

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES  
Séance plénière du 30 mai 2007 à 9 h 30  
« *L'emploi des seniors* »

<b>Document N°04</b>
<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>

Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe

*Thierry Debrand – Pascale Lengagne*

*Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
IRDES - Questions d'économie de la santé – N° 120 – Mars 2007*

# questions

## d'économie de la santé

analyse

### Repères

Le débat sur l'emploi des seniors met en avant l'importance de la santé et des conditions de travail dans les décisions de départ en retraite. Ces facteurs viennent s'ajouter à d'autres déterminants tels que la présence d'incitations financières, les contextes institutionnels et culturels des pays, les caractéristiques familiales des individus, leurs préférences... S'inscrivant dans ce contexte, cette étude apporte un éclairage particulier sur les liens entre la santé et la pénibilité au travail des populations arrivant à l'âge de la retraite. Elle s'appuie sur les données de l'enquête SHARE menée auprès des 50 ans et plus dans 10 pays européens. Cette enquête, coordonnée pour sa partie française par l'IRDES et l'INSEE, a été réalisée pour la première fois en 2004 et est reconduite en 2006-07.

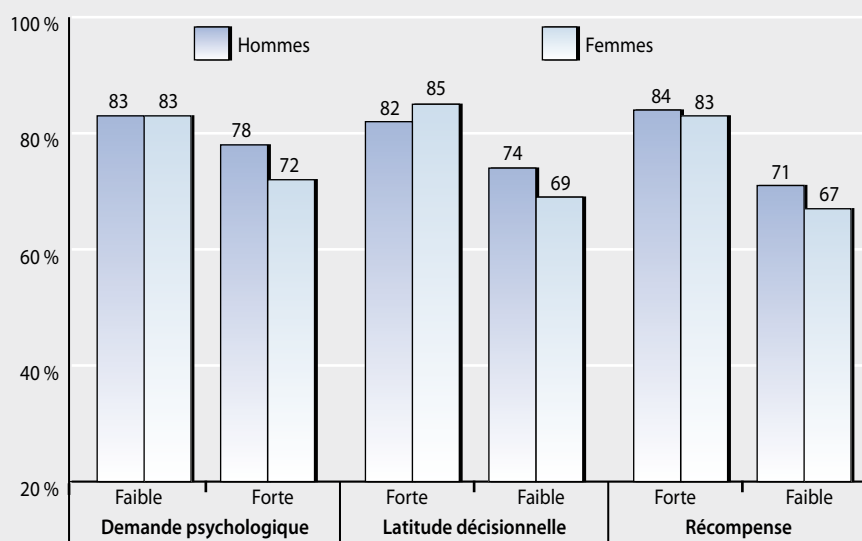
### Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe

Thierry Debrand, Pascale Lengagne

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

La pénibilité est approchée par trois dimensions : la demande psychologique, qui intègre pénibilité physique perçue et pression psychologique, la latitude décisionnelle, renvoyant aux possibilités d'action et d'évolution professionnelle et enfin la récompense reçue, monétaire ou non. Prises une à une ou combinées, elles sont liées à une modification de l'état de santé des seniors. Le lien le plus fort est observé pour la récompense reçue : ainsi, recevoir une récompense élevée est corrélé à une probabilité plus forte de se juger en bonne santé. Les résultats montrent aussi l'existence de relations entre un mauvais état de santé et une forte demande psychologique associée à une faible latitude décisionnelle ou à une récompense reçue insuffisante. Enfin, ils mettent en évidence l'importance du soutien au travail et de la sécurité de l'emploi. Dans l'ensemble, ces liens sont plus forts pour les femmes que pour les hommes.

#### Proportion de seniors se déclarant en bon état de santé selon trois dimensions de la pénibilité au travail



Source : SHARE 2004

**Guide de lecture :** 83% des femmes jugeant recevoir une récompense forte se perçoivent en bonne santé, contre 67% de celles qui jugent recevoir une récompense faible.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :  
10, rue Vauvenargues 75018 Paris  
Téléphone : 01 53 93 43 02/17  
Télécopie : 01 53 93 43 50  
E-mail : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)  
Web : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Directrice de la publication :  
Chantal Cases  
Rédactrice en chef technique :  
Nathalie Meunier  
Relecteurs :  
Anna Marek, Thomas Renaud, Catherine Sermet  
Correctrice :  
Martine Broido  
Maquettiste :  
Nicole Guervin

ISSN : 1283-4769  
Diffusion par abonnement : 60 euros par an  
Prix du numéro : 6 euros  
En ligne sur [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)  
10 à 15 numéros par an

En l'espace d'une trentaine d'années, les conditions de production et l'organisation du travail ont fortement évolué dans les pays développés. Les travailleurs sont aujourd'hui soumis à de nouvelles exigences dues aux évolutions du marché du travail (maintien d'un taux de chômage élevé, augmentation de la précarité de l'emploi...), des processus productifs et des relations entre les entreprises (augmentation de la contrainte internationale, du recours à la sous-traitance...). Cette nouvelle donne s'est traduite par une intensification du travail, de fortes contraintes de rythme, une plus grande polyvalence... Parallèlement à cette transformation du travail, la pénibilité et les problèmes de santé d'origine professionnelle se sont accrues dans tous les secteurs d'activité (Askenazy, 2004). La pénibilité physique n'a pas disparu, bien que les emplois du secteur primaire - souvent assimilés à de fortes contraintes de travail - se soient raréfiés. La répétitivité des gestes et le port de charges lourdes, par exemple, progressent. La pénibilité psychologique s'est également développée. Le stress au travail serait ainsi responsable d'une part croissante des problèmes de santé d'origine professionnelle.

Cette étude s'inscrit dans le débat actuel sur le recul de l'âge de départ en retraite afin de faire face au vieillissement qui pèse fortement sur les systèmes de retraite par répartition. Dans ce contexte, la santé et les conditions de travail sont considérées comme des facteurs expliquant les sorties

### Les données de l'enquête SHARE 2004

L'enquête Survey on Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE) réalisée en 2004 a été menée auprès de plus de 22 000 personnes âgées de 50 ans et plus vivant dans l'un des dix pays suivants : Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède et Suisse. Le sous-échantillon sur lequel nos résultats s'appuient est composé de 6 294 personnes âgées de 50 à 65 ans déclarant occuper un emploi. La collecte des données a été financée prin-

cipalement par la Commission européenne (Contrat n° 026193) dans le cadre du cinquième programme commun de recherche-développement (PCRD). Un financement additionnel a été fourni par le National Institute on Ageing américain. Des financements complémentaires ont également été apportés par la CNAVTS, le COR, la DREES, la DARES, la Caisse des Dépôts et Consignations et le Commissariat Général du Plan. La base de données est présentée dans Borsch-Supan *et al.* (2005).

d'activité précoces (Molinié et Volkoff, 2003). Des conditions de travail pénibles et préjudiciables à la santé sont de nature à réduire la productivité des seniors, à accroître leur absentéisme, leurs risques de perte d'emploi, ou à les inciter à quitter le marché du travail au plus tôt (Blanchet et Debrand, 2006). C'est pourquoi les caractéristiques actuelles de l'organisation du travail et les formes de pénibilité qui en résultent sont à prendre en considération, au même titre que d'autres variables d'ordre institutionnel, financier, contextuel ou encore familial.

Notre objectif est de mesurer les relations entre la pénibilité ressentie et la santé des personnes arrivant en fin de vie active. Pour mener cette analyse nous nous appuyons sur les données de l'enquête européenne SHARE. Quatre indicateurs d'état de santé sont analysés : l'état de santé perçue, la présence ou non de maladies chroniques, les limitations d'activité et un indicateur de dépression (*cf.* encadré ci-

dessous). La pénibilité au travail est appréhendée à partir de trois dimensions liées à l'organisation du travail.

### La pénibilité au travail mesurée par trois dimensions

À partir de l'enquête SHARE, trois dimensions de la pénibilité du travail peuvent être analysées :

- la « demande psychologique », qui recouvre les notions de pénibilité physique perçue et de pression due à une forte charge de travail,
- la « latitude décisionnelle », qui correspond à la possibilité de décider de la conduite de son travail et de développer de nouvelles compétences,
- la « récompense reçue », qui reflète le sentiment de recevoir un salaire correct relativement aux efforts fournis, d'avoir des perspectives d'avancement ou de progression personnelle, et de recevoir une reconnaissance méritée.

L'analyse se déroule en trois étapes. Dans une première étape, nous étudions les relations entre chacune des trois dimensions de la pénibilité au travail et la santé des seniors. Cependant, les liens entre conditions de travail et santé peuvent également résulter de situations de déséquilibre entre ces dimensions. Ainsi, une demande psychologique élevée influe fortement sur l'état de santé si elle est associée à un manque de latitude décisionnelle (Karasek et Theorell, 1991) ou à un manque de récompense reçue (Siegrist, 1996). Notre seconde étape propose donc une analyse de ces deux hypothèses. Nous cherchons ainsi à savoir si la demande psychologique sup-

### Les quatre indicateurs d'état de santé retenus

Quatre indicateurs de santé sont analysés :

- un indicateur d'état de santé perçue : « Diriez-vous que votre santé est : (très bonne, bonne) ou (moyenne, mauvaise, très mauvaise) ? » ;
- un indicateur de dépression. Ce dernier est obtenu à partir des réponses à un ensemble de questions portant sur différentes caractéristiques en rapport avec l'état de santé mental des enquêtés (sentiment de tristesse, pessimisme,

sommeil, etc.). Il permet de repérer les individus qui présentent un risque important de souffrir d'un trouble dépressif pour lequel une intervention thérapeutique serait indiquée. La construction de cet indicateur est décrite dans Borsch-Supan *et al.* (2005) ;

- une information sur le fait d'être limité dans ses activités normales à cause de problèmes de santé : « Au cours des 6 derniers mois,

dans quelle mesure des problèmes de santé vous ont-ils empêché d'avoir des activités normales ? » ;

- une information sur la présence de maladies chroniques ou de longue durée : « Certaines personnes souffrent de maladies chroniques ou de longue durée. Souffrez-vous de problèmes de santé, de maladies, d'incapacités ou de handicaps de longue durée ? ».

portée par les travailleurs est d'autant plus néfaste pour leur santé que leur latitude décisionnelle pour y faire face est faible ; puis, si une demande psychologique forte associée au sentiment d'être insuffisamment récompensé induit un risque pour la santé.

Enfin nous proposons d'analyser l'influence du soutien au travail et celle du sentiment de sécurité à l'égard de l'emploi sur l'état de santé des seniors. En effet, selon Karasek et Theorell (1991) et Siegrist (1996), les risques de survenue de maladies s'accroissent lorsqu'à une situation de déséquilibre s'ajoute un manque de soutien dans le travail ou un sentiment d'insécurité vis-à-vis de son emploi. Toutefois, ces facteurs peuvent induire des risques pour la santé dans un cadre plus général. Vaananen *et al.* (2004) rappellent ainsi qu'un manque de soutien au travail peut jouer de deux façons : par une augmentation du sentiment de menace et par un effet direct sur le stress. Ils montrent en particulier que bénéficier de soutien peut permettre aux individus de faire face à un changement structurel tel que la fusion de deux entreprises. Par ailleurs, l'insécurité de l'emploi représente aujourd'hui une importante source de stress (Ferrie *et al.*, 2005, 1998) ; ceci est particulièrement vrai pour les seniors dont les possibilités de retrouver un emploi, s'ils perdent le leur, sont faibles. Les notions de soutien au travail et de sécurité de l'emploi sont ainsi des indicateurs de la modification des processus productifs et des tensions sur le marché du travail.

### La latitude décisionnelle, la demande psychologique et surtout la récompense reçue sont liées à la santé des seniors

Près de 8 seniors en emploi sur 10 présentent un bon état de santé : 78 % se perçoivent en bonne santé ; 77 % déclarent ne souffrir d'aucune maladie chronique ; 75 % ne déclarent aucune limitation d'activité liée à un problème de santé et 82 % ne présentent aucun signe de dépression. Ces proportions sont plus élevées que celles observées dans la population des 50-65 ans sans emploi (respectivement 58 %, 60 %, 59 % et 70 %) (cf. graphique ci-dessous). Ainsi, les seniors ayant un emploi sont en moyenne en meilleur état de santé que ceux qui ne travaillent pas.

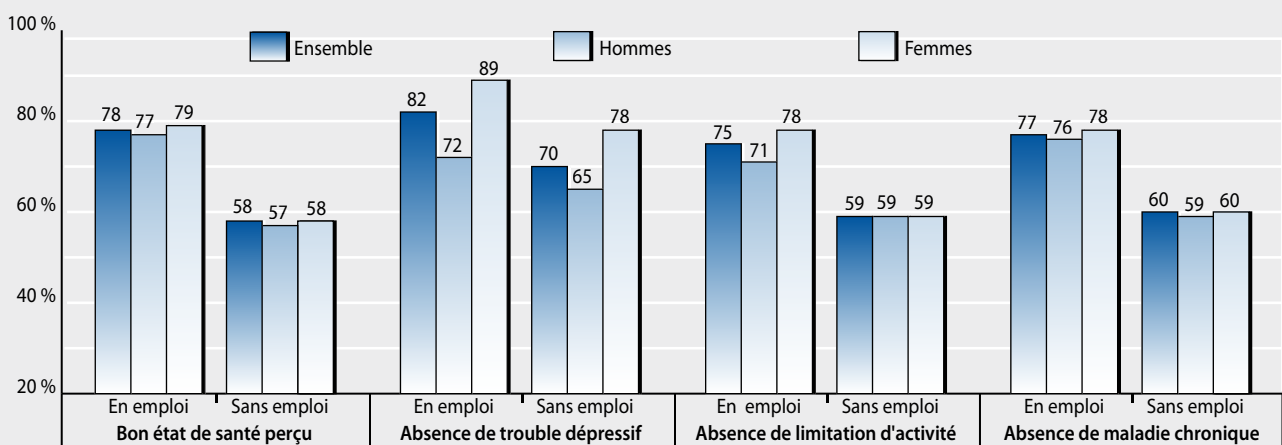
Toutefois, pour les seniors en emploi, les statistiques descriptives montrent de fortes disparités de santé liées aux dimensions de la pénibilité que nous avons retenues (cf. tableaux p. 4 et p. 5). Deux phénomènes sont notables. En premier lieu, la dimension qui est associée à la plus grande variation d'état de santé est la récompense reçue, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. En second lieu, les indicateurs de pénibilité sont davantage associés à l'état de santé des femmes qu'à celui des hommes, notamment en matière de dépression. Nous relevons pour les hommes un écart de 13 points lié au passage d'un niveau de récompense faible à fort. La proportion d'hommes ne

présentant pas de signe de dépression passe alors de 80 % à 93 %. Pour les femmes, l'écart est de 24 points : la proportion de femmes ne présentant pas de signe de dépression passe de 57 % à 81 %.

Ces résultats descriptifs mettent en évidence l'existence des deux relations suivantes : d'un côté, les seniors qui travaillent sont en moyenne en meilleur état de santé que ceux qui ne travaillent pas et, d'un autre côté, l'état de santé de ceux qui travaillent est moins bon lorsque leur travail est pénible. Nous retrouvons alors l'ambiguïté des liens entre la santé et le travail avec deux effets antagonistes (Strauss et Thomas, 1998) : d'une part, un mauvais état de santé conduit à une sortie anticipée du marché du travail (ou dans notre cas, à une perception négative des conditions de travail) et, d'autre part, des conditions de travail pénibles altèrent l'état de santé, en particulier en fin de vie active.

Cette étude se concentre uniquement sur les seniors encore en emploi et ne cherche pas à analyser pourquoi ils sont encore en emploi. Dès lors, nos estimations des liens entre la santé et la pénibilité au travail sont soumises à certains biais, comme le biais du travailleur sain (cf. encadré p. 4). Ces biais peuvent notamment résulter à une surreprésentation des salariés en bon état de santé ou à une sélection sur des critères de santé pour certains postes de travail. Ils peuvent amener à minimiser

Statut d'occupation et état de santé des seniors de 50 à 65 ans



Source de données : SHARE 2004

Guide de lecture : 78 % des personnes de 50 à 65 ans en emploi se perçoivent en bon état de santé contre 58 % des personnes sans emploi.

les relations entre les caractéristiques du travail et la santé des seniors.

En tout état de cause, toutes choses égales par ailleurs<sup>1</sup>, l'état de santé des seniors en emploi apparaît aussi corrélé aux trois dimensions de la pénibilité étudiées ici (cf. tableau p. 5). Les écarts estimés sont inférieurs à ceux observés en première analyse, mais les tendances sont les mêmes. La dimension qui a le plus d'influence sur la santé des seniors est la récompense : recevoir une récompense forte est associé à un accroissement de la probabilité d'être en bon état de santé aussi bien pour les hommes (8,2 points pour la probabilité d'avoir une bonne perception de son état de santé, 4 points pour la probabilité de ne pas présenter de trouble dépressif, 7,6 points pour la probabilité de ne pas être limité et 5,4 points pour la probabilité d'absence de maladie chronique) que pour les femmes (respectivement, 9,4 points, 9,2 points, 6,5 points et 5,8 points).

Dans l'ensemble, les dimensions de la pénibilité au travail ont généralement plus d'influence sur la santé des femmes que sur celle des hommes. Les femmes à l'abri d'une forte demande psychologique ont une probabilité de se percevoir en bonne santé de 3,6 points plus élevée que les autres (4,7 points pour les hommes) ; leur probabilité de ne présenter aucun signe de dépression est supérieure de 3,9 points (non significatif –ns– pour les hommes) et leur probabilité de ne souffrir d'aucune limitation d'activité augmente de 7,6 points (3,0 points pour les hommes). Les femmes qui disposent d'une forte latitude décisionnelle ont une probabilité de se percevoir en bonne santé de 3,4 points plus élevée (ns pour les hommes) par rapport à celles qui en ont peu ; et leur probabilité de ne pas souffrir de troubles dépressifs s'élève de 3,8 points

<sup>1</sup> Nos estimations sont corrigées de l'ensemble des variables sociodémographiques suivantes : l'âge, le niveau d'éducation, les caractéristiques de l'emploi (secteur public ou privé, responsabilité d'encadrement, soutien au travail et sécurité de l'emploi), la consommation de tabac, l'indice de masse corporelle (taille/poids<sup>2</sup>), la situation familiale, l'état de santé du conjoint et le pays (Debrand et Lengagne (2007)). Ces résultats sont obtenus à partir d'un modèle Probit.

### Indicateurs de pénibilité au travail : méthode de calcul

L'enquête SHARE 2004 permet d'appréhender certaines caractéristiques de la pénibilité au travail. Elle contient un ensemble de neuf propositions. Les modalités de réponse à ces propositions sont exprimées sous forme d'une échelle à quatre niveaux indiquant le degré d'approbation des enquêtés (tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord).

« Que pensez-vous des propositions suivantes ? »	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	pas du tout d'accord
Q1 - « Mon travail est physiquement pénible »	4	3	2	1
Q2 - « Je suis constamment sous pression à cause d'une forte charge de travail »	4	3	2	1
Q3 - « J'ai peu de liberté pour décider de la manière de conduire mon travail »	1	2	3	4
Q4 - « J'ai l'opportunité de développer de nouvelles compétences »	4	3	2	1
Q5 - « Je reçois la reconnaissance que je mérite pour mon travail »	4	3	2	1
Q6 - « Vu tous mes efforts, mon salaire est correct »	4	3	2	1
Q7 - « Mes perspectives d'avancement/progression personnelle ne sont pas bonnes »	1	2	3	4
Q8 - « Je reçois un soutien approprié dans les situations difficiles sur mon lieu de travail »	1	2	3	4
Q9 - « Mes chances de garder mon emploi ne sont pas bonnes »	4	3	2	1

Les indicateurs synthétiques dérivent de ces 9 questions. Ils ont été calculés de la façon suivante :

Indicateurs synthétiques	sous forme continue :	en classes :
Demande psychologique	= Q1 + Q2	6 < : faible ; [6 ; 7[ : moyenne ; 7 ≥ : forte
Latitude décisionnelle	= Q3 + Q4	7 < : faible ; [7 ; 8[ : moyenne ; 8 ≥ : forte
Récompense reçue	= Q5 + Q6 + Q7	8 < : faible ; [8 ; 9[ : moyenne ; 9 ≥ : forte
Ratio « demande psy./latitude décisionnelle »	= 10* (Q1 + Q2) / (Q3 + Q4)	7,5 < : faible ; [7,5 ; 8,8[ : moyen ; 8,8 ≥ : fort
Ratio « demande Psy./récompense »	= (3/2)*10* (Q1 + Q2) / (Q5 + Q6 + Q7)	9,0 < : faible ; [9,0 ; 11[ : moyen ; 11,0 ≥ : fort
Soutien au travail	= Q8	[1;2] : avec soutien ; [3,4] : sans soutien
Sécurité de l'emploi	= Q9	[1;2] : sécurité de l'emploi ; [3,4] : insécurité

(ns pour les hommes). Ainsi, pour les femmes, le risque de dépression est significativement corrélé avec les trois indicateurs de pénibilité retenus, ce qui n'est pas le cas pour les hommes.

### Biais du travailleur sain et autres biais de sélection

Les résultats de notre étude est confrontée notamment au biais du « travailleur sain », mécanisme de sélection selon lequel les travailleurs présentant un mauvais état de santé sont amenés à sortir de l'emploi. Nos résultats peuvent également être affectés par des phénomènes de sélection au sein même de la population des seniors en emploi. Les seniors peuvent, par exemple, s'autosélectionner en s'orientant vers des postes n'affectant pas leur état de santé.

Ils peuvent également être sélectionnés par les entreprises sur des critères liés à leur état de santé ou à leur capacité d'adaptation à des postes exigeants d'un point de vue physique ou psychologique. Tout ceci renvoie aux différents travaux sur les phénomènes de sélection-exclusion intervenant dans la relation entre la santé et le travail en fin de vie active (Molinié, 2006). En tout état de cause, ces mécanismes de sélection conduisent à sous-estimer les effets que nous mesurons.

### L'état de santé des seniors est plus mauvais lorsqu'ils se trouvent dans une situation de travail déséquilibrée

Le premier déséquilibre analysé repose sur les notions de demande psychologique et de latitude décisionnelle. Selon Karasek et Theorell (1991), l'organisation du travail détermine une part des caractéristiques psychosociales du travail qui elles-mêmes ont une influence sur la santé des individus. Ils développent l'idée selon laquelle une latitude décisionnelle faible associée à une demande psychologique forte représente un risque pour la santé. Ils font alors l'hypothèse d'un effet intrinsèque de l'organisation du travail sur la santé qui se distingue des effets de caractéristiques propres à l'individu.

Les estimations mettent en évidence des liens significatifs entre l'état de santé des seniors et ce type de déséquilibre (tableau p. 5). En effet, les seniors à l'abri des situations de déséquilibre combinant une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle sont en meilleur état de santé que ceux qui y sont exposés. Toutes

choses égales par ailleurs, l'augmentation de la probabilité de ne présenter aucune limitation d'activité est de 4,8 points pour les hommes et de 7,6 points pour les femmes. Pour les femmes, nous relevons également un accroissement de la probabilité de ne pas souffrir de troubles dépressifs (6 points). Pour les hommes, la probabi-

lité de se percevoir en bon état de santé augmente de 4,6 points.

Le second déséquilibre auquel nous nous intéressons repose sur les notions d'effort demandé par les travailleurs et de récompense reçue pour cet effort. L'hypothèse de Siegrist (1996) tient compte des ca-

ractéristiques organisationnelles du travail (avoir ou non un travail exigeant, supporter une charge de travail plus ou moins lourde...) mais également de caractéristiques individuelles relatives au niveau d'implications du salarié dans son travail et aux récompenses monétaires ou non monétaires qu'il reçoit (recon-

### Pénibilité au travail et état de santé

		Bon état de santé perçu		Absence de trouble dépressif		Aucune limitation d'activité		Aucune maladie chronique	
Variation de la proportion de seniors en bonne santé entre :		observée (1)	estimée (2)	observée (1)	estimée (2)	observée (1)	estimée (2)	observée (1)	estimée (2)
Hommes	Une demande psychologique faible et une demande psychologique forte	5 (83-78)	4,7**	0 (89-89)	1,2 (ns)	5 (80-75)	3,0**	3 (80-77)	0,8 (ns)
	Une latitude décisionnelle forte et une latitude décisionnelle faible	8 (82-74)	2,7 (ns)	7 (93-86)	1 (ns)	6 (81-75)	3,0 (ns)	1 (79-78)	0,4 (ns)
	Une récompense forte et une récompense faible	13 (84-71)	8,2***	13 (93-80)	4,0***	11 (81-70)	7,6***	10 (82-72)	5,4***
Femmes	Une demande psychologique faible et une demande psychologique forte	11 (83-72)	3,6*	10 (76-66)	3,9**	13 (79-66)	7,6***	5 (79-74)	1,5 (ns)
	Une latitude décisionnelle forte et une latitude décisionnelle faible	16 (85-69)	3,4**	13 (78-65)	3,8**	16 (85-69)	0,3 (ns)	5 (78-73)	0,2 (ns)
	Une récompense forte et une récompense faible	16 (83-67)	9,4***	24 (81-57)	9,2***	8 (76-68)	6,5**	7 (79-72)	5,8*

### Déséquilibres organisationnels et état de santé

		Bon état de santé perçu		Absence de trouble dépressif		Aucune limitation d'activité		Aucune maladie chronique	
Variation de la proportion de seniors en bonne santé entre :		observée (1)	estimée (2)	observée (1)	estimée (2)	observée (1)	estimée (2)	observée (1)	estimée (2)
Hommes	Un ratio « demande psycho/latitude décisionnelle » faible et un ratio fort	7 (83-76)	4,6**	3 (90-87)	0,8 (ns)	11 (81-70)	4,8**	0 (78-78)	0,2 (ns)
	Un ratio « demande psycho/récompense » faible et un ratio fort	11 (86-75)	8,6***	7 (92-85)	3,6***	10 (82-72)	5,7***	2 (79-77)	1,4 (ns)
Femmes	Un ratio « demande psycho/latitude décisionnelle » faible et un ratio fort	16 (86-70)	3,2 (ns)	13 (78-65)	6***	13 (78-65)	7,6***	6 (80-74)	0,7 (ns)
	Un ratio « demande psycho/récompense » faible et un ratio fort	15 (84-69)	6***	17 (80-63)	8,4***	15 (79-64)	10,9***	6 (79-73)	3,6**

### Soutien au travail, sentiment de sécurité de l'emploi et état de santé

		Bon état de santé perçu		Absence de trouble dépressif		Aucune limitation d'activité		Aucune maladie chronique	
Variation de la proportion de seniors en bonne santé entre :		observée (1)	estimée (2)	observée (1)	estimée (2)	observée (1)	estimée (2)	observée (1)	estimée (2)
Hommes	Recevoir du soutien au travail et ne pas en recevoir	7 (81-74)	0,0 (ns)	9 (91-82)	3,4***	8 (81-73)	4,3 (ns)	5 (80-75)	0,7 (ns)
	Avoir le sentiment de sécurité de l'emploi et ne pas en avoir	5 (80-75)	1,8**	10 (91-81)	5,7***	0 (78-78)	0,0 (ns)	1 (78-77)	0,3 (ns)
Femmes	Recevoir du soutien au travail et ne pas en recevoir	0 (78-78)	3,2 (ns)	12 (75-63)	7,6***	5 (73-68)	6,4*	1 (76-75)	0,5 (ns)
	Avoir le sentiment de sécurité de l'emploi et ne pas en avoir	11 (79-68)	7,4***	13 (75-62)	4,7**	7 (73-66)	4,8**	7 (78-71)	4,4***

#### Guide de lecture :

Colonne 1 : 83 % des seniors peu exposés à une demande psychologique se perçoivent en bonne santé ; cela concerne 78 % des seniors exposés à une demande psychologique forte. Ainsi, l'écart de proportion de seniors se percevant en bonne santé, entre ceux supportant une forte demande psychologique et ceux qui y sont peu exposés, est de 5 points.

Colonne 2 : toutes choses égales par ailleurs, les hommes peu exposés à une demande psychologique ont une probabilité de se percevoir en bonne santé de 4,7 points plus élevée, par rapport à ceux qui sont exposés à cette pénibilité. Statistiquement, cette différence est significative au seuil de 5 %. Ces résultats sont obtenus à partir d'un modèle Probit.

ns : différence non significative

\* : significative au seuil de 10 %

\*\* : significative au seuil de 5 %

\*\*\* : significative au seuil de 1 %

naissance, avancement, satisfaction, etc.). Selon l'idée principale de ce modèle, un déséquilibre entre l'effort réalisé par les travailleurs et les récompenses qu'ils reçoivent expose à une forte tension psychologique conduisant, à terme, à l'apparition de pathologies, telles que des maladies cardiovasculaires, des troubles de santé mentale ou physique. La notion d'effort demandé proposée par Siegrist recouvre la notion de demande psychologique définie dans la représentation de Karasek et Theorell (1991). Dans notre étude, ces deux notions sont mesurées de façon équivalente, sans tenir compte des effets d'implication.

Nos résultats suggèrent que les seniors non concernés par les situations de travail où il y a déséquilibre entre la demande psychologique et la récompense reçue présentent un meilleur état de santé que ceux qui sont exposés à ce déséquilibre. Cela se traduit par une augmentation significative de la probabilité de se percevoir en bon état de santé (8,6 points pour les hommes et 6 points pour les femmes), de ne pas souffrir de dépression (3,6 points pour les hommes et 8,4 points pour les femmes) et de ne déclarer aucune limitation d'activité (5,7 points pour les hommes et 10,9 points pour les femmes). La probabilité de ne déclarer aucune maladie chronique augmente uniquement pour les femmes de 3,6 points (cf. tableau p. 5).

### Le soutien dans le travail et le sentiment de sécurité de l'emploi sont liés à la santé des seniors

Le sentiment de bénéficier d'un soutien approprié dans les situations de travail difficiles est négativement corrélé au risque de dépression, en particulier pour les femmes (cf. tableau p. 5). Toutes choses égales par ailleurs, cette forme de soutien est associée à une diminution de ce risque de 3,4 points pour les hommes, et plus encore pour les femmes, de 7,6 points. Pour ces dernières, le soutien au travail a aussi une influence positive sur la probabilité de ne déclarer aucune limitation d'activité (6,4 points).

Enfin, les seniors ayant le sentiment de pouvoir garder leur emploi sont en meilleure santé que ceux ayant un sentiment d'insécurité et, là encore, les effets sont plus fortement marqués pour les femmes que pour les hommes. En effet, ce sentiment est corrélé à une augmentation de la probabilité de se percevoir en bon état de santé (1,8 point pour les hommes et 7,4 points pour les femmes) et de ne présenter aucun signe de dépression (5,7 points pour les hommes et 4,7 points pour les femmes). Parmi les femmes, le sentiment de sécurité de l'emploi est également associé à une augmentation de la probabilité de ne pas être limitées dans leurs activités (4,8 points) et de ne souffrir d'aucune maladie chronique (4,4 points).

\* \* \*

En conclusion, les données européennes de l'enquête SHARE 2004 montrent que l'état de santé des seniors en emploi est lié aux formes de pénibilité au travail que nous avons retenues et que ces liens sont plus marqués pour les femmes que

pour les hommes. Un niveau de demande psychologique peu élevé, une latitude décisionnelle forte et un niveau de récompense reçue important ont un effet protecteur sur l'état de santé des seniors. De plus, nous confirmons les deux hypothèses principales des modèles de Karasek et Theorell (1991) et de Siegrist (1996) en montrant que la santé des seniors est négativement liée aux déséquilibres entre la demande psychologique et la latitude décisionnelle et entre la demande psychologique au travail et la récompense reçue. Les résultats soulignent également l'importance du soutien au travail et de la sécurité de l'emploi. Quel que soit le sexe, ces deux facteurs sont notamment associés à une diminution du risque de dépression.

Dès lors, les caractéristiques de l'organisation du travail et la santé constituent des déterminants importants de la participation des seniors au marché du travail. Si l'on souhaite favoriser l'emploi des seniors et préserver leur santé sur leur lieu de travail, la mise en œuvre d'une prévention des risques organisationnels constitue une solution efficace.

### Pour en savoir plus

Askenazy P. (2004), *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*. Seuil. 95 p.

Blanchet D., Debrand T. (2006), *Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne*. *Questions d'économie de la santé*, 103.

Borsch-Supan A. et al. (2005), *Health, Ageing and Retirement in Europe: first results from SHARE*. Research Institute for the Economics of Ageing.

Debrand T., Lengagne P. (2007), *Organisation du travail et santé des seniors en Europe*. *Économie et Statistiques*. À paraître.

Ferrie J.E., Shipley M.J., Marmot M., Stanfeld S.A., Smith G.D. (1998), *The health*

effects of major organisational change and job insecurity. *Social Science and Medicine*, 46 (2) : 243-54.

Ferrie J.E., Shipley M.J., Newman K., Stanfeld S.A., Marmot M. (2005), *Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: Potential explanations of the relationship*. *Social Science and Medicine*, 60 (7) : 1593-1602.

Karasek R., Theorell T. (1991), *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. *Basic Books*, 381 p.

Molinié A.F. (2006), *Les salariés quinquagénaires, entre fragilisation et protection*. *Retraite et Société*, (49) : 11-37.

Molinié A.F., Volkoff S. (2003), *Départs en retraite : les deux facettes de la « pénibilité » du travail*. *Quatre Pages*, 60 : 4.

Siegrist J. (1996), *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 : 27-41

Strauss J., Thomas D. (1998), *Health, Nutrition, and Economic Development*. *Journal of Economic Literature*, 36 (2) : 766-817.

Vaananen A., Pahkin K., Kalimo R., Buunk B.P. (2004), *Maintenance of subjective health during a merger: the role of experienced change and pre-merger social support at work in white- and blue-collar workers*. *Social Science and Medicine*, 58 (10) : 1903-15.