autre domaine), mais s'en tiennent à des années de naissance pré-définies, se centrent sur les caractéristiques du travail (et non de l'emploi), et se limitent - au moins pour leur population initiale - aux salariés suivis en médecine du travail. En outre, Estev [7] s'est achevée en 1995, et Visat [14] (dont l'échantillon est plus petit) s'arrêtera en 2006. De son côté, la cohorte Gazel [16] est, par construction, limitée aux salariés d'une grande entreprise.

Il nous semble donc pertinent de mettre en discussion les options suivantes pour un nouvel outil à envisager :

- *Type d'enquête* : par interrogation directe d'individus, à leur domicile (avec la question, à trancher, des personnes résidant en institution) ; la question d'un complément plus précis en matière d'état de santé, avec la participation de médecins, est à débattre, eu égard aux difficultés éventuelles de mise en place du dispositif, mais en appréciant aussi l'intérêt des informations supplémentaires, et des protocoles relativement stabilisés, dont ces médecins peuvent être porteurs.

- *Taille d'échantillon* : elle dépendrait évidemment des moyens disponibles. Compte tenu de l'objet de l'enquête, on peut songer à une sur-représentation de catégories particulières (personnes sans emploi, formes particulières d'emploi, personnes en début ou en fin de vie active...), mais en tout état de cause une taille d'échantillon de l'ordre de celles qui ont prévalu pour Estev ou les ECT (20 000 personnes) paraît un minimum. En particulier, l'analyse en termes d'itinéraires suppose que toutes les tranches d'âge soient suffisamment représentées. Cependant, il devra être tenu compte des effets de mémoire et de la prédominance des pathologies dues au vieillissement pour fixer une limite supérieure d'âge à l'enquête, par exemple 75 ou 80 ans.

- *Contenu du questionnaire* : d'un certain point de vue il doit s'agir d'une enquête ambitieuse, en termes de domaines différents à couvrir. Citons les formes d'emploi, les caractéristiques du travail (et du « rapport au travail »), de la formation, de la santé, de la vie hors travail (familiale et sociale), avec des éléments rétrospectifs (y compris sur l'enfance). On peut y ajouter des caractéristiques plus générales que le contexte de l'enquête rendrait pertinentes : origine sociale, place dans la fratrie, éléments sur la scolarité, calendrier familial, ascendants à charge... Il s'agit cependant de maîtriser la taille du questionnaire, pour limiter le coût de l'opération et/ou s'assurer un taux élevé de réponses et une bonne qualité de celles-ci. L'exercice le plus délicat serait donc de sélectionner, pour chaque domaine abordé, un petit groupe de questions ; un travail préalable d'analyse des correspondances sur des enquêtes existantes (travail déjà réalisé sur certaines d'entre elles) permettrait de mettre en évidence des questions « caractéristiques » de tel ou tel trait d'un itinéraire. En revanche, cela veut dire que cette enquête n'aurait pas vocation à étudier les déterminants de telle ou telle pathologie, parce qu'elle ne saurait reprendre intégralement des listes de facteurs de risque.

- *Champ de l'enquête* : une originalité essentielle de cet instrument serait d'avoir un champ très vaste, que l'on pourrait d'abord qualifier grossièrement en ces termes, « quiconque a, ou a eu, un parcours de vie dans lequel les questions de travail ou d'emploi sont impliquées ». Ceci inclut évidemment tous les actifs occupés, salariés ou non, à temps complet ou partiel, quel que soit leur secteur ; certainement aussi les chômeurs, mais également les personnes en situation d'exclusion plus marquée, comme les titulaires du RMI (une question à débattre étant de savoir si seuls seraient inclus ceux d'entre eux ayant précédemment travaillé). Beaucoup de situations « semi-professionnelles » chez les jeunes devraient être prises en compte, en particulier les stages, les périodes d'apprentissage, peut-être les périodes antérieures de travail épisodique, dès l'âge de 15 ou 16 ans avec des questions rétrospective, etc. Ceci inclut bien sûr les retraités, ou autres anciens actifs, avec la question de la limite d'âge supérieure évoquée précédemment, pour autant qu'ils soient en situation de répondre, en particulier des handicapés ayant été actifs et qui ont besoin d'une personne pour répondre. Ce descriptif large de la population à étudier semble plaider pour un mode d'échantillonnage du type de celui utilisé pour les enquêtes de l'Insee auprès des ménages, en excluant sans doute les logements collectifs (mais ce point serait à discuter, puisqu'il reviendrait à exclure les personnes en foyer, par exemple, ou encore les malades hospitalisés, ou les personnes incarcérées).

- *Modalités de suivi* : conserver un contact avec une telle quantité d'individus, dans des situations aussi disparates, de façon à les ré-interroger au bout de quelques années, semblerait une gageure technique difficilement réalisable (même si ce point mérite d'être discuté), et susceptible en outre de poser des problèmes éthiques (constitution et maintien d'un fichier individuel comportant à la fois des identifiants précis et des caractéristiques de santé, entre autres). Une formule intéressante

(mais qui ne résoudrait pas la question du secret) pourrait être de « caler » l'échantillon de l'enquête sur l'EDP de l'Insee ; l'idée serait alors de réaliser une seule phase d'enquête proprement dite, suffisamment approfondie grâce notamment à des questions à caractère rétrospectif, puis d'utiliser les vagues successives de mise à jour de l'EDP pour enregistrer quelques renseignements importants sur la situation de chaque enquêté dans les années qui suivent. Une réédition de l'enquête pourrait être envisagée au bout de quelques années. Ce montage pourrait être encore enrichi si l'on pouvait tirer parti des rapprochements en cours, d'une part entre l'EDP et le fichier longitudinal issu des DADS (d'où l'accès à des informations sur l'emploi, la CS, la durée de travail, le salaire, etc., année après année dans la période qui suivrait l'enquête), d'autre part entre l'EDP et les données sur les causes de décès.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BARET C., GADREY J., GALOUJ C., 1998, « Le temps de travail dans la grande distribution alimentaire en France, Allemagne, Grande-Bretagne », *Travail et Emploi*, n° 74.
- BENARROSH Y., 2002, « Les “trappes d'inactivité” : chômage volontaire ou chômage de résistance ? », *Travail et Emploi*, n° 95, Dares.
- BOISARD P., CARTRON D., GOLLAC M., VALEYRE A., 2002, *Temps et travail : la durée de travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin, www.eurofound.ie.
- BOURGET-DEVOUASSOUS J., 1990, « Trois mesures de l'état de santé à partir de l'enquête sur les conditions de vie 1986-87 », in *Agora*, n° 3, février, pp. 27-32.
- BOURGET-DEVOUASSOUS J., VOLKOFF S., 1992, « Bilan de santé des carrières d'ouvriers », *Économie et statistique*, n° 242, avril.
- BRUGERE D., BUTAT C., BARRIT J., COSSET M., VOLKOFF S., 1996, « Horaires de travail : analyse différentielle de leurs effets sur la santé en fonction de l'âge », in *Age, travail, santé*, Derriennic F. et alii., Inserm, pp. 121-133.
- BRUNET F., MINNI C., 2000, « L'activité des 15-29 ans : stabilisation depuis 1995 », *Insee première*, n° 699, février.
- BUCQUET D., CONDON S., 1992, « L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham (ISPN) : version française », in *The European Group for Quality of Life and Health Measurement* (Ed), European Guide to Nottingham Health Profile, Escubase, Montpellier.
- BUE J., 2002, « Temps partiel des femmes : entre « choix » et contraintes », *Premières Synthèses*, n° 08.2., Dares.
- BUE J., ROUGERIE C., 1998, « Contraintes organisationnelles et nouveaux agencements des temps de travail », in *Temps et travail*, actes du XXXIII^e congrès de la Société d'ergonomie de langue française, 16, 17 et 18 septembre [enquête « RTT et MDV »].
- BUE J., ROUGERIE C., 1999, « L'organisation des horaires : un état des lieux en mars 1998 », [Premières Informations et Premières Synthèses](#), n° 30.1, Dares.
- BUISSSET C., HIAULT A., LAURENT P., MIGNIEN L., VOLKOFF S., MONFORT C., 2001, « Santé perçue des employées administratives », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès, pp. 153-165.
- BUNGENER M., PIERRET J., 1993, *Appréhender l'influence du chômage sur l'état de santé*, rapport, mars.
- CAIRE G., 1997, « Normalisation des emplois atypiques », in *Précarisation sociale, travail et santé*, sous la direction de Appay B. et Thebaud-Mony A., pp. 239-252, Iresco-CNRS.
- CAMBOIS E., 1998, « Mesures des inégalités sociales face à la santé », in *Morbidité, mortalité : problèmes de mesures, facteurs d'évolution*, essai de prospective, IDELF, Puf, pp. 422-432.
- CAMBOIS E., 2002, *Carrière et mortalité*, communication au séminaire Ined sur « Travail, âge et santé », novembre.
- CAMBOIS E., DÉSESQUELLES A., RAVAUD J-P., 2003, « Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap », *Population et Sociétés*, n° 386, janvier.
- CASSOU B., DERRIENNIC F., MONFORT C., IWATSUBO Y., AMPHOUX M., 2001, « Évolution de la santé après la retraite et conditions de travail durant la vie active : à propos d'une cohorte de retraités parisiens suivis dix ans », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès, pp. 115-123.

- CEREQ, 2001, *Quand l'école et finie. Premiers pas dans la vie active de la génération 1998*, Siris Meiffren, Marseille, mars.
- CEZARD M., HAMON-CHOLET S., 2000, « Efforts physiques et charge mentale au travail. Résultats des enquêtes conditions de travail 1984, 1991 et 1998 », *Les dossiers de la Dares*, hors série/99.
- CHAPOULIE S., 2000, « Une nouvelle carte de la mobilité professionnelle », *Économie et statistique*, n° 331, Insee.
- CHARDON O., 2002, « De moins en moins d'inactifs entre la fin des études et l'âge de la retraite », *Insee première*, n° 872.
- CHENU A., 1993, « Les ouvriers et leurs carrières : enracinements et mobilités », *Sociétés contemporaines*, n° 14/15, juin/sept., L'Harmattan, pp. 79-89.
- CHENU A., 2003, « Les usages du temps en France », *Futuribles*, n° 285.
- CNAM-TS, 2003, Journée de présentation des statistiques accidents du travail et maladies professionnelles, 4 février.
- CONG HUI QUAN C., 1992, *Évolution des inégalités sociales au passage à la retraite*, Analyse seconde des données de l'enquête Insee 1986-87 sur les conditions de vie, rapport pour la Mire.
- COUR DES COMPTES, 2002, *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles*, rapport au président de la République, suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, février.
- CRU D., 1995, « La parole créatrice d'idées », *Travail et Sécurité*, n° 532, pp. 57-63.
- CRU D., 1995, *Règles de travail, langue de métier : dimension symbolique au travail et démarche participative de prévention*, mémoire EPHE, Paris.
- CRU D., 1997, *Clamer la peur pour calmer l'angoisse*, communication au colloque international de psychodynamique et de psychopathologie du travail, Laboratoire de psychologie du travail, Cnam, Paris.
- CURIE J., 2000, « Travail, personnalisation, changements sociaux », *Archives pour les histoires de la psychologie du travail*, Octarès.
- CURIE J., 2002, « Parcours professionnels et interdépendances des domaines de vie », *Éducation permanente*, n° 150, 2002-1, pp. 23-32.
- DAB W., 1993, *La décision en santé publique. Surveillance épidémiologique, urgences et crises*, ENSP éditeur.
- DAB W., 2000, « Exposé d'ouverture de la journée », in *Actes de la journée d'étude organisée par le Cnis et la Drees sur l'observation statistique en matière de santé*, Cnis, n° 60, juin.
- DARES, 2001, « Dossier : accidents du travail, au-delà des chiffres », *Travail et Emploi*, n° 88, La Documentation Française.
- DAUBAS-LETOURNEUX V., THEBAUD-MONY A., 2000, *Connaissance et reconnaissance des accidents du travail. Approche sociologique*, rapport final Cresp-Inserm, juin.
- DAVEZIES Ph., 1994, « Éléments de psycho-dynamique du travail », *Éducation permanente*, n° 116, pp. 33-46.
- DAVEZIES Ph., 2001, « Vieillesse et processus de sélection : de l'observation à la recherche de modalités d'action », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès, pp. 43-52.
- DEGENNE A., LEBEAUX M-O., 2000, « Le chômage des jeunes à partir du fichier historique de l'ANPE », *Les essentiels*, L'observatoire de l'ANPE, juin.
- DEJOURS C., 1980, *Travail et usure mentale*, Le Centurion.
- DERRIENNIC F., MONFORT C., 1996, « Santé perçue évaluée par l'indicateur de santé perçue de Nottingham dans l'enquête Estev », in *Age, travail, santé, Étude sur les salariés âgés de 37 à 52 ans*, Éditions de l'Inserm, pp. 135-157.
- DERRIENNIC F., MONFORT C., CASSOU B., TOURANCHET A., 2001, « Douleurs lombaires : les principales tendances observées dans l'enquête Eestev », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès, pp. 91-103.
- DERRIENNIC F., TOURANCHET A., VOLKOFF S., 1999, « Les troubles du sommeil, l'âge et le travail », *Premières synthèses*, n° 23-2, Dares, 6 p.
- DESPLANQUES G., 2001, « Effet de sélection et disparités de mortalité », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès, pp. 33-41.
- DESSORS D., SCHRAM J., VOLKOFF S., 1991, « Du « handicap de situation » à la sélection-exclusion : une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques », *Travail et Emploi*, n° 48.

- DEVREUX A-M., 1990, « Le vécu de la grossesse des femmes actives », in *Dossiers de la lettre CAF : avoir un enfant et travailler*, n° 1, pp. 13-21, Entretiens semi-directifs auprès de cinquante-quatre femmes enceintes et exerçant une activité professionnelle en 1987- 88.
- DONIOL-SHAW G., HUEZ D., SANDRET N. *et alii*, 1997, « Conditions de travail et santé des sous-traitants dans la maintenance de centrales nucléaires », in *Précarisation sociale, travail et santé*, sous la direction de Appay B. et Thebaud-Mony A., p. 435, Iresco-CNRS.
- ESTRADE M-A., MÉDA D., ORAIN R., 2001, « Les effets de la réduction du temps de travail sur les modes de vie : qu'en pensent les salariés un an après ? », *Premières synthèses*, n° 21.1, Dares.
- FLOURY M.C., COUTROT T., 2002, *Remarques à propos du bilan sur les accidents du travail : les étranges effectifs salariés communiqués par la Cnam-TS*, Note Dares du 20 décembre.
- FORET J., MARQUIÉ J-C., 2001, « Sommeil, âge et expérience du travail posté (enquête VISAT) », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès.
- FUHRER R., ROUILLON F., 1989, « La version française de l'échelle CES-D : description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation », *Psychiatr. Psychobiol.*, 4.
- GADREY J., 1998, « Le temps de travail dans la grande distribution alimentaire, en France, en Allemagne et en Grande Bretagne », *Travail et Emploi*, n° 74, p. 21.
- GALLAND O., 2000, « Les chômeurs et le chômage, une enquête exploratoire », *Les essentiels*, L'observatoire de l'ANPE, juillet.
- GALLAND O., 2001, « Entrer dans la vie adulte : des étapes toujours plus tardives mais resserrées », *Économie et statistiques*, n° 337-338, février, pp. 3-36.
- GALLIE D., PAUGAM S., 2002, *Précarité et intégrations sociales*, rapport pour la Commission européenne basé sur l'Eurobaromètre 56.1.
- GAUDART C., 1996, « Vieillir, mais tenir la cadence », *Gérontologie et Société*, 77.
- GELOT D., VILLIER C., 1998, « Les enjeux de la politique de l'emploi », in *Le monde du travail*, sous la direction de J. Kergoat et col., La Découverte, pp. 248-256.
- GOLDBERG M., 2003, « Risques professionnels », in *Rapport pour le groupe technique national (loi quinquennale de santé publique)*, 26 p.
- GOLDBERG M., LUCE D., 2001, « Les effets de sélection dans les cohortes épidémiologiques. Nature, causes et conséquences », *Revue épidémiologique de santé publique*, 49, pp. 477-492.
- GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT F., 2002, « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, pp. 76-126.
- GOLDBERG P., GUÉGUEN A., SCHMAUS A., NAKACHE JP, GOLDBERG M., 2001, "Longitudinal Study of Associations between Perceived Health Status and Self-Reported Diseases in the French Gazel Cohort", [Journal of Epidemiology and Community Health](#), 55, 233-238.
- GOLLAC M., 1994, « Donner un sens aux données : l'exemple des enquêtes statistiques sur les conditions de travail », *Dossiers du Centre d'études de l'emploi*, 3.
- GOLLAC M., VOLKOFF S., 2000, *Les conditions de travail*, collection Repères, La Découverte.
- GUERIN F., LAVILLE A., DURRAFOURG F., DANIELLOU A., 1997, *Comprendre le travail pour le transformer*, Anact.
- GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., 2003, « Au contact avec le public, des conditions particulières », *Premières informations et premières synthèses*, n° 09.3, Dares.
- HAMELIN P., LEBAUDY M., 1997, *Les conducteurs d'autocars du secteur du transport des voyageurs*. Analyse des résultats de l'enquête de 1993 auprès des conducteurs d'autocars, Inrets.
- HAMELIN P., LEBAUDY M., 2002, *Enquête auprès des conducteurs de poids lourds*, résultats de l'enquête menée à l'automne 1999, Inrets.
- HAMON-CHOLET S., 2001, « Accident et accidentés : un nouvel outil statistique », *Travail et Emploi*, n° 88, p. 9.
- HAMON-CHOLET S., 2002, « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998 », *Premières informations et premières synthèses*, n° 20.1.
- HERAN-LEROY O., SANDRET N., 1996, « Expositions aux contraintes et nuisances dans le travail », *Premières Synthèses*, 24, Dares.
- HERAN-LEROY O., SANDRET N., 1997, « Le bruit dans le travail », *Premières synthèses*, n° 09.1, Dares.

- HERAN-LEROY O., SANDRET N., 1998, « L'exposition aux produits cancérigènes dans le travail », *Premières synthèses*, n° 31.2, Dares.
- HERAN-LEROY O., SANDRET N., 1999, « L'exposition aux contraintes et nuisances dans le travail », *Les dossiers de la Dares*, n° 5-6.
- HERY M., 2002, « Besoins de recherche en santé au travail pour les salariés d'entreprise de sous-traitance », in *Piste*, vol. 4, n° 1, mai.
- JOUGLA *et alii*, 2000, « La mortalité », in *Les inégalités sociales de santé*, sous la direction de Leclerc A. *et al.*, Inserm et La Découverte, pp. 147-162.
- KARASEK R., THEORELL T., 1990, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of the Working Life*, Basic Books.
- KERVASQUE (de) J., BOISSELOT P., MERMILLIOD C., 2002, *Connaissance statistique de l'état de santé de la population*, rapport du groupe de travail, Cnis, n° 76, septembre.
- KUNST A., GROENHOF F., MACKENBACH J., 2000, « Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens », in *Les inégalités sociales de santé*, sous la direction de Leclerc A., éditions Inserm et La Découverte.
- LANOË D., LORIOU D., 2000, *Accidents et organisations. Les épreuves du travail*, Post-enquête « Accidents » à l'enquête Dares « conditions de travail 1998 », juillet.
- LE MINEZ S., 2002, « Topographie de secteurs d'activité à partir des flux de mobilité intersectorielle de salariés », *Économie et statistiques*, n° 354, pp. 49-83.
- LECLERC A., CHASTANG J.F., 2000, « Quantifier les inégalités », in *Les inégalités sociales de santé*, Leclerc A. *et alii*. Inserm, La Découverte.
- LECLERC A., LANDRE M-F., CHASTANG J-F., NIEDHAMMER I., 2001, « Âge et troubles du membre supérieur dans le travail répétitif. Résultats issus de l'enquête nationale Anact-Inserm », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès, pp. 69-80.
- LETOURNEUX V., 1998, *Conditions de travail des travailleurs indépendants dans l'U.E.*, Fondation européenne pour l'AC de vie et de travail, Office des publications officielles des CE.
- LOLLIVIER S., 2000, « Récurrence du chômage dans l'insertion des jeunes : des trajectoires hétérogènes », *Économie et statistiques*, n° 334, Insee.
- LORIOU M., 2000, « Quand les ressorts de l'action sont détendus. La sociologie face à la fatigue au travail », in *Humanisme et entreprise*, 245-1.
- MARMOT M.G., BOSMA H., HEMINGWAY H., BRUNNER E., SA S., 1997, *Contribution of Job Control and Other Risk Factors to Social Variations in Coronary Heart Disease Incidence*, Lancet, 350, 235-239.
- MARQUIE H., CURIE H., 1993, « Nouvelle contribution à l'analyse du système des activités », in *Le Travail Humain*, tome 56, n° 4, pp. 369-379.
- MARQUIÉ J-C, FORET J., QUEINNEC Y., 1999, "Effects of Age, Working Hours and Job Content on Sleep", *J. Exper. Aging Res.*, 25, 424-427.
- MENACHEM G., 1994, « Événements de la jeunesse, trajectoires de vie et troubles de l'existence à l'âge adulte », avec la collaboration de P. Bantman, psychiatre, et de S. Martin, anthropologue, in *Trajectoires sociales et inégalités*, Éditions Érès, Credes, n° 1041bis.
- MENACHEM G., 2003, « Précarités risques et santé : enquête menée auprès de consultants de centre de soins gratuits », *Questions d'économie de la santé*, n° 69, Credes, janvier.
- MESRINE A., 2000, « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *Économie et statistiques*, n° 334.
- MICHEL E., JOUGLA E., HATTON F., SC8 Inserm, 1996, « Mourir avant de vieillir », *Insee Première*, n° 429, février.
- MOLINIÉ A-F., 2001, « Évolution des exigences du travail et itinéraires des salariés vieillissants », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès.
- MONFORT C., CASSOU B., NORTON J., DERRIENNIC F., 2001, « Conditions de travail et évolutions des douleurs musculo-squelettiques chroniques du cou et des épaules, Estev, Analyse longitudinale 1990-1995 », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès, pp. 81-89.
- NAUZE-FICHET E., TOMASINI M., 2002, « Diplôme et insertion sur le marché du travail : approches socioprofessionnelle et salariale du déclassement », *Économie et statistiques*, n° 354.

- NIEDHAMMER I., DAVID S., BUGEL I., CHEA M., 2000, « Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux du travail dans une cohorte professionnelle », *Travailler*, n° 5, pp. 23-45.
- OMNES C., 1997, *Ouvrières parisiennes, marché du travail et trajectoires professionnelles au XX^e siècle*, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- PAILHÉ A., 2002, *Impact du développement économique sur les conditions de travail : protection versus exclusion des salariés âgés*, Séminaire Ined, novembre.
- PAPAYRE C., 2000, « Connaissance de l'état de santé et état des lieux », in *Actes de la journée d'étude organisée par le Cnis et la Drees sur l'observation statistique en matière de santé*, Cnis, n° 60, juin.
- PAUGAM S., 2000. *Les salariés de la précarité*, Puf.
- PRUNIER-POULMAIRE S., GADBOIS C., VOLKOFF S., 1998, "Combined Effects of Shift Systems and Work Requirements of Customs Officers", *Scand J Work Environ Health*, 24 suppl 3, 134-140.
- QUEINNEC Y., GADBOIS C., PRETEUR V., 1995, « Souffrir de ses horaires de travail : poids de l'âge et histoire de vie », in *Le travail au fil de l'âge*, Marquie J-C. et alii., Octarès, pp. 277-304.
- QUEINNEC Y., TEIGER C., De TERSSAC G., 1992, *Repères pour négocier le travail posté*, Octarès, 254 p.
- RAVAUD J.F., MORMICHE P., 2000, « Handicaps et incapacités », in *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, pp. 295-314.
- ROBINE J.M., 1986, « L'espérance de vie sans incapacité en France », *Population*, n° 6.
- SAUREL-CUBIZOLLES M.J., ROMITO P., 1992, « Mesures protectrices pour les femmes enceintes au travail », *Revue française des Affaires sociales*, 04/1992, pp. 49-65.
- SAUREL-CUBIZOLLES M-J., 1990, « La protection des femmes enceintes », in *Dossiers de la lettre CAF : avoir un enfant et travailler*, n° 1, pp. 4-12.
- SAUREL-CUBIZOLLES M-J. et al., 2001, « État de santé perçu et perte d'emploi », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès.
- TEIGER C., LAVILLE A., LORTIE M., 1981, *Morbidité, mortalité différentielle et conditions de travail dans les métiers ouvriers de la presse*, Inserm, vol. 101, pp. 69-84.
- THEBAUD-MONY A., 2000, « L'industrie nucléaire : sous-traitance et servitude », *Questions en santé publiques*, Inserm.
- THEBAUD-MONY A., 2002, « Travail et santé », *Problèmes politiques et sociaux*, La Documentation Française, n° 883, décembre.
- THEBAUD-MONY A., CRU D., FRIGUL N., CLAPPIER P., 1995, *La construction sociale de l'accident du travail chez les jeunes*, rapport de recherche pour le ministère de l'Éducation nationale, document des Commissions professionnelles consultatives.
- TOURANCHET A., DERRIENNIC F., de STAMPA M., 2001, « Rôle de l'âge et des conditions de travail sur l'apparition et la disparition des troubles de la mobilité physique entre 1990 et 1995 dans l'enquête Estev », in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, Octarès, collection Colloques, pp. 125-133.
- VOLKOFF S., 1998, « Représentativité, significativité, causalité : l'ergonomie au contact des méthodes épidémiologiques », in Dessaigne M-F., Gaillard I., *Des évolutions en ergonomie*, Octarès, pp. 225-236.
- VOLKOFF S., MOLINIÉ A-F., 1995, « Éléments pour une démographie du travail », in *Le travail au fil des âges*, Octarès.
- VOLKOFF S., MOLINIÉ A-F., 2002, « La démographie du travail pour anticiper le vieillissement », *Anact*, collection Outils et méthodes, 76 p.

REVUES SUR LE CHAMP SANTE ET TRAVAIL

Revues en langue française

- Archives des maladies professionnelles
- Cahier de notes documentaires-hygiène et sécurité du travail, Inrs <http://www.inrs.fr/indexplan.html>
- Documents pour le médecin du travail, Inrs <http://www.inrs.fr/indexplan.html>
- Pistes, Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, <http://www.pistes.uqam.ca/>

- *Revue de médecine du travail*
- *Santé et travail*, la revue pour la prévention des risques professionnels, Édition de la mutualité française, <http://www.mutualite.com/web/frameset.nsf/home>
- *Le travail humain*, physiologie, psychologie, ergonomie, a Bilangual and Multi-Disciplinary Journal in Human Factors, <http://www.irceyn.ec-nantes.fr/th/>
- *Travailler*, revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail, Laboratoire de psychologie du travail et de l'action du Cnam.

Revues en langue anglaise

1) Consacrées essentiellement aux questions des relations entre le travail et la santé.

- *Work and Stress*
- *Occupational and Environmental Medicine*
- *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*
- *American Journal of Industrial Medicine*

2) Contenant de nombreux articles sur des questions relatives au travail et à la santé.

- *Journal of Epidemiology and Community Health*
- *International Journal of Behavioral Medicine*
- *International Journal of Epidemiology*
- *American Journal of Public Health.*