

# IMPACT DU MODE QUESTIONNEMENT SUR LA MESURE DES PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS AU TRAVAIL

Jérôme LE<sup>1</sup> (\*), Xavier GUILLET<sup>2</sup> (\*\*)

(\*) Insee, Division Emploi

(\*\*) Insee, Division Emploi

## Résumé

Cet article s'intéresse à l'impact d'un questionnaire par liste sur la mesure des problèmes de santé liés au travail par rapport à un questionnaire direct. L'approche française privilégie une interrogation systématique et détaillée sur l'existence d'une série de pathologies. Le questionnaire européen s'articule autour d'une question préalable sur l'existence d'un problème de santé. Ces deux approches ont été opposées dans le cadre des modules ad hoc à l'enquête emploi en continu sur le thème de la santé au travail. La France a en effet défendu son protocole d'enquête en insistant la part importante de subjectivité et les biais de mémoire auxquels est soumis le questionnaire européen. Inversement, le questionnaire français serait sujet à des « effets de liste » et requiert des temps d'enquête plus importants. L'expérience du module ad hoc 2007 avait laissé entrevoir d'importantes divergences au niveau européen, sans qu'il soit possible de les attribuer à des effets de questionnaire ou à des spécificités nationales. Pour le module 2013, la France a donc mis en place une méthodologie d'enquête originale permettant la collecte des informations de santé selon les deux approches.

Nos résultats montrent ainsi que la prévalence des problèmes de santé est beaucoup plus importante selon l'interrogation française. Cette divergence s'accroît lorsqu'on s'intéresse aux pathologies en lien avec l'activité professionnelle mais diminue avec leur gravité. La typologie des pathologies liées au travail varie également avec le questionnaire, ce qui indique certaines sont plus susceptibles d'être spontanément « oubliées » lors du questionnaire européen. De même, le nombre total de jours d'arrêt serait sous-estimé de moitié par Eurostat. De part sa plus grande précision, le questionnaire français permet des analyses plus fines, par pathologie. Il permet par exemple d'établir plus clairement des hiérarchies de prévalence entre groupes sociaux. Cependant, sans effort de traitement et de classement, le questionnaire par liste est susceptible de récolter un ensemble informel de problèmes confondant toutes les gravités. Il peut se révéler de ce point de vue moins performant que le questionnaire européen. L'article s'attache enfin à étudier les déterminants du phénomène d'oubli puisqu'il constitue l'essentiel des écarts entre les deux méthodologies. Celui-ci reste important même lorsqu'on se concentre sur des problèmes graves. De manière plus surprenante, il apparaît que les caractéristiques sociodémographiques des individus ne semblent pas jouer sur leur propension à oublier des problèmes de santé.

## Mots-clés

Modes de questionnaire, effets de liste, problèmes de santé liés au travail

---

<sup>1</sup> Jerome.le@insee.fr

<sup>2</sup> xavier.guillet@insee.fr

## Introduction

L'impact du travail sur la santé est un champ relativement nouveau en économie. Par rapport à des variables classiques comme le revenu, le chômage ou l'accès à l'emploi, la santé est une variable plus difficile à quantifier. En effet, elle peut être mesurée de manière subjective, par rapport à ce que ressent le sujet, ou de manière objective par un spécialiste, un appareil ou un diagnostic (Falissard, 2001). Pour autant, aucune de ces deux mesures ne prévaut sur l'autre. Un même problème de santé, par exemple le surpoids, peut être jugé sérieusement handicapant par certaines catégories de personnes et bénin pour d'autres. Dans les deux cas, les politiques de santé à mener seront différentes. Toutefois, au-delà d'un certain seuil, par exemple un indice de masse corporelle moyen au-delà du seuil d'obésité morbide, les pouvoirs publics peuvent juger impératifs d'intervenir quelle que soit la perception des individus.

### La littérature met en avant de nombreux biais de questionnement au sujet de la santé

Pour des raisons de coûts, les économistes disposent dans leurs enquêtes de données de santé essentiellement auto-déclarées et le plus souvent subjectives. Malheureusement, les protocoles de collecte ne garantissent pas toujours une bonne comparabilité des réponses car elles sont collectées auprès d'individus ayant des référentiels et des normes pouvant être différents. Lardjabe et Dourgnon (2007) montrent ainsi à l'aide de vignettes, c'est-à-dire de situations types<sup>3</sup>, que les questions d'auto-évaluation souffrent généralement d'un *biais d'item*. La notion de douleur « extrême » n'est par exemple pas la même en Suède et en Italie, ce qui rend nécessaire une correction des réponses pour les rendre comparables. Il ne s'agit pas uniquement d'un problème de traduction car le *biais d'item* s'observe également au sein d'un même pays entre différentes catégories de personnes. Clark et Vicard (2007) étudient les effets de formulation et de placement des questions sur la santé auto-évaluée à partir d'une technique de *split sample*. Deux échantillons tirés aléatoirement sont appelés à répondre à une version légèrement différente d'un questionnaire. Ils montrent qu'une formulation à connotation négative, par exemple état de santé « médiocre » plutôt que « mauvais », influence significativement la distribution des réponses malgré un nombre et un rang identique des modalités. Un résultat similaire est trouvé par Nicholls et al (2006) : le niveau de satisfaction déclarée change selon que les réponses positives se trouvent à gauche ou droite d'une échelle. De même, le placement des questions auto-évaluées après une interrogation détaillée sur la santé, plutôt qu'avant, conduit en moyenne à des réponses plus positives. Les individus ne connaissent pas nécessairement leur véritable état de santé et les conditions de collecte (face-à-face, téléphone, par un médecin ou un enquêteur, durée du questionnaire, niveau de détail, période de collecte...) peuvent façonner leur perception de celui-ci. Selon Moore (2002), le contexte créé par les questions précédant les questions d'intérêt sur la santé influence les réponses des enquêtés.

Pour limiter les biais liés à l'interrogation subjective, certaines méthodes de questionnement évaluent l'état de santé des individus à partir d'une série de questions sur des dysfonctionnements précis (par exemple la classification *International Classification of Functioning, Disability and Health* ICIDH-2 établie par l'OMS). Il peut s'agir de questions sur une maladie particulière (« Souffrez-vous d'un problème de...? »), sur des capacités fonctionnelles (« Êtes vous capable de...? ») ou sur des douleurs/difficultés ressentis (« Ressentez-vous des douleurs articulaires lorsque vous... »). Dans ce cas, la variable sur l'état de santé générale est construite à *posteriori* à partir d'éléments plus factuels et objectifs malgré le biais induit par l'auto-déclaration. Le principal inconvénient de la méthode est qu'elle requiert des temps de questionnaire plus longs qu'une simple auto-évaluation (Encadre 1).

### Les comparaisons internationales sont difficiles à mener

Les comparaisons européennes représentent à ce titre un défi majeur tant il existe une diversité de pratiques en matière de questionnement de santé (voir la base d'enquête *European Health Interview*

<sup>3</sup> Exemple de vignette dans l'enquête Share 2004. Paul est un individu fictif pour qui on demande une évaluation de la douleur par l'enquêté :

*Paul a un mal de tête une fois par mois qui diminue après qu'il ait pris un cachet. Pendant qu'il a mal à la tête, il peut mener ses activités quotidiennes.  
En général, au cours des 30 derniers jours, quel niveau de douleurs physiques Paul a-t-il éprouvé ? Aucun / Léger / Moyen / Grave / Extrême*

& *Health Examination Surveys Database*<sup>4</sup>). Eurostat mène ce type de comparaisons depuis plusieurs années à partir des données des modules complémentaires (ou « modules *ad hoc* ») aux *Labour Force Survey* (LFS). Il s'agit d'enquêtes de format réduit, collectées dans tous les pays de l'Union Européenne (UE) et dont le thème change chaque année. La santé au travail a fait l'objet d'un module en 2002, 2007 et 2013. Le prochain est prévu en 2020.

Pour le module de 2007, les pays étaient libres de suivre ou non le modèle de questionnaire proposé par Eurostat. Le règlement européen imposait uniquement de livrer un ensemble de variables avec un format imposé. La France fait partie des pays qui enrichissent leur module de manière à pouvoir en faire des exploitations répondant à des demandes nationales. Dans un souci de comparabilité avec les autres enquêtes françaises, elle a ainsi opté pour un questionnement « à la française » puisqu'il permet de reconstruire *ex post* les variables imposées<sup>5</sup> par Eurostat. Or, les différences de questionnements ont provoqué des écarts tels que les résultats français ont été considérés comme non comparables à ceux des autres pays. Les statistiques européennes ont même été publiées sans la France. Partant de cette expérience, la France a décidé de mettre en place un questionnaire original pour 2013. Tout en respectant le questionnaire européen, une partie méthodologique a été ajoutée de manière à reconstituer un questionnaire « à la française » analogue à celui de 2007. Le but de comparer l'effet de ces deux protocoles de collecte sur une même population, afin d'évacuer tout biais culturel ou institutionnel dans la déclaration de problème de santé.

Cet article s'intéresse à l'impact de ces deux modes de questionnement sur la mesure des problèmes de santé, en particulier lorsqu'ils sont liés au travail. Pour cela, il revient tout d'abord sur les spécificités de chacune des deux méthodologies. Les résultats au niveau européen du module 2007 sont ensuite présentés ainsi que les conclusions et débats qui ont suivi entre Eurostat et la France. Après avoir détaillé les particularités du protocole d'enquête français de 2013, l'article étudie les écarts de résultats obtenus pour chaque mesure.

### **Encadré 1: Mesure de l'état de santé dans les enquêtes françaises**

La santé est une notion complexe et son traitement dans les enquêtes se heurte à la compréhension que les personnes interrogées peuvent en avoir. En effet, si une première approche intuitive identifie la santé à un état positif et par opposition la maladie à état anormal, la difficulté n'est que repoussée puisque les termes « état positif » et « anormal » renvoient à des normes dont les contours restent à préciser. Ainsi, sortant de strictes dimensions médicales, les études sociologiques ont largement montré que la maladie doit être appréhendée comme une construction sociale, complexe, valable à l'intérieur d'une société donnée. (Stoezel, 1960)

Preuve de la nécessité et de la difficulté à saisir les multiples dimensions de la notion de santé, l'OMS en 1964 pose une définition de la santé qui ne se limite pas à la perception que les gens en ont, voire même à une évaluation clinique. La santé est définie comme « un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé est donc une construction sociale aux contours multiples que les enquêtes doivent « objectiver ». Pour ce faire, les enquêtes s'appuient sur trois approches principales, qui le plus souvent se combinent.

Tout d'abord, le modèle médical mesure la morbidité. Il peut s'agir d'un examen clinique mené par des praticiens pour diagnostiquer des maladies physiques ou psychiatriques, ou bien, plus simplement, de déclarations des enquêtés. Le modèle fonctionnel traite de l'impact des maladies sur les capacités des individus à réaliser certaines activités quotidiennes. Il passe par le nombre de jours d'arrêt de travail, ou bien un questionnement sur l'incapacité à réaliser certains gestes de la vie de tous les jours. Le modèle subjectif a pour but de recueillir la perception que les individus ont de leur état de santé. Pour ce faire, des échelles peuvent être mobilisées, s'appuyant sur des notes ou des appréciations ordonnées.

Les objectifs, mais aussi les moyens mobilisables, vont définir les modalités des questionnaires, le nombre des questions, leur niveau de précision, le niveau de subjectivité qu'elles requièrent à travers par exemple des questions directes sur le ressenti des enquêtés. La suite fournit quelques exemples

<sup>4</sup> Accessible à partir du lien suivant : <https://hishes.wiv-isp.be>

<sup>5</sup> Par exemple, la variable qui détermine si une personne souffre d'un problème de santé est construite à partir de la question « Avez-vous souffert d'un problème de santé au cours des 12 derniers mois ? » dans le modèle de questionnaire Eurostat alors que dans le cas français, elle est résulte d'une réponse positive à au moins une des questions balayant chaque type de problème de santé « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de... ? ».

classiques d'enquêtes de santé en France mais aussi internationales avec un regard particulier sur celles traitant de la santé au travail afin de faire le lien avec la problématique soulevée dans ce papier.

### **Enquêtes de santé générale**

A travers un questionnaire auto-administré, l'enquête **Vie Quotidienne et Santé (DREES-INSEE)** doit permettre de repérer les personnes susceptibles de connaître des problèmes de santé, des situations de handicap ou de dépendance, de façon à pouvoir les surreprésenter dans l'enquête « **Handicap-Santé** ». 26 questions sont posées sur l'état de santé perçu, les maladies chroniques, les limitations fonctionnelles (physiques mais aussi intellectuelles et psychiques), l'existence d'une reconnaissance administrative d'un handicap. Si la partie consacrée aux limitations occupe une place importante ; l'existence de maladies chroniques concerne une unique question.

**L'Enquête Santé et protection Sociale (IRDES)** étudie les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. L'état de santé perçu et les limitations sont interrogés. Le questionnaire soumet ainsi une liste de problèmes de santé à l'enquêté, sans filtrer cette énumération par une question préalable.

Les deux enquêtes **Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV<sup>6</sup>)** et **l'Enquête Emploi en Continu (EEC<sup>7</sup>)** consacrent seulement quelques questions à la santé. Elles concernent la santé perçue, l'existence de problèmes de santé et de limitations éventuelles dans les activités quotidiennes. L'existence de problèmes de santé est réduite aux maladies chroniques et est abordée à travers une unique question : « Avez-vous une maladie durable ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? ». Depuis 2013, l'EEC interroge les individus sur la perception de leur état de santé général à travers la question SANGEN : Comment jugez-vous votre état de santé en général ? 1. Très bon 2. Bon 3. Assez bon 4. Mauvais 5. Très mauvais

### **Enquêtes de santé associées au travail**

L'enquête **Surveillance Médicale des Expositions aux Risques Professionnelles (SUMER, DARES-DGT)** détaille les conditions de travail des enquêtés et étudie les contraintes physiques, organisationnelles et relationnelles, ainsi que les expositions à des agents chimiques ou biologiques. Ce questionnaire administré par des médecins du travail est complété par un auto-questionnaire consacré à la perception que la personne a de son travail. Les domaines abordés sont la santé perçue, les arrêts maladie, les limitations dans la vie quotidienne, le ressenti concernant l'influence bénéfique ou néfaste du travail sur la santé. Seule l'existence de maladies chroniques est évoquée. En effet, l'enquête étudie principalement les risques psychosociaux à travers des modèles d'interrogation développés et largement utilisés pour leur pouvoir prédictif sur l'état de santé (questionnaires de Karasek, de Siegrist ainsi que le questionnaire *Hospital Anxiety Depression Scale*).

**Santé et Itinéraire professionnel (SIP)** se penche sur les liens santé-travail, d'une part en considérant les impacts des conditions de travail sur la santé, et réciproquement, en étudiant les implications de l'état de santé sur les parcours professionnels. L'enquête étudie minutieusement les problèmes de santé puisque ceux-ci sont d'abord énoncés spontanément par l'enquêté et dans un second temps une liste est soumise pour confirmer et compléter en cas d'oubli. Le questionnaire reprend ensuite l'ensemble des maladies citées pour que l'enquêté fournisse des informations complémentaires. Entre autre, le fait qu'une maladie ait ou non été causée par le travail est interrogé. Ce déroulé où les maladies sont énoncées en partie *a priori* sans que ces questions soient filtrées rejoint la méthodologie française pour les modules *ad hoc* par le caractère systématique des interrogations.

<sup>6</sup> Partie française du système communautaire *European Union-Statistics on income and living conditions (EU-SILC)*.

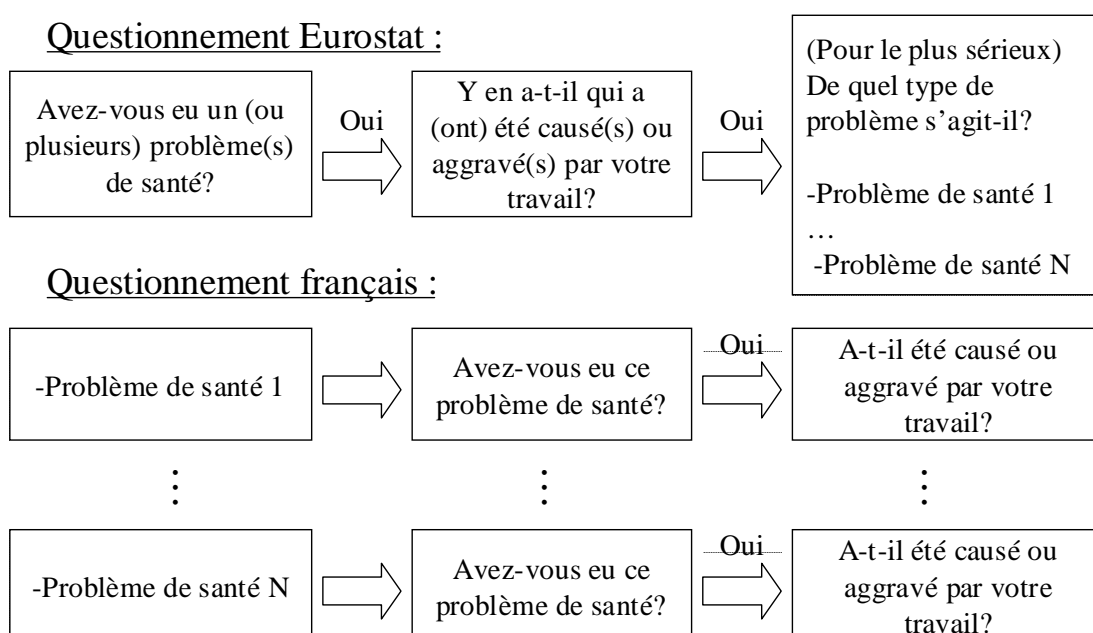
<sup>7</sup> Partie française des enquêtes communautaires *Labour Force Survey (LFS)*

# 1. De l'expérience du module 2007 à la conception du questionnaire du module 2013

## Les modes de questionnement français et européen suivent des stratégies différentes

La méthode de questionnement adoptée par Eurostat est sensiblement différente de celle habituellement retenue en France (Encadré 1). Schématiquement (Figure 1), Eurostat interroge d'abord sur l'existence d'un (ou plusieurs) problème(s) de santé au cours des douze derniers mois, puis sur son (ou ses) lien(s) avec l'activité professionnelle. Le cas échéant, on creuse le questionnement pour le problème le plus sérieux en s'intéressant en particulier à son type et d'autres caractéristiques annexes (gêne au quotidien, arrêts de travail, date, profession exercée lors de son apparition). La méthodologie française va à rebours de ce cheminement. Elle consiste à balayer de manière détaillée une série de types de problèmes de santé en demandant pour chacun si la personne en a souffert en cours des douze derniers mois. Si tel est le cas, le questionnaire poursuit sur le lien éventuel de ce problème avec le travail et les caractéristiques annexes. Dans le premier cas, l'interrogation part de l'existence d'un problème de santé pour aller vers son type et sa caractérisation. Dans le second, elle part de chaque type de problème de santé pour aller vers leur existence éventuelle.

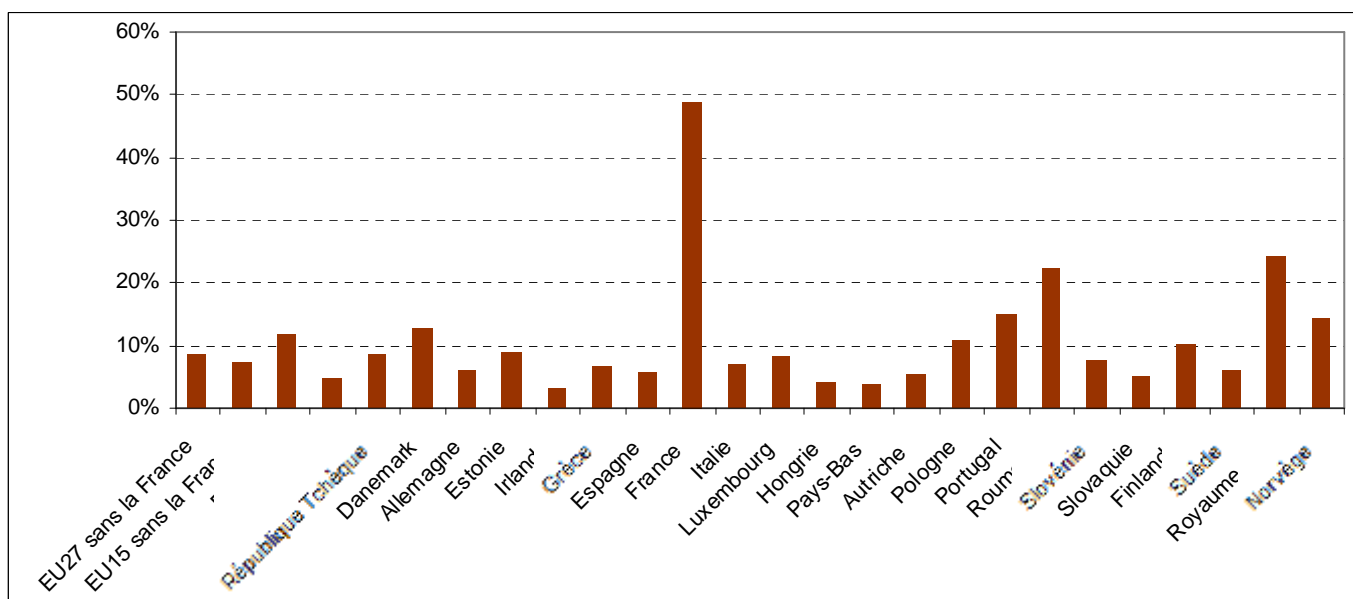
Figure 1 : Questionnement européen « direct » vs questionnement français « par liste »



## L'expérience du module ad hoc 2007 fait apparaître des écarts très importants

En 2007, les résultats produits par le questionnaire français étaient très éloignés de ceux obtenus dans les autres pays européens. Ainsi, la proportion de personnes de plus de 15 ans ayant souffert au cours des douze derniers mois d'un problème de santé lié au travail était de 48,8% en France contre 4,9% en Bulgarie, 4% en Lituanie et 5,2% en Roumanie (Figure 2).

**Figure 2 : Proportion de personnes ayant souffert au cours des douze derniers mois d'un problème de santé lié au travail**



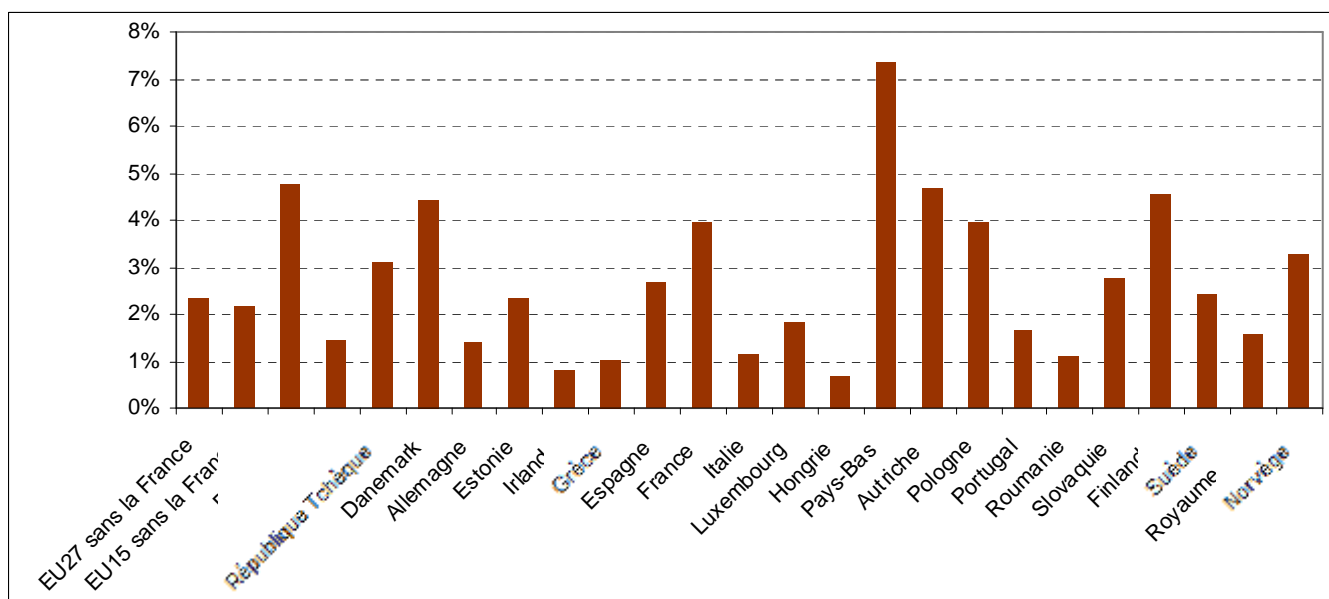
Source: Eurostat, modules ad hoc 2007.

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant déjà exercé une activité professionnelle.

Lecture: En France, 48,8% des personnes de plus de 15 ans ont souffert au cours des douze derniers mois d'un problème de santé lié au travail.

Les résultats français étaient par contre plus en rapport avec les chiffres européens concernant la proportion des personnes à déclarer un problème de santé causé ou aggravé par le travail au cours des 12 derniers mois et ayant entraîné un arrêt maladie supérieur à un mois (Figure 3). En effet, 3,9% des répondants français ont déclaré un tel arrêt maladie contre 2,3% dans l'EU27 sans la France. La France se situe même en deçà de pays tels que les Pays Bas (7,4%), la Belgique (4,8%), l'Autriche (4,7%), la Finlande (4,6%). Cette convergence n'est pas surprenante dans la mesure où le champ du questionnaire est cette fois beaucoup rendu plus précis.

**Figure 3 : Proportion de personnes ayant souffert au cours des douze derniers mois d'un problème de santé lié au travail ayant causé un arrêt de 1 mois ou plus (%)**



Source: Eurostat, modules ad hoc 2007.

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant déjà exercé une activité professionnelle.

Lecture: En France, 3,9% des personnes de plus de 15 ans ont souffert au cours des douze derniers mois d'un problème de santé lié au travail ayant causé un arrêt de 1 mois ou plus.

## **Deux processus de questionnement différents : *recognition* vs *report***

Les comparaisons internationales en termes de santé, et notamment de santé au travail, sont reconnues délicates en raison des différences économiques, culturelles, sociales et institutionnelles. Cependant ici, les différences de questionnement ont été évoquées immédiatement pour expliquer ces divergences. En effet, les autorités européennes, dans le rapport final, ont reconnu cette différence essentielle en mettant en évidence deux processus distincts en concurrence. D'un côté le questionnaire européen demande un effort de mémoire - « *report* » - tandis que la version française concerne le champ de la reconnaissance- « *recognition* »-. Les statisticiens européens ont affirmé qu'il s'agissait en l'état d'une opposition entre un questionnaire européen « ouvert » et un questionnaire français « fermé » : là où trois questions européennes étaient en effet posées, la France en posait vingt et une. Eurostat a depuis pris conscience de la nécessité de cadrer non seulement les « outputs », c'est à dire les variables en sortie, mais aussi d'être beaucoup plus vigilant aux « inputs », c'est à dire aux questionnaires eux-mêmes, à leur architecture, aux modalités des réponses, à la formulation des questions et au vocabulaire utilisé.

Par construction, le questionnaire français conduit les personnes déclarer davantage de problèmes de santé car en sollicitant les enquêtés de manière exhaustive à l'aide d'une liste, il multiplie les occasions de citer des problèmes de santé, par opposition au protocole européen qui s'articule autour d'un filtre initial. Ce phénomène est connu des enquêtes de santé sous le terme d' « effet liste » (Aiach, Cèbe 1996) : l'utilisation de listes et l'interrogation systématique déclenche un plus grand nombre de réponses qu'une question d'ordre général. Il impacte les réponses non seulement quantitativement mais aussi qualitativement en termes de nature de pathologies déclarées. Ainsi, en 2007, en France 27,6% des personnes déclaraient un problème de stress ou de dépression comme problème principal de santé causé ou aggravé par le travail, soit le double de l'EU27 (sans la France). Cependant, cela ne peut être mis directement sur le compte d'un questionnement par liste puisque d'autres pays ont affiché des taux similaires.

## **Divers arguments avancés par la France en faveur de son mode de questionnement**

Les comptes-rendus relatant les différentes *task force* européennes et les réunions entre partenaires français montrent les divergences avec le point de vue européen. A plusieurs reprises, la France met en garde les représentants européens contre un questionnement direct limité qui plus est au problème principal. Les objections françaises pointent le risque d'une sous-estimation des problèmes de santé liés au travail. En effet, des variables d'intérêt telles que le nombre de jours d'arrêt de travail ou encore le nombre de pathologies dont souffre la personne seront tronquées. Le fait de se limiter au problème principal lié à l'activité professionnelle dans le questionnaire européenne ne permet pas d'établir une vue d'ensemble incluant des problèmes « secondaires ». Or le développement de maladies chroniques nécessite de cumuler les arrêts et la connaissance d'autres pathologies permet de mieux apprécier les liens entre santé et travail.

Par ailleurs, le module européen « direct » se heurte à différents écueils inhérents à une enquête sur la santé qu'un questionnaire par liste est plus susceptible de limiter. Le principal obstacle est le « biais de mémoire », surtout lorsque la période interrogée est ancienne. De plus, les enquêtés peuvent ne pas saisir et identifier spontanément ce que l'enquête désigne par problème de santé. Il existe une part de subjectivité dans cette notion, en particulier lorsqu'elle concerne la santé mentale. Dès lors, s'appuyer sur une liste simplifiée cet exercice de reconnaissance, même s'il ne résout pas complètement ce problème. Certaines pathologies sont par ailleurs socialement stigmatisantes et on peut penser qu'une liste, en officialisant certaines comme objet d'enquête, rend acceptable une déclaration qu'un enquêté aurait sinon écartée a priori.

## **La France a mis en place une méthodologie originale pour le questionnaire de 2013**

A l'occasion du module ad hoc 2013, la France a décidé de mettre en place un questionnaire permettant de tester chacune des deux méthodologies et ainsi de reconsidérer les arguments français avancés après l'expérience du module 2007. Pour ce faire une méthodologie originale a été introduite afin de respecter les exigences européennes. Le questionnaire a été conçu de manière à recueillir deux mesures de l'état de santé (Figure 4). Dans le module<sup>8</sup> B du questionnaire français, l'interrogation suit la méthodologie d'Eurostat. Un individu qui ne se souvient spontanément d'aucun problème de santé au cours des douze derniers mois sort du module après la première question.

---

<sup>8</sup> Pour être rigoureux, il faudrait parler de « sous-module » d'interrogation au sein du module *ad hoc*.

Dans les 12 DERNIERS MOIS, avez-vous eu des problèmes de santé, qu'ils soient physiques ou psychiques ?

[Remarque enquêteur : Si « psychique » n'est pas compris, reformuler avec « psychologique » ou « mental ». La personne peut ne plus souffrir du problème au moment de l'enquête. Éviter de donner des exemples : c'est à l'enquêté de juger par lui-même si problème de santé il y a.]

1. Oui, un seul / 2. Oui, plusieurs / 3. Non

Cependant, il est de nouveau interrogé sur ses problèmes de santé dans le module D où l'enquêteur l'interroge cette fois en balayant une liste de 13 types de problèmes de santé. En entrée du module D, la formulation est alors la suivante :

Vous avez déclaré ne pas avoir eu d'ennui de santé récemment. Cependant, dans les 12 DERNIERS MOIS, avez-vous eu un ou plusieurs des problèmes suivants ?

[Problème de type 1]

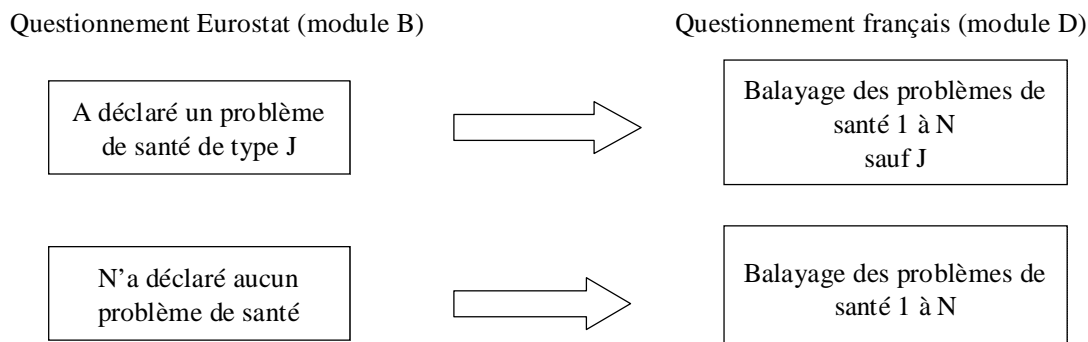
Un problème articulaire, musculaire ou osseux : arthrose, sciatique, lumbago... ?

1. Oui / 2. Non / 3. Ne sait pas

etc... jusqu'au [Problème de type 13] ...

Un individu qui aurait déclaré un problème de santé dans le module B passe également dans le module D. Sauf qu'il est interrogé en balayant une liste de 12 types de problèmes de santé car celui déclaré dans le module B est exclu<sup>9</sup> (déjà connu).

**Figure 4 : Construction du questionnaire pour le module 2013**



### La méthodologie du module ad hoc 2013 requiert plusieurs hypothèses

Par rapport à la méthode du *split sample*, l'intérêt est d'obtenir deux mesures de santé pour un même individu et de pouvoir ainsi caractériser les problèmes faisant l'objet d'un biais de mémoire. L'exercice est rendu possible par le fait que les questionnements Eurostat et français peuvent être emboîtés. Toutefois, nous devons faire l'hypothèse que le fait d'avoir passé le questionnaire Eurostat dans un premier temps n'influence pas les réponses données durant le questionnaire français. Les enquêtés pourraient en effet vouloir donner une image cohérente de leurs choix en s'obstinant, par exemple, à dire qu'ils ne souffrent d'aucun problème de santé dans le module D, conformément à ce qu'ils ont déclaré dans le module B. En pratique, ce phénomène n'est pas observé puisque 46% des individus interrogés n'ont déclaré aucun problème dans le module B mais un ou plus dans le module D. Par ailleurs, cet emboîtement implique que la mesure européenne soit incluse dans la mesure française. Autrement dit, les personnes souffrantes au sens européen le sont forcément au sens français. Or, il

<sup>9</sup> En pratique, cela signifie qu'une personne ayant déclaré un problème articulaire à la hanche dans le module B ne pourra pas déclarer un autre problème articulaire, par exemple aux mains, dans le module D. Bien que le module B permette de savoir si la personne souffre d'un ou plusieurs problèmes de santé, l'interrogation n'est approfondie que pour le plus sérieux. Si l'enquêté souffre de plusieurs types de problèmes de santé, il pourra les détailler dans le module D. En reprenant l'exemple ci-dessus, une personne qui souffre de deux problèmes articulaires pourra n'en détailler qu'un mais elle pourra éventuellement ajouter un problème respiratoire à l'occasion du questionnaire français dans le module D.



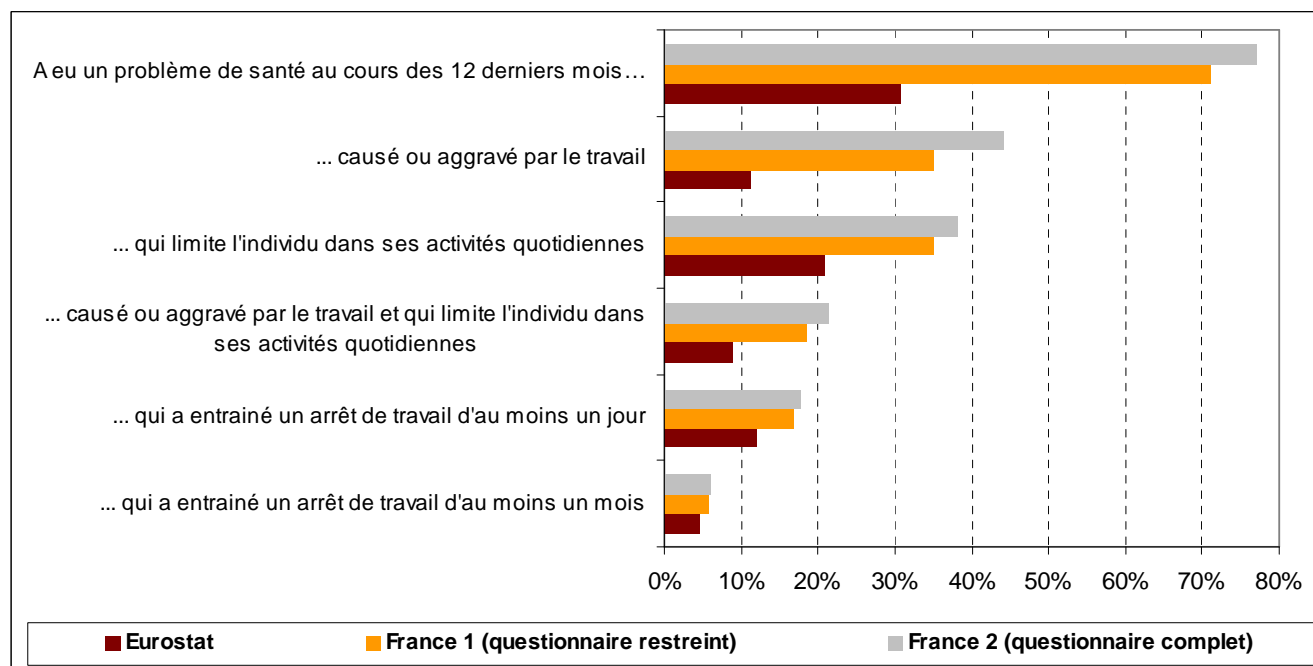
est possible que si les individus avaient été tirés au hasard pour répondre à l'un ou l'autre des questionnaires, cette implication ne soit pas vérifiée. Par exemple, si la méthodologie française conduit à des phénomènes d'impatience (le détail de la liste de problèmes de santé peut sembler long) ou à ce que certains individus exclus des problèmes de santé qu'ils auraient spontanément cités avec une interrogation européenne.

## 2. Résultats

### Des résultats différents mais qui convergent avec la gravité des problèmes de santé

Les résultats obtenus permettent de retrouver un certain nombre d'éléments entraperçus en 2007, notamment sur les indicateurs publiés par Eurostat. La Figure 5 compare la valeur des indicateurs de prévalence selon qu'ils sont calculés à partir des méthodologies européenne ou française. Tout d'abord, la proportion de personnes ayant souffert au cours des 12 derniers mois d'un problème de santé, quelle qu'en soit la gravité, est de 31% selon la méthodologie d'Eurostat et de 77% pour la France. La différence (46 points) représente près d'un enquêté sur deux. Elle correspond à des personnes qui ne s'étaient pas spontanément souvenu d'un problème de santé à la question « *Dans les 12 DERNIERS MOIS, avez-vous eu des problèmes de santé, qu'ils soient physiques ou psychiques ?* » mais qui en ont ensuite déclaré au moins un lorsqu'on leur en a balayé une liste. Ce résultat varie peu même si on exclut de la liste les problèmes qui concernent les insomnies (n°11) et le stress ou la fatigue générale (n°12, Annexe 1). Bien que très communs, leur présence n'explique pas que l'interrogation française conduisent à un taux de prévalence élevé. En effet, la différence entre les indicateurs est faible selon qu'ils sont calculés à partir du questionnement français complet ou du questionnement restreint aux problèmes énoncés par Eurostat (77% contre 71%).

**Figure 5 : Indicateurs de prévalence des problèmes de santé calculés selon différents modes d'interrogation**



Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant déjà exercé une activité professionnelle. Pour les indicateurs qui portent sur les jours d'arrêt, seules les personnes qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois sont concernées.

Lecture: La proportion de personnes ayant souffert au cours des 12 derniers mois d'un problème de santé qui a entraîné un arrêt de travail d'au moins un jour est de 12% selon la méthodologie d'Eurostat contre 18% pour la France. Si on retire de la liste des problèmes de santé balayée par la méthodologie française les problèmes d'insomnies et de stress ou de fatigue générale, ce chiffre reste de 17%.

Le degré de gravité des problèmes de santé peut être approché de deux manières : soit par le fait qu'ils occasionnent une gêne dans les activités quotidiennes<sup>10</sup>, soit par le nombre de jours d'arrêt de travail qu'ils ont engendrés<sup>11</sup>. Dans les deux cas, la mesure de la gravité peut être biaisée : la gêne

<sup>10</sup> Dans le module B (Eurostat), il est possible de distinguer le degré de gêne. Celle-ci peut être mesurée ou considérable. Cependant, dans le module D, cette distinction n'est pas faite. C'est pourquoi, dans un souci de comparabilité, nous étudions la gêne occasionnée sans gradation.

<sup>11</sup> Total cumulé des jours d'arrêt sur les 12 derniers mois pour les individus ayant eu une activité professionnelle au cours des 12 derniers mois.

ressentie est subjective et le nombre de jours d'arrêt peut dépendre du régime de couverture social (Lê, 2015), de la précarité de l'emploi, de la CSP (etc.). Malgré cela, on observe bien une diminution des écarts entre l'interrogation française et européenne à mesure que les problèmes considérés s'aggravent. Ainsi, la prévalence des problèmes de santé qui limitent les individus dans leurs activités quotidiennes est de 21% selon Eurostat et de 38% selon la France. Pour ceux qui ont entraîné un arrêt de travail d'au moins un jour, ces chiffres sont respectivement de 12% et 18%, et de 4,6% et 6% pour les arrêts d'au moins un mois. Ici encore, le fait de calculer la prévalence française sur le questionnaire complet ou restreint n'a que très peu d'impact.

### **Un lien très subjectif entre santé et travail**

En revanche, les écarts se creusent lorsqu'on considère les problèmes de santé liés au travail. Suivant la méthodologie d'Eurostat, 11% des personnes souffrent d'un tel problème, contre trois à quatre fois plus pour le questionnement français (44% et 35%). Selon Eurostat, environ un tiers des problèmes de santé sont liés au travail, alors que ce chiffre est plutôt d'un sur deux dans le cas français. Autrement dit, les problèmes de santé récupérés par l'interrogation française sont plus fréquemment liés au travail. Le prisme du travail apparaît ainsi comme celui qui déforme le plus la perception des individus de leur état de santé.

Ce résultat illustre la difficulté à faire le lien entre santé et travail. En effet, l'impact du travail sur certaines pathologies peut être indirect et différé dans le temps. Des facteurs multiples peuvent participer à leur apparition et il n'est pas forcément évident de rendre responsable le travail. Des mécanismes sociaux, culturels conduisent aussi à brouiller, voire nier, le lien entre problème de santé et travail. Le fait d'avoir un métier impliquant des contraintes physiques importantes peut ainsi être valorisé par certains travailleurs, malgré des répercussions évidentes sur la santé. Dès lors, ces derniers n'identifieront pas les pathologies dont ils souffrent comme causées par le travail. Des processus de « naturalisation » ou « de déni » (Djours,1988) conduisent à intégrer les troubles physiques engendrés par l'activité professionnelle comme faisant partie intégrante du travail, et non plus comme des atteintes à la santé. Ainsi des troubles musculo-squelettiques liées à certaines activités manuelles sont perçus comme indissociables du métier exercé et ne sont dès lors pas identifiés comme des problèmes de santé.

Un autre type d'argument avancé pour expliquer la difficulté à reconnaître un problème de santé lié au travail réside dans une approche globale positive du travail. Les personnes peuvent valoriser leur activité professionnelle pour de multiples raisons: en tant que lieu de socialisation, comme vecteur d'indépendance ou de reconnaissance sociale. Dès lors, le recul devient insuffisant, brouille le jugement des personnes (Bouffartigue, Pendariès et Bouteiller, 2010). Les enquêtés peuvent être conscients d'impacts négatifs mais dressent un bilan plus global faisant alors intuitivement appel à une définition large de la santé incluant des dimensions sociales et personnelles. Ils tranchent alors toute question d'ordre général entre santé et travail dans le sens d'un lien positif.

### **Des statistiques européennes peu discriminantes**

L'étude des indicateurs de prévalence toutes pathologies confondues répond aux contraintes d'Eurostat en terme de moyens d'enquêtes. Dans le cadre des modules complémentaires aux LFS, seules onze variables sont collectées dans tous les pays de l'Union<sup>12</sup>. Le questionnement français par liste s'attache plutôt à analyser séparément chaque type de problèmes de santé pour en suivre éventuellement l'évolution dans le temps. Cela évite par exemple de mettre au même plan les troubles musculo-squelettiques et les problèmes d'anxiété ou de stress. Une telle analyse n'est pas possible avec la méthodologie d'Eurostat car elle ne s'intéresse qu'au problème le plus sérieux. Ce choix peut s'avérer problématique dans la mesure il ne permet pas toujours de faire apparaître les différences de prévalence entre les catégories de population. Or, la qualité d'un questionnaire de santé se mesure également à sa capacité à faire apparaître de telles hiérarchies

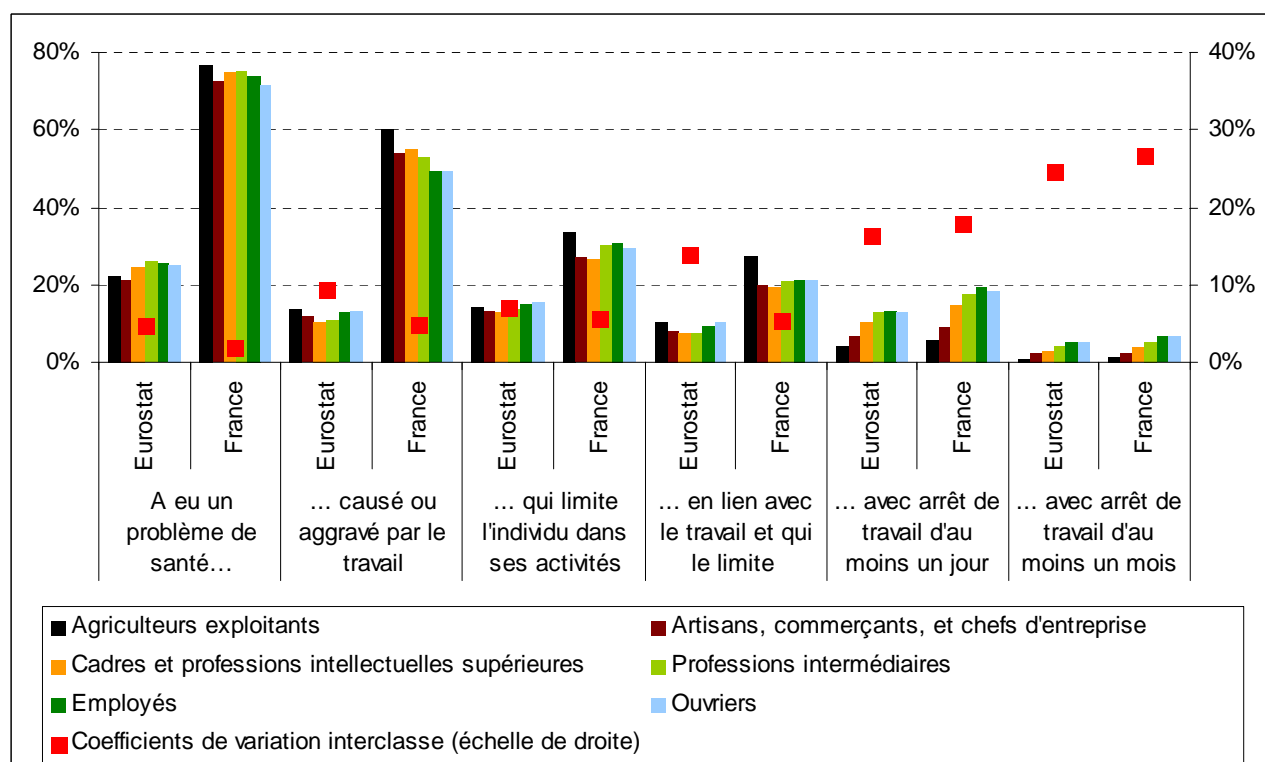
Pour illustrer ce propos, considérons la prévalence des problèmes de santé, toutes gravités confondues, par catégories socioprofessionnelles. La Figure 6 montre que cet indicateur discrimine très mal les différences de santé par CSP<sup>13</sup>. Avec la mesure Eurostat, 25% des ouvriers souffrent au moins d'un problème quelconque et ce chiffre est identique pour les cadres. La mesure française n'est

<sup>12</sup> Elles sont toutefois construites à partir des réponses à un nombre de questions supérieur à onze.

<sup>13</sup> Ce constat est moins vrai lorsqu'on considère des classes décennales d'âge

pas meilleure, elle conduit même à des résultats encore moins bons. La prévalence serait de 75% pour les cadres et 72% pour les ouvriers. Tout le monde ou presque est en effet capable de se remémorer un problème de santé au cours de 12 derniers mois. Pour apprécier la variabilité interclasse, on rapporte l'écart-type interclasse à la moyenne (coefficients de variation interclasse). Cette valeur correspond aux carrés rouges sur la Figure 6 : plus elle est élevée et plus la mesure permet une bonne discrimination. Pour les deux indicateurs que nous venons de décrire, ces valeurs sont très faibles (respectivement de 5% et 2%). Ce n'est que lorsqu'on s'intéresse à des problèmes plus graves qu'il est possible d'obtenir des valeurs supérieures à 10%. Malgré cela, le pouvoir discriminant reste faible. La prévalence des problèmes de santé qui limitent les activités quotidiennes et qui sont liés au travail est par exemple de 7% pour les cadres et de 10% pour les ouvriers selon Eurostat (coefficient de variation interclasse de 14%). On constate que pour le calcul des indicateurs européens, c'est-à-dire sans distinction de pathologie, la méthodologie européenne est en moyenne meilleure que la française. Leur pouvoir discriminant converge toutefois lorsqu'on se restreint à des problèmes plus graves. Il s'agit là d'un biais connu de l'interrogation par liste (Aïach, Cèbe, 1996). Elle déclenche un plus grand nombre de réponses, au risque de collecter un ensemble informel de problèmes. Elle nécessite un effort de précision et de tri des informations recueillies pour rétablir des hiérarchies.

**Figure 6 : Prévalence des problèmes de santé selon leur gravité, par CSP**



Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant déjà exercé une activité professionnelle. Pour les indicateurs qui portent sur les jours d'arrêt, seules les personnes qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois sont concernées.

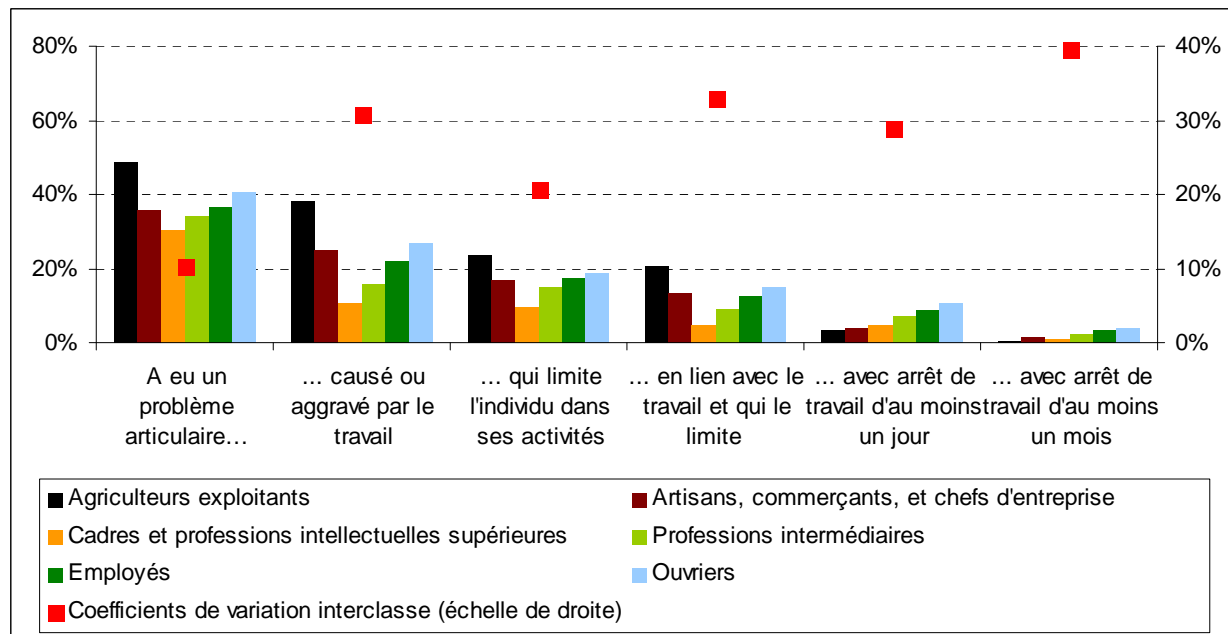
Lecture: La prévalence des problèmes de santé liés au travail est de 14% chez les agriculteurs selon Eurostat contre 61% pour la France. Le croisement de la CSP et de cette prévalence conduit à un coefficient de variation interclasse de 10% pour Eurostat contre 4% pour la France. Autrement dit, ce croisement est plus discriminant avec la méthodologie d'Eurostat.

Si on étudie les problèmes de santé séparément, comme le permet le questionnaire français, on obtient de bien meilleurs résultats. La

Figure 7 s'intéresse par exemple à la prévalence des problèmes articulaires, musculaires ou osseux (toutes localisations). Même sans distinguer la gravité, on constate que ces problèmes touchent plus fréquemment certaines catégories de travailleurs (49% des agriculteurs, 42% des ouvriers contre 30% des cadres). Le coefficient de variation interclasse est alors égal à 11%. Le fait de se restreindre à des problèmes plus graves augmente fortement cette valeur et donc le pouvoir discriminant. Elle

passé à 31% lorsque ces problèmes sont liés au travail, 34% lorsqu'ils sont liés au travail et qu'ils occasionnent une gêne, et jusqu'à 40% lorsqu'ils occasionnent un arrêt de plus d'un mois. Ce constat s'explique par le fait que certaines pathologies sont spécifiques à des catégories de travailleurs et à leurs conditions de travail. Le même type de résultats aurait par exemple pu être produit pour les problèmes d'anxiété puisqu'ils touchent davantage les personnes travaillant dans des bureaux et le secteur des services. En confondant toutes les pathologies, la méthodologie d'Eurostat conduit ainsi à lisser les écarts de santé.

**Figure 7 : Prévalence des problèmes articulaires, musculaires ou osseux selon leur gravité, par CSP**



Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant déjà exercé une activité professionnelle. Pour les indicateurs qui portent sur les jours d'arrêt, seules les personnes qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois sont concernées.

Lecture: La prévalence des problèmes articulaires, musculaires ou osseux liés au travail est de 39% pour les agriculteurs, 28% pour les ouvriers contre 11% pour les cadres. Le croisement de la CSP et de cette prévalence conduit à un coefficient de variation interclasse de 31%.

### L'oubli de problèmes de santé et le focus sur le principal expliquent les écarts entre questionnaires européen et français

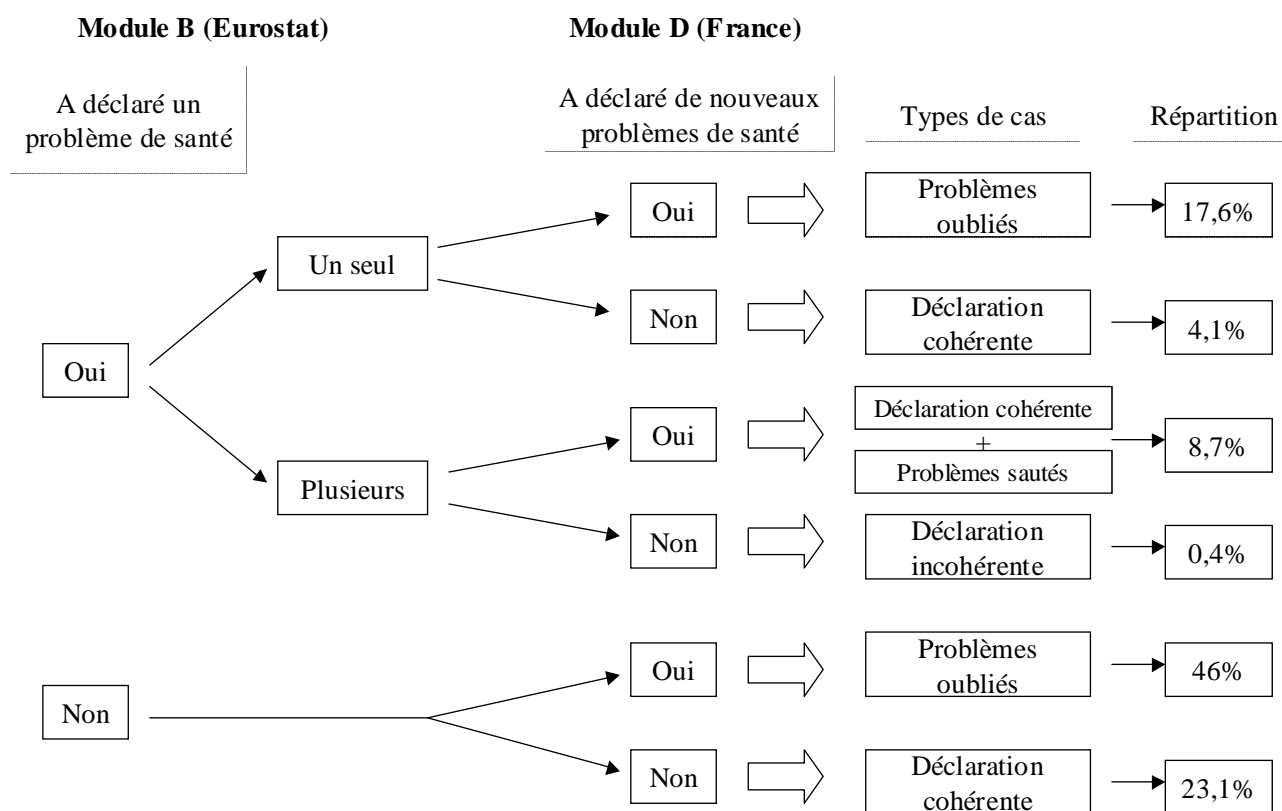
La Figure 8 retrace le schéma de réponse aux modules B et D du questionnaire. On constate que les écarts entre les méthodologies française et européenne ont deux origines : les problèmes de santé qui ont été « oubliés » et ceux qui ont été « sautés » par l'interrogation européenne. Dans le premier cas, l'enquêté déclare dans le module B (interrogation européenne) souffrir d'un seul ou d'aucun problème de santé. Cependant, lors du module D (interrogation française), le balayage par liste fait apparaître un ou plusieurs nouveaux problèmes de santé qui avaient été oubliés dans le module B. Dans le second cas, il s'agit de personnes qui déclarent souffrir de plusieurs problèmes de santé dans le module B mais qui ne peuvent en détailler qu'un seul, le principal. Dans ce cas, le module D offre l'occasion d'en savoir plus sur ces problèmes « sautés »<sup>14</sup>. Ces problèmes n'ont pas été « oubliés » puisque la personne s'en était spontanément souvenue lors le module B.

Plus de 60% des enquêtés sont sujets à des oublis : 46% avaient déclaré dans un premier temps (module B) ne souffrir d'aucun problème mais en ont reconnu un ou plusieurs ensuite (module D) ; 17,6% en ont reporté un seul dans un premier temps puis se sont souvenu d'un ou plusieurs autres

<sup>14</sup> Certains problèmes oubliés sont considérés par défaut comme « sautés ». En effet, dans le module B, il est possible pour l'enquêté de répondre qu'il souffre de deux problèmes de santé. Dans ce cas, s'il déclare deux problèmes ou plus dans le module D, seul un d'entre eux aura réellement été sauté. Malheureusement, comme il n'est pas possible de déterminer lequel, on considérera par défaut qu'une personne déclarant plus d'un problème de santé dans le module B ne peut pas faire l'objet d'oubli.

ensuite. Le cas des problèmes de santé « sautés » en raison du focus sur le problème principal est plus marginal : il ne concerne que 9% des enquêtés.

**Figure 8 : Schéma de réponse aux modules B et D**



Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant déjà exercé une activité professionnelle.

Lecture: 46% des individus interrogés n'ont pas spontanément déclaré de problème dans le module B (Eurostat) mais en ont déclaré un ou plus dans le module D (France).

### La méthodologie d'Eurostat sous-estime de près de moitié le total des jours d'arrêts de travail

Un des objectifs affichés par Eurostat est de pouvoir dénombrer le nombre de jours de travail perdus à cause des problèmes de santé liés au travail. Or, les phénomènes d'oubli et de saut conduisent à une sous-estimation du nombre de problèmes de santé et de jours d'arrêts de travail. En pratique, la première est beaucoup plus importante que la seconde.

Le fait de ne s'intéresser qu'au problème principal<sup>15</sup> ne permet de recenser que 13% de l'ensemble des problèmes de santé liés au travail<sup>16</sup> (Tableau 1). 74% des problèmes déclarés sont spontanément oubliés dans le module B et 12% sont sautés en raison du focus sur le principal. En revanche, le questionnaire européen permet de récupérer un peu plus de la moitié (55%) du total des jours d'arrêt dus à un problème de santé lié au travail (Tableau 2). En effet, si les problèmes de santé oubliés sont nombreux, la plupart sont bénins et n'engendrent pas d'arrêt de travail. Ils ne représentent « que » 33% du total des jours d'arrêt. En comparaison, les problèmes de santé liés au travail qui sont sautés apparaissent plus graves avec 13% du total des jours d'arrêt. Ceci indique que les personnes qui ont plusieurs problèmes de santé en cumulent généralement des relativement graves. En effet, en moyenne, le problème de santé principal a entraîné un arrêt de 10 jours au cours des douze derniers mois, contre 1 jour pour un problème oublié et 2,5 jours pour un problème sauté.

<sup>15</sup> La notion de problème principal peut prêter à confusion car elle renvoie au problème décrit dans le module B. Or, une personne qui ne déclare aucun problème dans le module B mais qui en déclare un ou plusieurs dans le module D, n'aura pas de problème principal.

<sup>16</sup> On s'intéresse ici aux problèmes de santé liés au travail car il s'agit du champ d'intérêt d'Eurostat. Toutefois, l'analyse peut être réalisée sur l'ensemble des problèmes de santé. Elle conduit à des résultats similaires. Ces derniers sont présentés en annexes 2.

**Tableau 1 : Répartition des problèmes de santé liés au travail selon leur caractère principal, oublié ou sauté**

<b>Nombre de problèmes de santé liés au travail recensés</b>	<b>Problèmes de santé principaux</b>	<b>Problèmes de santé oubliés</b>	<b>Problèmes de santé sautés</b>
<b>Toutes pathologies confondues</b>	<b>13%</b>	<b>74%</b>	<b>12%</b>
Articulaire, musculaire ou osseux	34%	61%	6%
Respiratoire ou pulmonaire	22%	55%	23%
Au niveau de la peau	7%	74%	20%
Au niveau de l'audition	3%	80%	16%
Stress, anxiété ou dépression	28%	58%	13%
Maux de tête, migraine ou fatigue visuelle	2%	85%	13%
Cardiaque ou cardiovasculaire, problème circulatoire	24%	59%	16%
Maladie virale, infectieuse ou bactérienne	40%	47%	13%
Estomac, foie, rein, ou digestion	7%	70%	22%
Endocrinien ou métabolique (diabète, thyroïde...)	16%	61%	24%
Autre	57%	34%	10%
Problèmes d'insomnie ou des difficultés à dormir	Hors module B	85%	15%
Stress, fatigue générale	Hors module B	89%	11%

Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant déjà exercé une activité professionnelle.

Lecture: 33% des problèmes articulaires, musculaires ou osseux liés au travail répertoriés dans l'enquête ont été déclarés dans le module B (problème principal). Le reste provient du module D (interrogation française). 59% ont été oubliés, 6% sautés.

Note : Le total de chaque ligne est égal à 100%. La notion de problème « principal » renvoie au problème déclaré dans le module B (européen).

**Tableau 2 : Répartition des jours d'arrêts dus à des problèmes de santé liés au travail selon leur caractère principal, oublié ou sauté**

<b>Total des jours d'arrêt de travail</b>	<b>Arrêts dus aux problèmes de santé principaux</b>	<b>Arrêts dus aux problèmes de santé oubliés</b>	<b>Arrêts dus aux problèmes de santé sautés</b>
<b>Toutes pathologies confondues</b>	<b>55%</b>	<b>33%</b>	<b>13%</b>
Articulaire, musculaire ou osseux	70%	23%	6%
Respiratoire ou pulmonaire	43%	45%	12%
Au niveau de la peau	31%	22%	46%
Au niveau de l'audition	49%	51%	0%
Stress, anxiété ou dépression	70%	18%	12%
Maux de tête, migraine ou fatigue visuelle	18%	44%	38%
Cardiaque ou cardiovasculaire, problème circulatoire	62%	27%	11%
Maladie virale, infectieuse ou bactérienne	57%	33%	10%
Estomac, foie, rein, ou digestion	18%	62%	20%
Endocrinien ou métabolique (diabète, thyroïde...)	29%	44%	27%
Autre	52%	42%	6%
Problèmes d'insomnie ou des difficultés à dormir	Hors module B	72%	28%
Stress, fatigue générale	Hors module B	70%	30%

Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

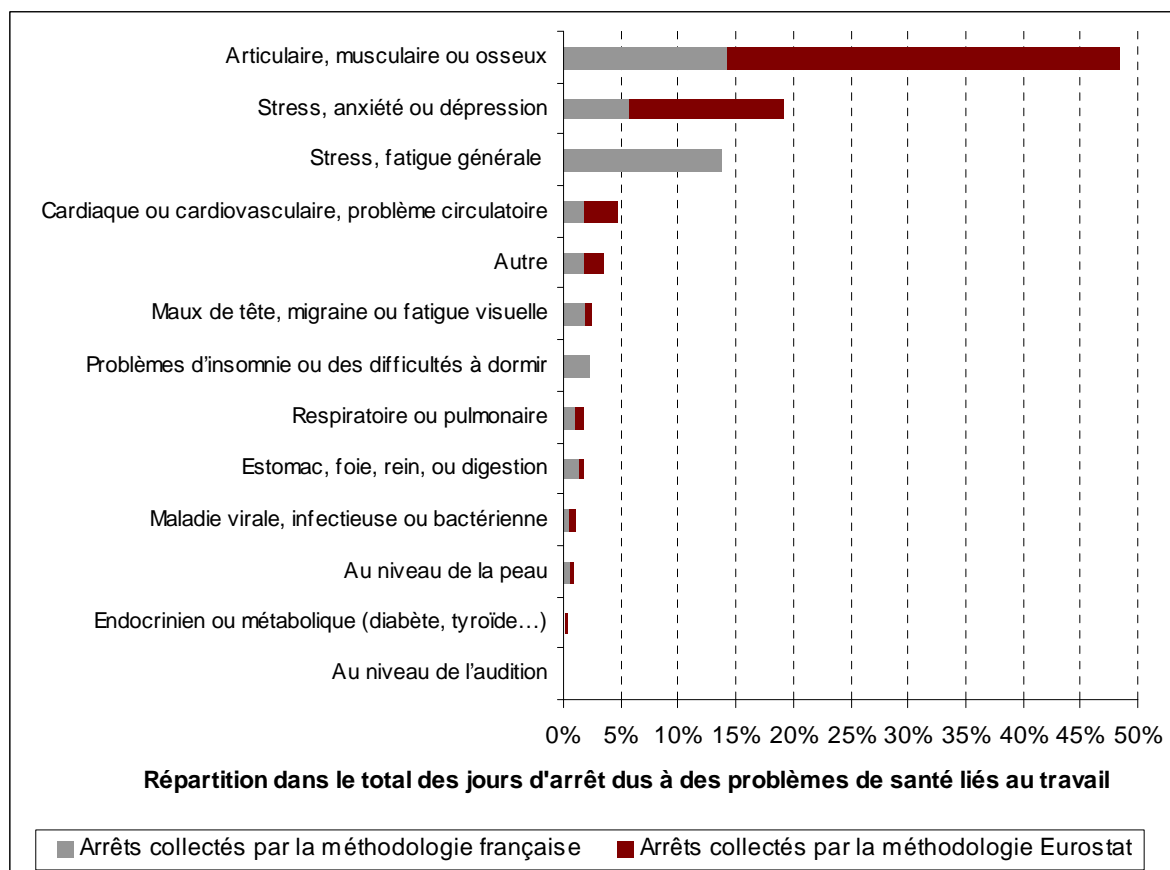
Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant exercé une activité professionnelle au cours des 12 derniers mois.

Lecture: Les problèmes articulaires, musculaires ou osseux liés au travail désignés comme problème de santé principal représentent 61% du total des jours d'arrêt dus à un problème de ce type.

Note : Le total de chaque ligne est égal à 100%. La notion de problème « principal » renvoie au problème déclaré dans le module B (européen).

Certains problèmes de santé sont plus susceptibles d'être oubliés que d'autres : c'est le cas des problèmes de migraine, d'insomnie, d'audition, de stress et de fatigue générale. Ils sont oubliés dans plus de 80% des cas. Il s'agit assez logiquement des pathologies les plus bénignes. A contrario, les problèmes articulaires, respiratoires, cardiaques, viraux, de dépression et ceux classés dans « autres » sont moins fréquemment oubliés. Lorsqu'ils sont oubliés, il s'agit généralement des cas les moins graves. Par exemple, 61% des problèmes articulaires sont oubliés mais ces derniers ne représentent que 23% du total des arrêts de travail dus à un problème articulaire. Malgré cela, dans l'optique d'estimer le total des jours d'arrêt dus à des problèmes de santé liés au travail, le fait de recenser des pathologies secondaires et bénignes est nécessaire. En effet, si la durée moyenne des arrêts qu'elles engendrent est faible, leur forte prévalence conduit à une somme cumulée qui devient significative dans le total (près de 45%). La Figure 9 montre que 48% des arrêts de travail recensés liés à une pathologie professionnelle sont dus à des problèmes articulaires, musculaires ou osseux, et 19% à des problèmes de stress, anxiété ou dépression. Pour ces pathologies, le questionnaire d'Eurostat fonctionne bien : il permet de récupérer 70% des arrêts déclarés dans les deux cas. La contribution du questionnaire français passe à travers les problèmes secondaires. Par exemple, les problèmes de stress et de fatigue générale n'engendrent en moyenne que 1,2 jours d'arrêt sur l'année (contre 5 pour les problèmes articulaires, musculaires ou osseux). Mais le cumul de ces arrêts représente 14% du total des jours d'arrêt.

**Figure 9 : Contribution de chaque pathologie au total des jours d'arrêt dus à des problèmes de santé liés au travail**



Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant exercé une activité professionnelle au cours des 12 derniers mois.



Lecture: Les problèmes articulaires, musculaires ou osseux liés au travail représentent 48% des arrêts de travail dus à un problème de santé lié au travail. Sur ces 48%, 14% proviennent de problèmes collectés par l'interrogation française et 34% par l'interrogation européenne.

### **Les oublis diminuent avec la gravité des problèmes de santé mais restent importants**

Pour visualiser à quel niveau se jouent les différences entre les questionnements français et européen, on étudie les comportements d'oubli en fonction du degré de gravité des maladies dont souffrent les individus (Figure 10). Pour cela, les individus de la base sont tour à tour classés selon les critères suivants<sup>17</sup> :

- Nombre de jours d'arrêt de travail
- Avoir un handicap reconnu
- Avoir un problème de santé reconnu comme maladie professionnelle
- Le problème principal entraîne une gêne considérable
- Nombre de problèmes de santé qui entraînent un arrêt de travail
- Nombre de problèmes de santé qui entraînent une gêne
- Nombre de problèmes de santé liés au travail
- Nombre de problèmes de santé

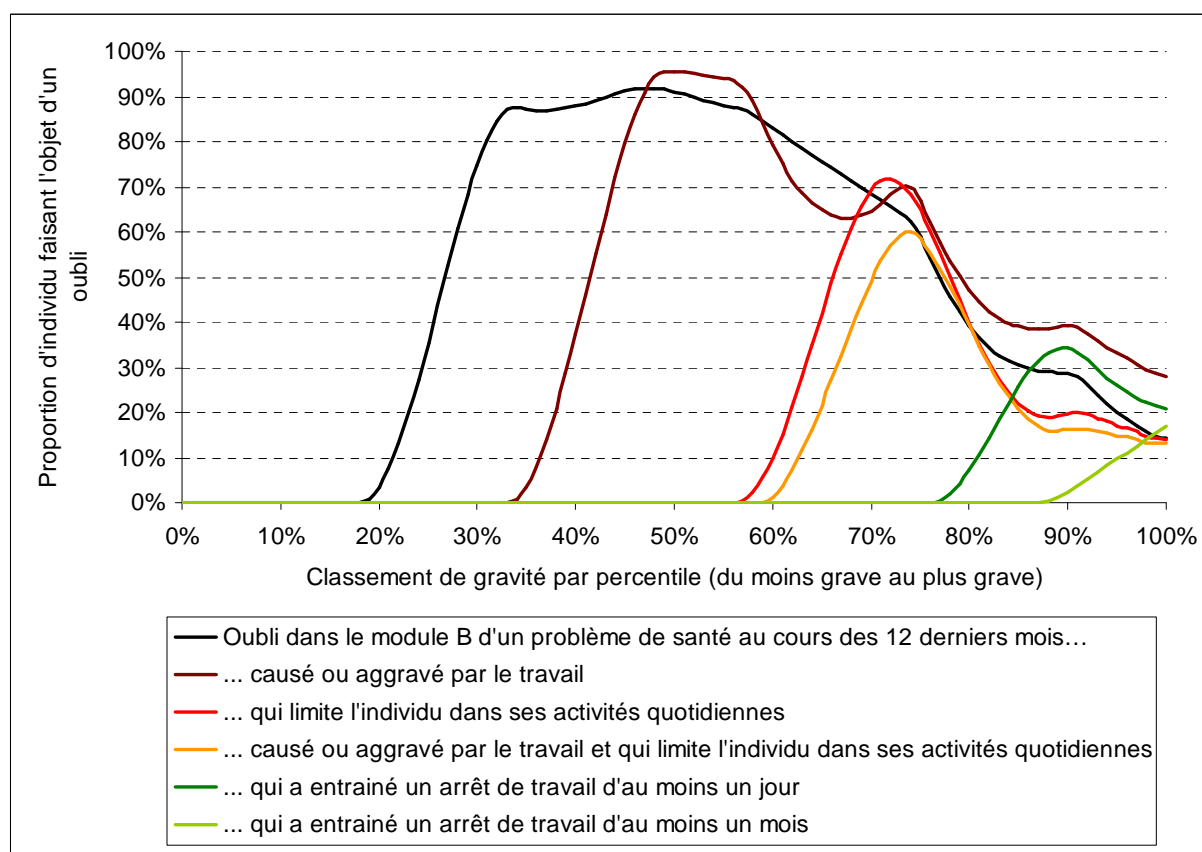
Sur la Figure 10, les abscisses reportent le rang relatif dans ce classement : plus on se décale vers la droite et plus les individus souffrent des pathologies graves<sup>18</sup>. L'individu en moins bonne santé se voit attribué la valeur du percentile à 100%. En ordonnée sont reportés les taux d'oubli pour chaque type de problèmes de santé (moyennes glissantes). Il s'agit des personnes qui n'ont pas déclaré de problème de santé d'un certain type dans le module B, mais qui en ont déclaré (au moins) un dans le module D. On s'intéresse uniquement problèmes oubliés. Autrement dit, les personnes qui déclarent souffrir de plusieurs problèmes de santé dans le module B ne sont pas considérées dans les oublis (il s'agit de problèmes « sautés »).

---

<sup>17</sup> Par exemple, lorsque deux individus présentent le même nombre de jours d'arrêt, on considérera que le plus gravement atteint est celui qui souffre d'un handicap reconnu. Si aucun des deux ne souffre d'un handicap reconnu (ou s'ils le sont les deux), on regarde si un des deux a une maladie professionnelle reconnue (etc...).

<sup>18</sup> Ce classement n'est réalisé qu'à titre illustratif. La position des courbes peut en effet varier si on change l'ordre des derniers critères.

**Figure 10 : Propension à l'oubli des problèmes de santé en fonction l'état de santé**



Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant exercé une activité professionnelle au cours des 12 derniers mois.

Lecture: Les personnes qui se situent autour des 50% de personnes en meilleure santé oublient sont en moyenne 90% à avoir oublié de citer un problème de santé lié au travail à titre principal (module B) alors qu'elles en citent au moins un dans le module D.

Quel que soit le type de problèmes de santé, le comportement d'oubli affiche un profil similaire. La courbe d'oubli croît d'abord en fonction de la gravité pour atteindre un pic puis décroît ensuite. Cette forme est assez logique : les individus en meilleure santé (à gauche) n'oublient aucun problème de santé car ils n'en ont pas à oublier. Ensuite, à mesure que l'état de santé se dégrade, les oublis sont de plus en plus fréquents, en particulier pour les pathologies bénignes. Cependant, à partir d'un certain seuil, les individus souffrent de problèmes trop importants pour être oubliés<sup>19</sup>. Les seuils à partir desquels croissent et décroissent chaque courbe varient selon le type de problème de santé. Ils indiquent à quels niveaux les questionnements français et européen vont le plus différer. Les résultats obtenus seront d'autant plus différents que l'aire sous les courbes sera importante. Pour les problèmes de santé toutes gravités confondues, c'est sur les personnes situées entre les percentiles 20% à 80% que va jouer l'essentiel des différences entre les deux méthodologies. Alors que pour les problèmes qui entraînent une limitation dans le quotidien, qu'ils soient liés ou non au travail, ces percentiles se situent entre 60% et 85%. On constate également que l'oubli des problèmes de santé liés au travail reste très fréquent même pour les personnes les plus gravement affectées (autour de 30%).

De manière générale, il subsiste une part importante d'oubli pour ceux qui souffrent de problèmes de santé graves. Le Tableau 3 montre par exemple que 19% des enquêtés qui se sont arrêtés un mois ou plus au cours de l'année n'ont déclaré aucun problème de santé ayant entraîné un tel arrêt dans le module B. Parmi eux, les deux tiers ont même déclaré ne souffrir d'aucun problème de santé particulier, même bénin. Dans les autres cas, la personne peut avoir jugé qu'un autre problème est le

<sup>19</sup> Par exemple, ce n'est que parmi les 20% de personnes en moins bonne santé que le nombre de jours d'arrêt est non nul. Il est donc normal que les personnes entre 0% et 80% sur les abscisses aient un taux d'oubli nul pour les problèmes de santé ayant entraîné un d'arrêt de travail.

principal, malgré le fait qu'il ait entraîné un arrêt de moins de 30 jours (ou pas d'arrêt). Par exemple, si l'enquêté souffre de diabète à titre principal mais qu'il s'est également cassé la jambe. Le cas de figure où le problème principal n'est pas celui qui a entraîné l'arrêt le plus long se rencontrent dans près de 5% des déclarations. Une des raisons provient du fait que le questionnaire européen privilégie les problèmes de santé liés au travail. Si l'individu se souvient spontanément qu'il est diabétique et qu'il s'est cassé une jambe lors d'une activité professionnelle, il lui est demandé de décrire son problème de fracture dans le module B. Malgré l'accent mis sur les problèmes de santé liés au travail dans le questionnement Eurostat, près de 70% des personnes souffrant d'un tel problème, n'en ont cité aucun dans le module B (Tableau 3). 85% d'entre elles ont même déclaré ne souffrir d'aucun problème de santé particulier.

**Tableau 3 : Propension à oublier un type de problème de santé sachant qu'on en souffre**

Personnes ayant souffert d'un...	...problème de santé au cours des 12 derniers mois...	... causé ou aggravé par le travail	... qui limite l'individu dans ses activités quotidiennes	... causé ou aggravé par le travail et qui limite l'individu dans ses activités quotidiennes	... qui a entraîné un arrêt de travail d'au moins un jour	... qui a entraîné un arrêt de travail d'au moins un mois
Proportion de personnes ayant oublié de citer un type de problème dans le module B (européen) sachant qu'elles en reportent un dans le module D	60%	70%	43%	53%	30%	19%
<i>dont proportion de personnes qui n'ont déclaré aucun problème dans le module B</i>	100%	85%	89%	80%	81%	67%

Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant déjà exercé une activité professionnelle. Pour les indicateurs qui portent sur les jours d'arrêt, seules les personnes qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois sont concernées.

Lecture: 30% des personnes qui ont souffert d'un problème de santé ayant entraîné au moins un jour d'arrêt ne s'étaient pas souvenu d'un tel problème lors de l'interrogation européenne. Parmi elles, 81% avaient même déclaré ne souffrir d'aucun problème de santé particulier, même bénin.

### Les comportements d'oubli sont peu corrélés aux caractéristiques sociodémographiques

La propension à oublier un type de problème de santé sachant qu'on en souffre d'après le module D ne varie pas beaucoup selon qu'on considère la CSP, le sexe, l'âge ou l'origine géographique (Tableau 4). Ce résultat peut paraître surprenant au vu de la littérature sur le lien entre santé et travail. Lorsqu'on contrôle des effets toutes choses égales par ailleurs à l'aide d'une estimation des odd-ratios par régression logistique, ce constat se confirme puisque la plupart des effets sont non significatifs (Tableau 5). Quelques effets sont néanmoins perceptibles. Par exemple, il apparaît que les cadres ont une tendance un peu plus forte à oublier leurs problèmes de santé lorsque ceux-ci n'engendrent pas d'arrêt de travail. A l'inverse, les ouvriers sont ceux qui les oublient le moins. De même, toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont un risque d'oubli 10% à 20% inférieur à celui des hommes. L'effet de l'âge est un peu plus prononcé puisque les jeunes (15 à 25 ans) ont un risque d'oubli 20% à 40% inférieur à celle de leurs aînés. Enfin, les immigrés présentent également une tendance à l'oubli un peu plus forte, probablement pour des raisons de maîtrise de la langue lors de l'enquête. De manière générale, ce sont les problèmes de santé liés au travail qui engendrent un risque d'oubli le plus important. Une analyse de l'oubli par pathologie serait plus susceptible de mettre en avant des différences entre groupes sociaux.

**Tableau 4 : Propension à oublier un type de problème de santé sachant qu'on en souffre, par CSP, sexe, âge et origine.**

Proportion de personnes ayant oublié de citer un type de problème dans le module B (européen) sachant qu'elles en reportent un dans le module D	Problème de santé au cours des 12 derniers mois...	... causé ou aggravé par le travail	... qui limite l'individu dans ses activités quotidiennes	... causé ou aggravé par le travail et qui limite l'individu dans ses activités quotidiennes	... qui a entraîné un arrêt de travail d'au moins un jour	... qui a entraîné un arrêt de travail d'au moins un mois
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>						
Agriculteurs exploitants	71%	77%	58%	61%	21%	25%
Artisans, commerçants, et chefs d'entreprise	71%	77%	48%	56%	26%	2%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	67%	78%	49%	57%	27%	18%
Professions intermédiaires	65%	76%	53%	60%	27%	14%
Employés	66%	72%	50%	53%	34%	20%
Ouvriers	65%	71%	45%	48%	30%	20%
Autres (dont inconnu)	51%	61%	38%	49%	31%	30%
<b>Sexe</b>						
Masculin	62%	73%	44%	55%	30%	18%
Féminin	58%	68%	43%	51%	30%	19%
<b>Age</b>						
Entre 15 et 25 ans	69%	78%	52%	63%	34%	25%
Entre 26 et 35 ans	67%	76%	51%	55%	30%	16%
Entre 36 et 45 ans	64%	73%	46%	54%	31%	18%
Entre 46 et 55 ans	60%	68%	43%	48%	29%	18%
56 ans et plus	54%	65%	40%	53%	28%	23%
<b>Origine géographique</b>						
Français (natif de natifs)	60%	71%	44%	53%	29%	19%
Descendants d'immigré(s)	60%	71%	43%	53%	36%	18%
Immigrés (né étranger à l'étranger)	57%	68%	37%	48%	34%	17%
<b>Ensemble</b>	<b>60%</b>	<b>70%</b>	<b>43%</b>	<b>53%</b>	<b>30%</b>	<b>19%</b>

Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant déjà exercé une activité professionnelle. Pour les indicateurs qui portent sur les jours d'arrêt, seules les personnes qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois sont concernées.

Lecture: 21% des agriculteurs qui ont souffert d'un problème de santé ayant entraîné au moins un jour d'arrêt ne s'étaient pas souvenu d'un tel problème lors de l'interrogation européenne.

**Tableau 5 : Odd-ratios de la probabilité d'oubli d'un type de problème de santé sachant qu'on en souffre**

Odd ratio estimé de la probabilité d'oublier un type de problème de santé sachant qu'on en souffre d'après le module D.	Problème de santé au cours des 12 derniers mois...	... causé ou aggravé par le travail	... qui limite l'individu dans ses activités quotidiennes	... causé ou aggravé par le travail et qui limite l'individu dans ses activités quotidiennes	... qui a entraîné un arrêt de travail d'au moins un jour	... qui a entraîné un arrêt de travail d'au moins un mois
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>						
Agriculteurs exploitants	23%	-12%	44%	12%	-30%	35%
Artisans, commerçants, et chefs d'entreprise	19%	-9%	-3%	-6%	-8%	-89%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Professions intermédiaires	-10%	-9%	18%	16%	-4%	-30%
Employés	-5%	<b>-18%</b>	5%	-9%	<b>33%</b>	6%
Ouvriers	<b>-13%</b>	<b>-36%</b>	-15%	<b>-33%</b>	12%	11%
Autres (dont inconnu)	<b>-46%</b>	<b>-58%</b>	<b>-38%</b>	<b>-36%</b>	18%	76%
<b>Sexe</b>						
Masculin	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Féminin	<b>-10%</b>	<b>-26%</b>	-5%	<b>-18%</b>	-3%	11%
<b>Age</b>						
Entre 15 et 25 ans	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Entre 26 et 35 ans	-9%	-13%	-5%	<b>-28%</b>	-10%	-37%
Entre 36 et 45 ans	<b>-22%</b>	<b>-26%</b>	<b>-21%</b>	<b>-31%</b>	-10%	-31%
Entre 46 et 55 ans	<b>-33%</b>	<b>-40%</b>	<b>-29%</b>	<b>-45%</b>	-19%	-27%
56 ans et plus	<b>-25%</b>	<b>-19%</b>	-15%	-17%	-22%	-13%
<b>Origine géographique</b>						
Français (natif de natifs)	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Descendants d'immigré(s)	-2%	1%	-5%	2%	<b>36%</b>	-9%
Immigrés (né étranger à l'étranger)	<b>-10%</b>	-3%	<b>-22%</b>	-11%	23%	-18%

Source: Insee, enquête emploi et module complémentaire sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail (2013).

Champ: personnes de 15 ans ou plus ayant déjà exercé une activité professionnelle. Pour les indicateurs qui portent sur les jours d'arrêt, seules les personnes qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois sont concernées.

Lecture: Le fait d'être une femme plutôt qu'un homme diminue de 26%, toutes choses égales par ailleurs, le risque d'oublier un problème de santé lié au travail, sachant qu'on en souffre (d'après le module D).

## Bibliographie

- T. Amossé, V. Daubas-Letourneux , F. Le Roy, K. Meslin, K. Barragan, « Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP. (In)visibilités et inscriptions dans les trajectoires professionnelles ». Rapport de recherche du CEE. Juin 2012.
- Pierre Aiach, Dominique Cèbe « Évaluer la sante d'un groupe une gageure », La Recherche, 1996
- Pierre Aiach, Didier Fassin, 2004, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », in La revue du Praticien
- Paul Bouffartigue, Jean-René Pendariès, Jacques Bouteiller, 2010, "Virilité, métier et rapport aux risques professionnels : le cas de travailleurs de la sous-traitance." in Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, PISTES, irevues.org
- Paul Bouffartigue, Jean-René Pendariès, Jacques Bouteiller, « La perception des liens travail/santé : le rôle des normes de genre et de profession. », in CAIRN.INFO Presses de Sciences Po
- A. Clark, A. Vicard, « Conditions de collecte et santé auto-déclarée : une analyse sur données européennes » Économie et statistique, n° 403-404, 2007
- C. Dejours (1988), « Plaisir et souffrance dans le travail », Éditions AOCIP
- P. Dourgnon, S. Lardjane « Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons », Économie et statistique, n° 403-404, 2007
- Falissard B. (2001), « Mesurer la subjectivité en Santé », Masson, Paris.
- Lê, J (2015), « Les accidents au travail au cours de la vie », Insee Première (à paraître)
- Moore D. (2002), « Measuring New Types of Question Order Effects. Additive and Subtractive », Public Opinion Quarterly , vol. 66, n°1, pp. 80-91.
- Nicholls M., Orr C., Okubo M. et Loftus A. (2006), « Satisfaction Guaranteed : The Effect of Spatial Biases on Responses to Likert Scales », Psychological Science, vol. 17, n o 2, pp. 1027-1028.

## Annexe 1

### Formulation des problèmes de santé et définition des mesures France 1 et France 2

Dans le module D, l'interrogation française ne reprend pas exactement la typologie des problèmes de santé du module B. Cette dernière est reprise de la liste fournie par Eurostat qui doit être traduite et reprise scrupuleusement dans chaque pays. Contrairement à Eurostat, la formulation française fournit parfois des illustrations : « arthrose, sciatique, lumbago » par exemple pour les problèmes articulaires. De même, l'interrogation française ajoute deux nouveaux problèmes de santé qui n'apparaissaient pas précédemment. Les problèmes d'« insomnie ou des difficultés à dormir » (n°12) et ceux de « stress, de fatigue générale » (n°13) apparaissent dans le module D. Or, il existe un risque de confusion avec la typologie européenne concernant les problèmes de « stress, d'anxiété ou de dépression » (n°5) et de « maux de tête, migraine ou fatigue visuelle » (n°6).

**Tableau 6** : Correspondance entre les formulations Eurostat (module B) et française (module D)

	Formulation Eurostat	Formulation française		
1	Problème articulaire, musculaire ou osseux	Un problème articulaire, musculaire ou osseux : arthrose, sciatique, lumbago...	France 2	France 1
2	Problème respiratoire ou pulmonaire	Un problème respiratoire ou pulmonaire : bronchite chronique, asthme...		
3	Problème au niveau de la peau	Un problème au niveau de la peau		
4	Problème au niveau de l'audition	Un problème au niveau de l'audition		
5	Problème de stress, d'anxiété ou de dépression	Un problème d'anxiété ou de dépression		
6	Problème de maux de tête, migraine ou fatigue visuelle	Des problèmes de maux de tête, migraine, fatigue visuelle		
7	Problème cardiaque ou cardiovasculaire, problème circulatoire	Un problème cardiaque ou cardiovasculaire, un problème circulatoire : tension...		
8	Maladie virale, infectieuse ou bactérienne	Une maladie virale, infectieuse ou bactérienne : hépatite, méningite, MST...		
9	Problème d'estomac, de foie, de rein, ou problème de digestion	Des problèmes d'estomac, de foie, de rein, des problèmes de digestion		
10	Problème endocrinien ou métabolique (diabète, thyroïde...)	Des problèmes endocriniens ou métaboliques : diabète, thyroïde...		
11	Autre problème de santé	Un autre problème de santé		
12		Des problèmes d'insomnie ou des difficultés à dormir		
13		Du stress, une fatigue générale		

Cette dissymétrie ne remet pas en cause la comparabilité des questionnements français et Eurostat. En effet, dans le module B, seuls les individus qui se souviennent d'un problème de santé ont accès à la liste des types de problème de santé. La formulation de cette liste n'intervient donc qu'après que les individus aient choisi de déclarer un problème. Un individu qui souffre d'un problème qui n'est pas dans la liste le classera dans la catégorie « autre ». Le risque principal est plutôt de comptabiliser deux fois le même problème de santé. Soit parce ce que le problème principal (module B) classé « autre » peut être un problème d'insomnie (n°12) ou de fatigue générale (n°13). Dans ce cas, le module D réinterrogera l'individu sur ces deux catégories de problème. Soit parce que le problème principal (module B) est de type stress, anxiété (n°5) ou migraine (n°6) et que l'enquêté peut le répéter dans le module D dans la catégorie n°12 ou n°13.

En pratique, il est précisé en entrée du module D, au préalable de l'interrogation détaillée : « En plus du problème de santé dont nous avons parlé,... » pour éviter ce type de double comptabilisation. De plus, ont été retiré tous les problèmes de type insomnie (n°12) ou fatigue générale (n°13) lorsqu'a été déclaré dans le module B un problème de type anxiété (n°5) ou migraine (n°6) avec le même nombre de jours d'arrêt de travail (150 cas environ).

La mesure France 1 correspond ainsi au balayage des problèmes 1 à 11, c'est-à-dire celle qui reprend la typologie d'Eurostat. Les indicateurs (jours d'arrêt, prévalence, oubli...) sont calculés en excluant les

problèmes de type insomnie (n°12) et fatigue générale (n°13). Au contraire, la mesure France 2 les intègre.



## Annexe 2 : Tableaux de résultats annexes

<b>Nombre de problèmes de santé recensés</b>	Problèmes de santé principaux	Problèmes de santé oubliés	Problèmes de santé sautés
<b>Toutes pathologies confondues</b>	<b>13%</b>	<b>72%</b>	<b>15%</b>
Articulaire, musculaire ou osseux	32%	61%	7%
Respiratoire ou pulmonaire	18%	63%	19%
Au niveau de la peau	7%	73%	20%
Au niveau de l'audition	3%	78%	19%
Stress, anxiété ou dépression	21%	62%	17%
Maux de tête, migraine ou fatigue visuelle	2%	83%	15%
Cardiaque ou cardiovasculaire, problème circulatoire	20%	62%	18%
Maladie virale, infectieuse ou bactérienne	31%	51%	18%
Estomac, foie, rein, ou digestion	11%	69%	20%
Endocrinien ou métabolique (diabète, thyroïde...)	13%	66%	21%
Autre	61%	28%	11%
Problèmes d'insomnie ou des difficultés à dormir	Hors module B	83%	17%
Stress, fatigue générale	Hors module B	85%	15%

<b>Total des jours d'arrêt de travail</b>	Arrêts dus aux problèmes de santé principaux	Arrêts dus aux problèmes de santé oubliés	Arrêts dus aux problèmes de santé sautés
<b>Toutes pathologies confondues</b>	<b>62%</b>	<b>28%</b>	<b>11%</b>
Articulaire, musculaire ou osseux	74%	20%	6%
Respiratoire ou pulmonaire	47%	43%	11%
Au niveau de la peau	75%	12%	12%
Au niveau de l'audition	80%	16%	4%
Stress, anxiété ou dépression	68%	18%	14%
Maux de tête, migraine ou fatigue visuelle	24%	42%	34%
Cardiaque ou cardiovasculaire, problème circulatoire	70%	22%	7%
Maladie virale, infectieuse ou bactérienne	58%	28%	14%
Estomac, foie, rein, ou digestion	57%	36%	8%
Endocrinien ou métabolique (diabète, thyroïde...)	52%	22%	25%
Autre	74%	22%	4%
Problèmes d'insomnie ou des difficultés à dormir	Hors module B	69%	31%
Stress, fatigue générale	Hors module B	74%	26%

