

5

État de santé des travailleurs indépendants selon le secteur professionnel

Les inégalités sociales ou professionnelles devant la mort ou la maladie sont une préoccupation qui émerge dès la fin du XVIII^e siècle dans la littérature économique et démographique (Vedrenne-Villeneuve, 1961). À cette époque, les premières données de mortalité montrent l'existence de risques différenciés selon la classe sociale, la richesse ou la profession. Dans un ouvrage de 1778, Moheau donne l'exemple du calcul de l'espérance de vie des moines comparée à l'espérance de vie moyenne, mettant en évidence une plus grande longévité chez les premiers et soulignant l'importance de l'étude de la vie moyenne à « l'intérieur des métiers » (Moheau cité par Vedrenne-Villeneuve, 1961). Plus tard, le statisticien Villermé dresse un tableau très précis de la mortalité de chaque groupe de profession, constatant que les maladies semblent plus souvent mortelles chez les pauvres que chez les gens aisés (Villermé cité par Vedrenne-Villeneuve, 1961). Les études les plus récentes confirment la persistance de ces inégalités. Un des résultats très marquants ces dernières années est le constat répété d'un écart important d'espérance de vie à l'âge de 35 ans chez les hommes entre les ouvriers et les cadres (Monteil et Robert-Bobée, 2005). Ces inégalités entre professions ne se limitent pas à la mortalité : les ouvriers et les ouvrières, au sein d'une vie plus courte, passent également plus de temps que la moyenne en incapacité, constituant ainsi ce que Cambois appelle « la double peine » des ouvriers (Cambois et coll., 2008).

Parallèlement, les évolutions du travail au cours du XIX^e, et en particulier le développement de l'industrie conduit à porter une attention croissante à la santé des travailleurs : les accidents du travail, les catastrophes minières sont devenues inacceptables et au début du XX^e siècle sont apparus les premiers médecins d'usine. La notion de maladie professionnelle est apparue en 1919 dans le code de sécurité sociale et la liste des maladies indemnisables s'est progressivement complétée au fil des années (INRS, 2009). La médecine du travail pour les salariés a été créée par la loi du 11 octobre 1946.

Les travailleurs indépendants constituent une catégorie particulière de travailleurs, non seulement en raison de leur statut, mais également par la

diversité des métiers et des situations sociales qui les caractérisent. Les observations réalisées sur la santé des salariés peuvent-elles s'appliquer aux indépendants ? Que sait-on de la mortalité et de la morbidité selon le secteur professionnel ou le métier ? Ce chapitre fait le point sur les connaissances en matière d'état de santé des travailleurs indépendants. Différents indicateurs directs ou indirects de santé sont explorés : mortalité, santé perçue, maladies chroniques, accidents du travail, arrêts de travail, facteurs de risque. La première partie du chapitre est consacrée à l'état de santé de cette population, indépendamment des problèmes de santé liés au travail. Une deuxième partie tente ensuite d'approcher les maladies et les risques professionnels spécifiques des indépendants.

État de santé des indépendants

Mortalité

La recherche de données sur la mortalité des indépendants se heurte aux regroupements imposés par les nomenclatures socioprofessionnelles utilisées en France. Cependant, deux catégories regroupent très probablement majoritairement des indépendants : les agriculteurs et les artisans, commerçants, chefs d'entreprise. Leurs espérances de vie à 35 ans sont, pour les hommes, légèrement supérieures à la moyenne de la population française. Sur la période 1982-1996, à 35 ans, les hommes agriculteurs exploitants ont une espérance de vie de 43 ans, les chefs d'entreprise de 43,5 ans, les artisans de 41,5 ans et les commerçants de 41 ans, pour une moyenne nationale de 40 ans. Les écarts entre catégories sociales sont plus réduits chez les femmes mais les espérances de vie des femmes indépendantes se situent également très légèrement au dessus de la moyenne : 47,5 ans pour les agricultrices exploitantes, 48,5 ans pour les artisanes et 49 ans pour les commerçantes *versus* 47,5 ans en moyenne (Mesrine, 1999). L'espérance de vie à 35 ans a encore augmenté sur la période la plus récente (1999-2003). Elle atteint désormais 44,4 ans pour les hommes indépendants (42,8 ans pour l'ensemble des hommes), dont 68 % sans problème fonctionnel physique ou sensoriel et 50,1 ans pour les femmes indépendantes (48,8 ans pour l'ensemble des femmes) dont 63 % sans problème fonctionnel (Cambois et coll., 2008).

La sous-mortalité des indépendants est encore plus frappante quand on examine les risques annuels de décès (Robert-Bobée et Monteil, 2006). Insi, sur la période 1991-1999, par rapport aux ouvriers, le risque relatif de décès est de 0,62 pour les hommes et de 0,76 pour les femmes artisans, commerçants ou chefs d'entreprise. Comme pour les indicateurs d'espérance de vie, les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées restent les cadres (figure 5.1). La progression professionnelle est également un facteur déterminant de longévité : une ascension sociale est assortie d'une diminution du risque annuel de décès et inversement (Cambois, 2004).

Devant ce tableau globalement favorable, des études plus pointues mettent en évidence une plus grande fréquence de certaines causes de mortalité. Sur un échantillon de travailleurs en Caroline du Nord, le taux de décès par accident ou homicide est plus élevé pour les travailleurs indépendants (7/100 000 par an) que pour les employés du secteur privé (4,4/100 000 par an) ou les employés du gouvernement (1,9/100 000 par an). Chez les indépendants, certains secteurs professionnels sont particulièrement touchés, l'agriculture, le commerce de détail et les transports (Mirabelli et coll., 2003).

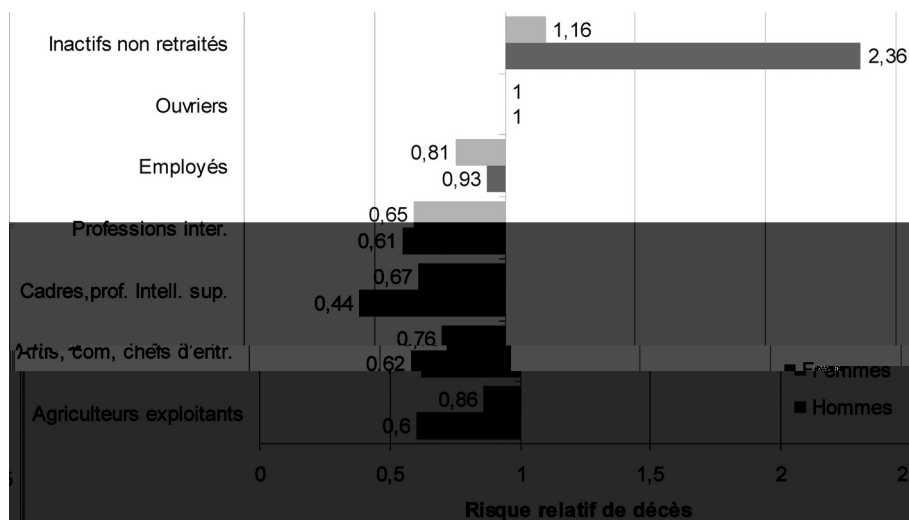


Figure 5.1 : Risques relatifs de décès des femmes et des hommes, pour la période 1991-1999 (d'après Robert-Bobée et Monteil, 2006)

Professions inter. : Professions intermédiaires ; Prof. intell. sup. : Professions intellectuelles supérieures ; Artisans : Artisans ; Com. : Commerçants ; Chefs d'entr. : Chefs d'entreprise

État de santé

La mesure de l'état de santé d'une population utilise des indicateurs très variés qui se classent globalement en trois catégories : les indicateurs subjectifs, comme la santé perçue ; les indicateurs médicaux, objectivant l'existence de pathologies ou d'écart à une norme physiologique ou biologique ; les indicateurs fonctionnels, mesurant des restrictions d'activité ou des incapacités fonctionnelles (Blaxter, 1989).

Les enquêtes sur la santé par interview fournissent des indicateurs de santé appartenant à chacune de ces catégories, en particulier grâce à une série de 3 questions baptisée « mini module européen ». Ce module comprend une question sur la santé perçue, une question sur l'existence de maladies chroniques et une question sur les limitations dans les activités depuis au moins 6 mois. Nous avons exploité pour ce chapitre les données de l'enquête Santé

et Protection Sociale de l'Irdes (2008) et comparé les réponses des indépendants, identifiés ici par leur affiliation au RSI (Régime social des indépendants), à celles des ressortissants de la MS (Mutualité sociale agricole) et des autres régimes d'indépendants, en prenant comme référence les salariés du régime général.

Pour chacun des indicateurs, les indépendants se déclarent en meilleure santé que les personnes appartenant aux autres régimes de sécurité sociale, et ce, quel que soit l'indicateur de santé utilisé (tableau 5.I).

Tableau 5.I : Pourcentages de personnes en bonne santé par indicateur d'état de santé et selon le régime de sécurité sociale (d'après l'Enquête sur la santé et la protection sociale 2008, Irdes)

	Régime général	MSA	RSI	Autres régimes	
	% sur données pondérées				Effectifs
% de personnes en bonne ou très bonne santé	77,30	77,80	80,90	80,10	7 864
% de personnes sans limitations fonctionnelles	83,96	84,80	87,15	87,55	7 754
% de personnes sans maladie chronique	75,34	77,50	79,12	81,47	7 426
% de personnes sans Affection de longue durée	87,48	88,70	92,20	88,56	11 104

MSA : Mutualité sociale agricole ; RSI : Régime social des indépendants

Ces écarts persistent à âge et sexe comparables (modèle 1, tableau 5.II). Les ressortissants du RSI ont ainsi une meilleure santé perçue (OR=0,719), moins de limitations fonctionnelles (OR=0,671), moins de maladies chroniques (OR=0,743). Ils sont également nettement moins exonérés du ticket modérateur pour affection de longue durée (LD).

En revanche, les ajustements sur les variables sociales que sont le revenu, le niveau d'éducation, le statut de l'emploi (actif, chômeur, femme au foyer, inactif), le type de ménage (seul, seul avec enfant, couple, couple avec enfant) et la profession (manuel/non manuel), réduisent la significativité des écarts entre les professions indépendantes et les autres (modèle 2, tableau 5.II). Seule persiste avec une significativité au seuil de 5 % la plus faible fréquence des LD chez les indépendants, tous les autres résultats restant toutefois significatifs au seuil de 10 %. Ce résultat signifie donc que l'âge, le sexe et la situation sociale expliquent en grande partie les différences entre les indépendants et les salariés, mais on ne peut toutefois pas exclure complètement un effet de sélection à l'entrée ou des conséquences positives du fait d'être indépendant sur l'état de santé.

Des résultats apparemment contradictoires ont été publiés récemment (Sauze et coll., 2011) sur les taux d'admissions en LD en 2008. Cette comparaison entre le Régime général et le Régime social des indépendants met en évidence un taux global d'admissions en LD, toutes pathologies confondues, nettement plus élevé chez les indépendants (indice standardisé par âge et sexe :

1,09). Les écarts les plus importants sont observés pour les maladies cardiovasculaires (1,28), la maladie d'Alzheimer, les démences et la maladie de Parkinson (1,12), l'hypertension artérielle sévère (1,11) et le diabète (1,03). Les différences ne sont pas significatives pour le cancer et les déclarations d'affections psychiatriques sont moins fréquentes chez les indépendants (0,81).

L'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) reflète à la fois un état de santé, par la reconnaissance de l'existence d'une maladie chronique et grave, mais aussi les pratiques des médecins traitants, des médecins de chacun des régimes de sécurité sociale et l'utilisation du dispositif par la population.

Tableau 5.11 : État de santé selon le régime de sécurité sociale (population âgée de 20 à 64 ans) en prenant comme référence les salariés du régime général (d'après l'Enquête sur la santé et la protection sociale 2008, Irdes)

Indicateurs de santé	Modèle 1	Modèle 2
	Régression logistique avec ajustement sur l'âge et le sexe	Régression logistique avec ajustement sur l'âge, le sexe et les variables sociales ^a
<i>Odds-Ratio [intervalle de confiance à 95 %]</i>		
Santé perçue dégradée		
Mutualité sociale agricole	0,880 [0,697-1,11]	0,805 [0,628-1,031]
Régime social des indépendants	0,719 [0,564-0,918]	0,801 [0,621-1,032]
Autre ou inconnu	0,953 [0,69-1,317]	1,075 [0,764-1,514]
Limitations fonctionnelles		
Mutualité sociale agricole	0,846 [0,648-1,106]	0,865 [0,651-1,149]
Régime social des indépendants	0,671 [0,505-0,892]	0,765 [0,568-1,031]
Autre ou inconnu	0,804 [0,546-1,185]	0,835 [0,552-1,264]
Maladie chronique		
Mutualité sociale agricole	0,804 [0,635-1,018]	0,948 [0,742-1,212]
Régime social des indépendants	0,743 [0,587-0,942]	0,798 [0,627-1,017]
Autre ou inconnu	0,734 [0,521-1,034]	0,731 [0,515-1,036]
Exonération pour ALD^b		
Mutualité sociale agricole	0,763 [0,592-0,985]	0,814 [0,618-1,072]
Régime social des indépendants	0,506 [0,385-0,664]	0,614 [0,460-0,821]
Autre ou inconnu	0,926 [0,662-1,294]	0,895 [0,619-1,295]

En gras, les valeurs statistiquement significatives. ^a Variables sociales : revenu, statut d'emploi, niveau d'éducation, type de ménage, profession ; ^b ALD : affection de longue durée

Les écarts entre les indépendants et les autres régimes sont-ils le reflet de différences d'état de santé, de différences d'utilisation ou d'une plus ou moins grande générosité du système ? L'étude de l'Irdes et l'étude de Sauze et coll. (2011) se différencient par le fait que la première compare des nombres de

personnes bénéficiant un jour donné d'une exonération pour LD (autrement dit un stock) tandis que la deuxième compare des nouvelles admissions survenues une année donnée (et donc des flux). Les écarts favorables aux indépendants observés dans la première peuvent être la résultante de comportements passés, parfois anciens puisque dans la plupart des cas, l'LD est accordée à vie, tandis que les écarts défavorables observés sur les nouvelles admissions seraient le reflet de la situation actuelle.

Chez les indépendants, le système des LD permet de mettre en évidence certains secteurs où la prévalence de ces affections diffère de façon significative par rapport à l'ensemble très hétérogène des indépendants. Ainsi, au sein de la population masculine du RSI, la prévalence des LD est plus élevée dans le secteur des transports (SPR¹⁵=1,44), de l'alimentation et de la restauration (SPR=1,35) et de la construction (SPR=1,09). Elle est nettement en dessous de la moyenne pour les professions libérales (SPR=0,68) et les autres artisans et commerçants (SPR=0,98). Des prévalences très similaires sont retrouvées chez les femmes, avec un écart plus faible entre les extrêmes (Brechon et coll., 2005).

Les différences de consommation de psychotropes selon le secteur d'activité confirment l'hétérogénéité des problèmes de santé de la population des travailleurs indépendants. Le travail dans le secteur des éventaires et marchés et dans le secteur hôtel-restaurant est ainsi associé à une consommation accrue de tous les psychotropes. Les commerçants ambulants sont par ailleurs plus consommateurs de médicaments de la dépendance aux opiacés, alors que les hôteliers et restaurateurs ont une consommation accrue de médicaments de la dépendance à l'alcool. Travailler dans le secteur du commerce de détail de l'habillement, dans le secteur comptable, juridique et financier, de même que dans le secteur informatique et ingénierie est associé positivement à la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, tandis qu'à l'inverse, les travailleurs du secteur pharmaciens santé et action sociale consomment moins d'anxiolytiques (Ha-Vinh et coll., 2011).

Le score de qualité de vie du profil de Duke¹⁶ confirme les tendances observées plus haut sur l'état de santé. Après ajustement sur l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle, il n'y a pas de différence significative entre les indépendants d'une part, les travailleurs en CDI, les fonctionnaires et les personnes de statut précaire d'autre part, que ce soit au niveau du score de santé général, de santé mentale ou de santé physique (Ménard et Léon, 2007).

Finalement, par rapport aux salariés, les indépendants sont plus nombreux à considérer que leur travail a des effets positifs sur la santé et inversement moins nombreux à déclarer un effet négatif. Plus précisément, les travailleurs

15. *Standardized Prevalence Ratio*

16. Profil de santé de Duke : échelle de perception de la qualité de vie qui prend en compte différentes dimensions, dont les principales sont la santé physique, la santé mentale ainsi que les relations sociales.

indépendants ont 1,25 fois plus de chances de déclarer que leur travail est bon pour leur santé physique et mentale que les salariés. Cet effet s'atténue une fois prises en compte les caractéristiques du travail, telles que la latitude décisionnelle, la pression au travail et le niveau de compétence nécessaire (Ettner et Grzywacz, 2001).

Focus sur l'état de santé de certaines professions

La caractérisation de l'état de santé des indépendants dépend plus de la profession que du statut d'indépendant en tant que tel. La population affiliée au régime des indépendants est de fait très hétérogène, associant trois grandes catégories : les artisans, les commerçants et les professions libérales.

Les données administratives issues des prestations d'invalidité RSI permettent d'identifier quelques spécificités distinguant les professions d'artisans de celles de commerçants. Ainsi, les maladies du système ostéoarticulaire sont relativement plus fréquentes chez les artisans où elles représentent 33 % des causes médicales d'invalidité contre 25 % chez les commerçants. De même, les traumatismes constituent une part nettement plus importante des prestations, respectivement 11 % contre 7 %. En revanche, les troubles psychiatriques sont relativement plus fréquents chez les commerçants, représentant 15 % des causes d'invalidité contre 10 % chez les artisans (Régime Social des Indépendants, 2008).

Les enquêtes européennes sur les conditions de travail permettent d'affiner les connaissances sur les problèmes de santé des indépendants. Dans ces enquêtes, les travailleurs indépendants ont été séparés en deux groupes : les employeurs de petites entreprises (moins de 9 salariés) et les entrepreneurs isolés (aucun salarié), ces derniers étant ensuite catégorisés selon leur travail à temps plein ou à temps partiel. Les employeurs de petites entreprises déclarent davantage de stress et de fatigue que les salariés à temps plein. Les entrepreneurs isolés travaillant à temps plein déclarent également plus de stress et de fatigue, mais aussi plus de douleurs de dos et de douleurs musculaires. En revanche, les entrepreneurs isolés qui travaillent à temps partiel sont moins souvent stressés. Tous les indépendants ont en commun des taux d'absentéisme plus faibles que les salariés à temps plein (Benavides et coll., 2000).

D'une manière générale, les travailleurs manuels sont plus exposés aux problèmes physiques et les travailleurs non manuels aux problèmes psychiques (tableau 5.III). Les agriculteurs et les autres travailleurs du secteur primaire européens font exception en cumulant les deux sortes de difficultés souffrant plus fréquemment que la moyenne de problèmes physiques : 60 % souffrent de mal de dos (moyenne européenne des travailleurs indépendants tous secteurs, EU=33 %), 39 % de douleurs musculaires (EU=20 %) et 35 % de fatigue générale (EU=23 %), et tout aussi souvent de problèmes psychologiques : maux de tête 18,5 % (EU=12 %) et stress, 34,5 % (EU=33 %). Les travailleurs des hôtels et restaurants sont les plus exposés au stress (48 %), suivis

des travailleurs des services (35 %). Globalement, stress mis à part, les travailleurs du secteur des services sont les moins exposés aux problèmes de santé de quelque nature que ce soit (Letourneux, 1997).

Tableau 5.III : Fréquence des problèmes de santé chez les travailleurs indépendants en Europe en 1996 (d'après Letourneux, 1997)

	Secteur primaire (dont agriculteurs) (%)	Artisans (%)	Hôtels et restaurants (%)	Commerce (%)	Services (%)	Moyenne européenne tous secteurs (%)
« Le travail affecte ma santé »	73,5	62	63	56	58	60,5
« Ma santé ou ma sécurité est menacée par mon travail »	52	34	27,5	26	2	30
Mal au dos	60,5	37	31	26	25	33
Fatigue générale	35	18,5	34	26	18	23
Douleur musculaire dans les bras et les jambes	39	23	22	14,5	14	20
Maux de tête	18,5	10	15	9	12,5	12
Stress	34,5	31	48	30,5	35	33
Problèmes de santé chroniques ou permanents	34	16	13	21	13	17

Plusieurs études attestent de l'existence de stress, ou de la perception d'un stress plus élevé chez les indépendants (Lewin-Epstein et Yuchtman-Yaar, 1991 ; Jamal, 1997 ; Piotet et Lattès, 1998 ; Dolinsky et Caputo, 2003). Dès 1991, sur un échantillon d'hommes de 25-65 ans, Lewin-Epstein et Yuchtman-Yaar (1991) montrent que, à caractéristiques démographiques comparables, le fait d'être travailleur indépendant augmente la perception du stress au travail. Toutefois, le stress perçu diminue dans un environnement plus favorable à la fois physiquement et socialement. L'association de ce stress et de problèmes psychosomatiques est également évoquée (Jamal, 1997), prenant la forme de perte d'appétit, d'incapacité à se relaxer ou de nervosité (Jamal et Badawi, 1995). Les avocats semblent soumis à un stress professionnel important et ils sont une population particulièrement à risque de développer une souffrance psychologique (Rouillon et coll., 2003 ; Tsai et coll., 2009). Au-delà du stress, Jamal (2007) relève que les indépendants souffrent plus souvent de *burnout* pour 2 des 3 composantes de ce syndrome (voir le chapitre sur l'épuisement professionnel) : l'épuisement émotionnel et la diminution du sentiment de réalisation de soi.

Les professions médicales ou paramédicales, médecins, infirmières, dentistes ont fait l'objet de nombreuses publications. En France, une étude récente permet de comparer les réponses des médecins généralistes aux trois indicateurs du mini module européen à celles de l'ensemble des actifs de la population française. D'après ses auteurs, les médecins généralistes hommes se perçoivent en meilleure santé que les hommes actifs de même âge, ils sont moins

nombreux à déclarer souffrir de maladies chroniques et sont moins limités dans leurs activités (Desprès et coll., 2010). Les femmes médecins généralistes ne se différencient pas de l'ensemble des femmes actives en termes de santé perçue, mais à l'instar des hommes, elles se déclarent moins souvent atteintes de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles.

La plupart des études sur les professions médicales sont toutefois centrées sur les professions concernées et ne permettent pas de comparaisons avec d'autres professions. Une revue de littérature des problèmes de santé des médecins suggère que la santé physique des médecins est similaire à celle de la population générale, même si les femmes médecins semblent en meilleure santé. En revanche, les problèmes de santé mentale de même que le suicide semblent plus fréquents (Tyssen, 2007). Il semble généralement admis d'ailleurs que les professions médicales ou infirmières sont fortement génératrices de stress et le risque de *burnout* est très souvent évoqué dans la littérature en particulier pour les soignants travaillant dans des services d'urgences, de soins intensifs ou confrontés avec des maladies graves (Felton, 1998 ; Embriaco et coll., 2007 ; Véga, 2007 ; Kay et Lowe, 2008). L'étude française citée plus haut fait état également de la grande fréquence des troubles du sommeil, de la fatigue et du stress, même chez les médecins généralistes se percevant en bonne santé (figure 5.2). Toutefois, ils sont moins nombreux à se déclarer en situation de détresse psychologique, estimé par le questionnaire MH5 (*Mental Health 5*) et ont un recours aux psychotropes proche de celui de la population active (Desprès et coll., 2010).

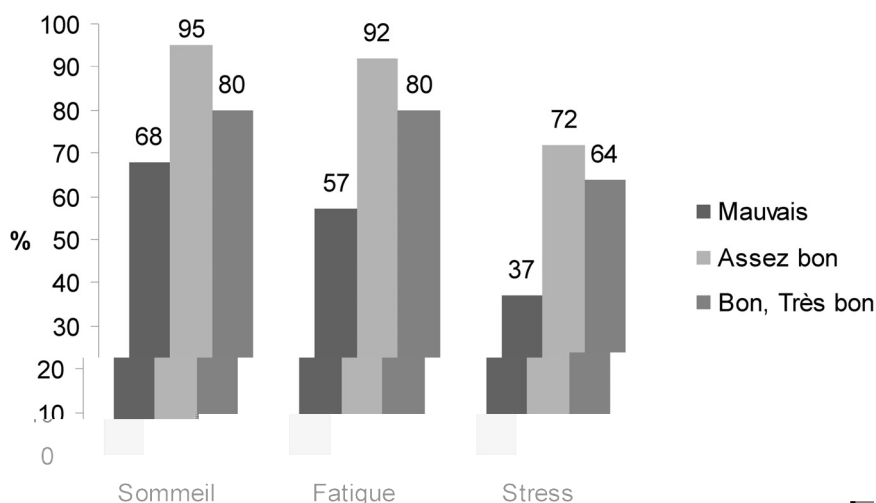


Figure 5.2 : Symptômes ressentis par les médecins généralistes en France selon leur état de santé déclaré (d'après Drees, URML, Fnors, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale ; Desprès et coll., 2010)

Lecture : Parmi les médecins se percevant en mauvaise santé, 57 % déclarent être fatigués de manière répétée, 37 % être stressés et 68 % avoir des troubles du sommeil.

Facteurs de risque

Les données du Baromètre santé en France montrent une plus grande fréquence du tabagisme, de la consommation d'alcool et de la consommation de cannabis chez les indépendants. Pour cette population d'actifs à leur compte, le risque de consommation d'alcool est multiplié par 1,5, le tabagisme régulier par 1,2 et la consommation actuelle de cannabis par 1,5 (Ménard et Léon, 2007). Sur des données israéliennes, les facteurs de risque cardiovasculaire que sont le tabagisme et le HDL-cholestérol sont également augmentés (Lewin-Epstein et Yuchtman-Yaar, 1991). En revanche, un risque accru de cardiopathie ischémique n'est pas retrouvé sur une population d'indépendants de Taiwan (Chen et coll., 2007).

Absences pour raison de santé

Les arrêts de travail pour maladie ne sont pas un reflet exact de l'état de santé. Ils révèlent la pénibilité physique du travail, la survenue d'un accident ou d'un traumatisme, une maladie aiguë, mais certaines maladies chroniques, même graves, ne donnent pas forcément lieu à arrêt de travail une fois qu'elles sont stabilisées. Par ailleurs, même en cas d'arrêt de travail justifié, la crainte de perdre son emploi, la pression financière ou celle de la clientèle, peut dissuader le travailleur indépendant de déclarer un arrêt de travail. Tous ces éléments peuvent en partie expliquer que l'incidence des arrêts de travail soit plus faible chez les indépendants que chez les salariés, en moyenne 8,2 % en France pour les indépendants contre 20 % pour les salariés. L'incidence des arrêts de travail est toutefois plus élevée chez les artisans (9,7 %) que chez les commerçants (7 %), atteignant des taux particulièrement élevés dans certains secteurs, comme la production et distribution d'électricité de gaz et d'eau (13 %) et la construction (11,6 %) (Lewin-Epstein et Yuchtman-Yaar, 1991 ; Kusnik-Joinville et coll., 2006 ; Ha-Vinh et coll., 2009).

En moyenne en Europe, 23 % des travailleurs déclarent s'être absentés du travail pour raisons de santé au cours des douze derniers mois, avec un nombre moyen de jours d'absence de 20,2 jours pour les travailleurs ayant pris au moins un jour de congé. Les travailleurs indépendants sont moins nombreux à s'absenter que les salariés (12,4 %) mais pour des durées aussi longues, 21,2 jours en moyenne (Parent-Thirion et coll., 2007).

Pathologies et risques professionnels

Les pathologies d'origine professionnelle reconnues et indemnisables s'articulent en cinq grands groupes : les troubles musculosquelettiques et en particulier les affections du rachis et les affections du membre supérieur, les affections cutanées représentées par les dermites de contact allergiques et

irritatives, les affections de l'appareil respiratoire et en particulier l'asthme professionnel, les cancers professionnels et la surdité. Les risques auxquels sont exposés les travailleurs sont de trois types : l'exposition à des risques physiques tels que les contraintes posturales, la manutention, les gestes répétitifs ou le bruit ; l'exposition à des substances chimiques et biologiques ; l'exposition à des conditions pénibles de travail telles que des contraintes organisationnelles, l'intensification du travail, le manque d'autonomie ou de soutien social. Parmi la population des salariés, certaines professions sont particulièrement touchées par ces risques professionnels. La liste des professions concernées est particulièrement longue, mais il faut souligner la fréquence des risques pour les ouvriers du bâtiment, de l'alimentaire, de l'industrie métallurgique et chimique, du textile et de la confection, de la manutention et des transports. Sont également concernés les professions intermédiaires administratives et commerciales, de la santé et du travail social, les employés de commerce, les personnels de services aux particuliers (Develay, 2007).

Les problèmes de santé au travail constituent cependant un ensemble plus large que celui des seules maladies professionnelles indemnisables. En particulier, l'émergence des risques psychosociaux au travail préoccupe de plus en plus. Cinq facteurs principaux pourraient être à l'origine de ces risques psychosociaux : les nouvelles formes de contrat de travail et l'insécurité du travail, le vieillissement de la population des travailleurs, l'intensification du travail, une forte demande psychologique et un mauvais équilibre entre travail et vie privée (Brun et Milczarek, 2007).

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles publie régulièrement des données sur l'ensemble des consultations réalisées par les Centres de consultation des pathologies professionnelles.

insi, parmi les patients adressés pour diagnostic en 2007, 27 % présentent des troubles mentaux ou du comportement et trois sur cinq ont des réactions à un facteur de stress sévère. Le secteur des services est le plus concerné par les troubles mentaux et du comportement, alors que le secteur industriel l'est peu. Un tiers de ces maladies répondent aux critères actuels des maladies professionnelles indemnisables (Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, 2009).

L'absence de système de reconnaissance des maladies professionnelles et des accidents du travail chez les indépendants explique le manque de données spécifiques pour cette population. Les quelques études qui ont été réalisées, soit sur certaines professions, soit sur quelques caisses régionales du RSI semblent toutefois montrer que les problèmes de santé pourraient être similaires à ceux rencontrés chez les salariés des mêmes professions.

On retrouve ainsi des éléments déjà connus pour :

- les professions du bâtiment et des travaux publics, avec une surconsommation médicamenteuse en analgésiques et en anti-inflammatoires probablement en lien avec des troubles musculosquelettiques.   noter également une

forte consommation de cicatrisants et d'antiseptiques chez les maçons, concordant avec les affections cutanées d'origine professionnelle déclarées par les salariés ;

- les menuisiers avec les mêmes surconsommations d'analgésiques, d'anti-inflammatoires et de cicatrisants, concordant avec les affections professionnelles observées chez les salariés (Develay, 2007) ;
- l'analyse de la fréquence des affections de longue durée dans les données du RSI met en évidence une forte prévalence d'insuffisances respiratoires chroniques chez les prothésistes dentaires (SPR=2,57) ainsi que les boulangers pâtisseries (SPR=2,52) (Brechon et coll., 2005) ;
- une étude sur les risques propres aux artisans coiffeurs souligne des risques professionnels spécifiques et des maladies qui remplissent les conditions des tableaux des maladies professionnelles applicables aux salariés. Les atteintes ostéoarticulaires sont particulièrement fréquentes de même que les problèmes respiratoires et cutanés. Bien que l'échantillon ne soit pas représentatif, près de la moitié des 42 artisans coiffeurs examinés présentent au moins une maladie remplissant les conditions requises pour la reconnaissance en tant que maladie professionnelle (Paumier et Filipetti, 2010).

L'étude de Brechon et coll. (2005) déjà citée, analyse la fréquence des LD chez les indépendants. Elle met en évidence, pour certaines professions, des pathologies dont l'origine professionnelle est possible, sans toutefois être démontrée ou reconnue à ce jour :

- fortes prévalences de diabète chez les boulangers-pâtisseries (SPR=2,01), les commerçants alimentaires (SPR=1,86), les restaurateurs et traiteurs (SPR=1,71), les barmen et les débitants de tabac (SPR=1,72) et les chauffeurs de taxi et ambulanciers (SPR=1,87) ;
- maladies cardiovasculaires chez les boulangers et pâtisseries (SPR=1,46) et les taxis-ambulanciers (SPR=1,40) ;
- troubles mentaux plus fréquents chez les teinturiers (SPR=2), les cordonniers (SPR=2,45) et les ébénistes et fabricants de meubles (SPR=1,79) ;
- insuffisances respiratoires chez les barmen et débitants de tabac (SPR=1,47), les taxis et ambulanciers (SPR=1,51) ou les cordonniers (SPR=1,58) ;
- maladies graves du foie chez les barmen et débitants de tabac (SPR=1,96), les cordonniers (SPR=2,37) et les restaurateurs et traiteurs (SPR=1,87) (Brechon et coll., 2005).

Cette revue des problèmes de santé et des maladies liés à l'activité professionnelle chez les indépendants ne doit pas occulter le fait que cette population est soumise, comme les salariés, aux risques d'accident du travail. Il n'existe toutefois que très peu de données spécifiques aux indépendants.

Deux enquêtes menées en Haute-Normandie ont montré que les professions les plus touchées par les accidents du travail sont les charpentiers, les couvreurs, les menuisiers et les maçons. Les chutes de hauteur ou de plain-pied

sont de loin les circonstances les plus fréquentes, avec les objets en mouvement, la manipulation d'objets et les véhicules (Develay, 2007).

En conclusion, la plupart des indicateurs de santé semblent mettre en évidence une meilleure santé des indépendants : l'espérance de vie à l'âge de 35 ans est au-dessus de la moyenne de celle de la population française, ils sont plus nombreux à se percevoir en bonne santé. Cette situation plus favorable ne fait que refléter l'hétérogénéité des situations sociales de cette population. À âge, sexe et situation sociale comparables, indépendants et salariés ont une perception équivalente de leur état de santé, de leurs maladies chroniques et de leur incapacité.

L'analyse par pathologie révèle des différences, essentiellement en termes de fréquence. Il n'y a pas de maladie spécifique des indépendants. Le stress professionnel, cependant, est très souvent évoqué et paraît particulièrement toucher les indépendants. En revanche, les exonérations pour LD et les arrêts de travail sont moins nombreux que pour les salariés.

Il existe d'importantes lacunes dans les données. L'absence de système de reconnaissance des maladies professionnelles chez les indépendants s'associe à une absence de système d'information permettant de mesurer l'ampleur du problème. La connaissance sur les accidents du travail est également très parcellaire. Il est probable cependant que les risques professionnels auxquels sont soumis les indépendants soient les mêmes que ceux des salariés. Ce qui différencie les uns des autres est essentiellement lié à une répartition différente des professions dans chacun des deux groupes.

BIBLIOGRAPHIE

BEN VIDES FG, BEN CH J, DIEZ-ROUX V, ROM N C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions. *J Epidemiol Community Health* 2000, **54** : 494-501

BLXTER M. A comparison of measures of inequality in morbidity. In : *Health Inequalities in European Countries*. FOX J (ed). Aldershot, Gower, 1989

BRECHON F, CZERNICHO P, LEROY M, BLUM-BOISGARD C. Chronic diseases in self-employed French workers. *J Occup Environ Med* 2005, **47** : 909-915

BRUN E, MILCZ REK M, Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health, European Agency for Safety and Health at work, 2007

C MBOIS E. Careers and mortality in France: evidence on how far occupational mobility predicts differentiated risks. *Soc Sci Med* 2004, **58** : 2545-2558

C MBOIS E, L BORDE C, ROBINE JM. La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Populations et Sociétés* 2008, **441**

- CHEN JD, CHENGTJ, LIN YC, HSI O ST. Job categories and acute ischemic heart disease: a hospital-based, case-control study in Taiwan. *Am J Ind Med* 2007, **50** : 409-414
- DESPL NQUES G. L'inégalité sociale devant la mort. Données sociales ? La société française, Insee 1993
- DESPRES P, GRIMBERT I, LEMERY C, BONNET C, UBRY C, COLIN C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Études et résultats n° 731, juin 2010, Drees
- DEVEL Y E. État des lieux sur les problèmes de santé d'origine professionnelle. Régime Social des Indépendants, 2007 : 1-91
- DOLINSKY L, C PUTO RK. Health and Female Self-Employment. *Journal of Small Business Management* 2003, **41** : 233-241
- EMBRI CO N, ZOUL Y E, B RR U K, KENTISH N, POCH RD F, et coll. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007, **175** : 686-692
- ETTNER SL, GRZY CZ JG. Workers' perceptions of how jobs affect health: a social ecological perspective. *J Occup Health Psychol* 2001, **6** : 101-113
- FELTON JS. Burnout as a clinical entity-its importance in health care workers. *Occup Med (Lond)* 1998, **48** : 237-250
- FNORS. Répartition de l'offre de médecine du travail en France. In : La santé au travail dans les régions de France. 2008 : 23-28
- H -VINH P, BERDEU D, S UZE L. Taux d'incidence et déterminants individuels des arrêts de travail chez les artisans et commerçants indépendants, intérêt épidémiologique. *Pratiques et Organisations des Soins* 2009, **40** : 99-111
- H -VINH P, REGN RD P, S UZE L. Consommation de médicaments psychotropes par les travailleurs indépendants français en activité. *La Presse Médicale* 2011, doi: 10.1016/j.lpm.2010.10.02
- INRS. Les maladies professionnelles (régime général). *Guide mémoire juridique* TJ19, 2009
- J M L M. Job stress, satisfaction, and mental health : an empirical examination of self-employed and non-self-employed. *Canadians Journal of Small Business Management* 1997, **35** : 48-57
- J M L M. Burnout and self-employment : a cross- cultural empirical study. *Stress and Health* 2007, **23** : 249-256
- J M L M, B D I J . Job stress and quality of working life of self employed immigrants. *Journal of Small Business and Entrepreneurship* 1995, **12** : 55-63
- K Y EJ, LO E JC. Survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005. *Br Dent J* 2008, **204** : E19-23
- KUSNIK-JOINVILLE O, L MY C, MERLIERE Y, POLTON D. Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie. Points de Repères, CN MTS, 2006, 5
- LETOURNEUX V. The working conditions of the self-employed in the european union. European foundation for the improvement of living and working conditions, EF/97/41, 1997

- LEIN-EPSTEIN N, YUCHTMAN R E. Health risks of Self-employment. *Work and Occupations* 1991, **18** : 291-312
- MENARD C, LEON C. Activité professionnelle et santé, quels liens ? Baromètre Santé 2005. Inpes, 2007 : 415-444
- MESRINE J. Les différences de mortalité par milieu sociales restent fortes. Données sociales. La Société Française, Insee, 1999 : 228-235
- MIRBELLI MC, LOOMIS D, RICHARDSON DB. Fatal occupational injuries among self-employed workers in North Carolina. *Am J Ind Med* 2003, **44** : 182-190
- MONTEIL C, ROBERT-BOBEE I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. Insee première, 2005, 1025
- PRENTHIRION M, CIESIEF HURLEY J, VERMEYLEN G. Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2007
- PUMIER J, FILIPETTI V. Dépistage des risques et maladies professionnelles des artisans coiffeurs : protocole expérimental à la caisse maladie régionale Côte d'Azur des professions indépendantes. Présentation et résultats. 2010 : 1-21
- PIOTET F, LOTTES C. Travail et relations de travail dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. *Cahiers de recherches de la Mire* 1998, **3** : 11-16
- REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS. Les causes médicales d'entrée en invalidité en 2007. *L'essentiel Médical* 2008, **1**, 8p
- RESEUTION L DE VIGILANCE ET DE PREVENTION DES PROFESSIONNELLES. Rapport d'activité 2007. Infsset, 2009 : 1-106
- ROBERT-BOBEE I, MONTEIL C. Différentiels sociaux et familiaux de mortalité aux âges actifs : quelles différences entre les femmes et les hommes ? *Economie et Statistiques* 2006, **398-399** : 11-31
- ROUILLON F, COLLI F, LIMOSIN F, LOZE JY. Une enquête sur la santé de l'avocat. Bulletin du Barreau de Paris, *Bulletin Spécial Santé de l'Avocat*, 2003, 10p
- SUZE L, HAVINH P, REGNIER P. Affections de longue durée et différences de morbidité entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants, *Pratiques et Organisation des soins* 2011, **42** : 1-9
- TSIFJ, HUNG L, CHEN CC. Occupational stress and burnout of lawyers. *J Occup Health* 2009, **51** : 443-450
- TYSEN R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007, **45** : 599-610
- VEDRENNE-VILLENEUVE E. L'inégalité sociale devant la mort dans la première moitié du XX^e siècle. *Population* 1961, **16** : 665-698
- VEGEL. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. Tome 1. Drees, *Série études et recherches* 2007, **73** : 1-118