

LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

LE MOT DU PRÉSIDENT

Ouf ! Le Collège qui, on le sait, n'est pas très à l'aise financièrement depuis la fin des subventions publiques, vient d'enregistrer deux bonnes nouvelles.

D'abord la conclusion d'un accord de partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS) pour aider à la mise en place de méthodologies d'évaluation économique. Il s'agit d'aider la nouvelle Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) à formuler une doctrine en matière d'évaluation médico-économique susceptible de répondre aux trois critères suivants :

- 1°) Être conforme aux critères reconnus de scientificité ;
- 2°) Être suffisamment pratique pour guider la CEESP dans ses appréciations des travaux empiriques qui lui seront soumis ;
- 3°) Être cohérente avec le contexte administratif et culturel propre à la France.

Il faudra donc être à la fois théorique et empirique, scientifique et pratique, international et local. C'est ce qui fait tout l'intérêt de l'opération.

Au passage, il faut rendre hommage à Lise Rochaix, présidente de la CEESP, qui a démissionné de son poste d'administrateur du CES pour éviter tout conflit d'intérêt. Cette initiative a certainement facilité la conclusion de l'accord et nous l'en remercions chaleureusement.

L'autre bonne nouvelle est la signature d'un accord CES-LEEM pour mener à bien une étude sur les prévisions de consommation pharmaceutique des personnes âgées. Le CES a discuté les termes du projet mais, n'étant pas lui-même un centre de recherche, il a lancé un appel d'offre interne, auquel ont répondu nos collègues marseillais de l'unité Inserm de Jean-Paul Moatti. Le projet sera conduit conjointement par Bruno Ventelou et Thomas Barnay.

Le CES joue dans cette opération un rôle de "tiers-de confiance" entre le commanditaire et l'équipe de recherche, de manière à garantir la qualité et la scientificité des travaux ainsi que la totale indépendance des chercheurs. Deux partenariats donc, très différents l'un de l'autre, mais qui chacun à sa manière confirment la vivacité et la créativité du CES et témoignent de la reconnaissance du CES par les acteurs institutionnels du monde de la santé.

Claude LE PEN
LEGOS, Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL : "SANTÉ ET TRAVAIL" UN THÈME NOUVEAU POUR LES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ ?

La thématique "santé et travail" constitue aujourd'hui l'un des champs privilégiés d'exploration et de débat scientifique et méthodologique pour notre communauté. En atteste le programme des Journées des Economistes de la Santé Français qui, dès 2007, comportait une session "santé et travail", et les nouveaux axes de recherche développés par certaines équipes de recherche, notamment à l'IRDES.

Nouveau thème, nouvelles opportunités de développer des travaux originaux, de publier... Sans doute déjà une bonne raison pour s'y intéresser. Mais la raison de cet intérêt n'est en fait pas si triviale. Elle est liée, comme nous le démontre cette édition de la lettre du Collège des Economistes de la Santé, à des enjeux majeurs tant pour la santé publique, pour la compréhension du marché du travail que pour l'équilibre économique de la protection sociale, des entreprises et plus largement du pays.

Deux axes principaux sont illustrés ici par les contributions respectives de Thomas Barnay et d'Hélène Sultan, Hassan Serrier et Christine Peyron. La première explore le lien "santé-travail" sous l'angle de l'impact de l'état de santé sur les choix d'offre de travail. Au-delà des déterminants purement monétaires, l'état de santé apparaît comme un facteur déterminant de l'offre de travail, en particulier chez les travailleurs âgés. La seconde explore ce lien sous l'angle inverse de l'impact des conditions de travail sur la santé. Le sujet est aussi d'importance. En effet, le nombre de maladies professionnelles reconnues explose et de nouveaux risques sont apparus. Le coût pour les entreprises, pour la protection sociale et pour la société est important et il est temps de démontrer que la prévention des risques professionnels pour la santé est aussi un choix économiquement rentable.

Tout paraît ainsi simple ! Les économistes ont les outils et il suffit ou suffirait d'apporter la preuve pour éclairer le décideur. Mais ces deux contributions nous expliquent que la démonstration n'est pas si évidente. En effet, dans les deux cas, les études sont quasi-inexistantes et les données sont absentes ou inadaptées. Quant à la problématique, elle est en réalité complexe. Si l'état de santé est un déterminant de l'emploi, il faut prouver que ce lien est un lien de causalité, il faut mesurer les effets de sélection sur les choix individuels par rapport à l'emploi, et démontrer les effets cumulatifs de la santé sur la vie professionnelle. Thomas Barnay explore des pistes et reconstruit des données pour y parvenir. Nous attendons avec impatience les résultats de son étude. Quant à la prévention des risques professionnels pour la santé, elle exige certes de mesurer les bénéfices attendus, pour les entreprises comme pour la société, mais aussi de s'assurer de sa faisabilité. Car, en effet, si l'on peut réduire ces risques, on ne peut sans doute pas les supprimer. Hélène Sultan et ses collègues démontrent que les méthodes coût-avantage offrent une méthodologie adaptée, mais que les données sont encore à construire et les études à développer pour convaincre les décideurs à agir.

Pour les économistes de la santé, c'est une véritable invitation... au travail ! Au travail pour étayer les pistes de recherche ouvertes par ces deux contributions, mais aussi pour en explorer d'autres. Les modalités de financement des différents risques de la protection sociale, AT/MP certes, mais aussi maladie et vieillesse, pourraient évoluer pour véritablement inciter les entreprises à prévenir les risques pour la santé comme pour l'emploi.

Sophie BEJEAN
LEG, Université de Bourgogne

ETAT DE SANTE ET OFFRE DE TRAVAIL DES SENIORS EN FRANCE

Chaque année depuis 2006 environ 800 000 personnes atteignent l'âge de 60 ans (contre 500 000 précédemment). Cette tendance lourde s'accompagne de craintes plus ou moins fondées sur la capacité du système de sécurité sociale à absorber cette accélération du vieillissement démographique. Le système de protection sociale, qui repose sur une approche assurantielle, tolère en effet difficilement une baisse relative de la population active sur laquelle son financement repose. Le système de retraite par répartition est ainsi mis à mal obligeant la plupart des pays à opérer des réformes paramétriques de leur système en reculant l'âge d'obtention des droits à la retraite (France, Allemagne ou Royaume-Uni) ou en introduisant des mécanismes actuariels (Suède et Italie). L'altération médicalement reconnue de l'état de santé peut alors apparaître comme un mode dérogatoire à l'augmentation de la durée d'assurance par le biais de préretraites dédiées, de pensions d'invalidité ou encore d'arrêts-maladie.

L'évolution de la santé des populations demeure assez paradoxale. D'un côté, les gains d'espérance de vie semblent s'accompagner d'un meilleur état de santé et de moins d'incapacités. D'un autre côté, l'examen de la branche Accidents du Travail-Maladies Professionnelles (ATMP) montre une explosion du nombre de maladies professionnelles reconnues (47 000 en 2006 contre moins de 10 000 en 1995) en partie expliquée par l'élargissement du périmètre des maladies reconnues mais traduisant aussi une montée des Troubles musculo-squelettiques (TMS). En outre, la fréquence des accidents du travail ne diminue plus contrairement à ce qui était constaté entre 1960 et 1990. Loin d'avoir disparu les contraintes du milieu professionnel se cumulent désormais avec de nouvelles formes d'exposition induisant notamment des problèmes psychologiques.

Dans ce contexte et face à une demande sociale de plus en plus forte, des économistes en France ont récemment investi le champ de la thématique santé et travail. Deux axes semblent avoir été privilégiés : l'étude de la corrélation état de santé-statut d'occupation et l'évaluation du coût de la santé au travail. Nous nous proposons dans ce court article d'examiner le premier axe.

L'état de santé, un effet protecteur sur le marché du travail

Longtemps, les déterminants non-monétaires du choix de départ à la retraite ont été occultés par des analyses financières *stricto sensu* visant à établir l'impact des modifications de barèmes sur l'âge de départ à la retraite. L'évaluation des dernières réformes de l'Assurance vieillesse semble réhabiliter une approche multicritère intégrant d'autres facteurs tels que l'état de santé

ou la satisfaction au travail. Alors que l'effet escompté des réformes sur l'âge de la retraite devait être massif, seuls entre 50% et les 2/3 des personnes concernées par l'accroissement de la durée de cotisation ont choisi de reporter leur départ au-delà de 60 ans (Bozio, 2006¹). Certes des phénomènes évidents de myopie des agents, de fortes incitations à des départs anticipés (ou d'adhésion massive à des dispositifs spécifiques types "carrières longues") et une demande de travail fragile pour les plus de 50 ans expliquent en partie ce résultat. Cependant, l'état de santé (et aussi la satisfaction au travail²) apparaît comme un des déterminants les plus importants de l'offre de travail des travailleurs âgés et joue un rôle prépondérant sur l'âge réel de cessation d'activité.

En présence de pressions économiques accrues sur la population active, l'impact de la santé sur le maintien dans l'emploi, mais aussi sur la qualité de l'emploi, peut alors permettre de justifier la mise en place de mesures préventives en milieu professionnel. Deux effets caractéristiques du lien entre santé et travail coexistent : l'impact de l'état de santé sur l'offre de travail et l'impact du milieu professionnel (conditions de travail pénibles) sur la santé.

Primo, la dégradation de l'état de santé contribue à modifier les préférences pour le loisir et affecte ainsi l'offre de travail des individus. On sait qu'un état de santé dégradé peut conduire à accroître les risques de perte d'emploi (Jusot *et al.*, 2006³, Derriennic *et al.*, 2003⁴). Elle remet alors partiellement en question, pour les individus concernés, l'efficacité de l'augmentation de la durée de cotisation requise sauf à envisager que des postes adaptés soient ouverts aux seniors de plus de 50 ans.

Secundo, les conditions de travail et d'emploi peuvent affecter l'état de santé et conduire à des arbitrages de la part des travailleurs quant à la nature des emplois occupés ou au contrat de travail envisagé. En outre, elles peuvent réduire la productivité des seniors et augmenter leur absentéisme.

Dans la littérature internationale, cette double causalité état de santé-statut d'occupation a encore peu été exploitée par les économistes qui

1 Bozio, A. (2006) "Réformes des retraites: estimations sur données françaises", Thèse de doctorat, Ecole des hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Paris.

2 Voir sur données européennes le numéro spécial de la Revue Economie et Statistiques : "Santé vieillissement et retraite en Europe", n° 403-404, 2007/12.

3 Jusot F., Khlal M., Rochereau T. et Sermet S. (2006), "Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi", *Données Sociales* - La Société française, Paris : Insee, pp. 533-542.

4 Derriennic F., Saurel-Cubizolles M.J. et Monfort C. (2003), "Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés", *Travail et Emploi*, n°96.

se sont en particulier concentrés sur l'impact de la santé sur l'emploi des seniors de plus de 50 ans. Plusieurs travaux sur données françaises mettent en évidence un effet de sélection de la santé sur le statut socio-économique (*healthy worker effect*). Ainsi la dégradation de l'état de santé conduit à une sortie anticipée du marché du travail avec des conséquences notables sur les modalités de sorties de l'emploi (Barnay, 2008⁵). Tessier et Wolff (2005)⁶ montrent que l'impact de la santé sur l'offre de travail est vérifié dès le début de l'activité professionnelle. Ils soulignent ainsi les possibles effets cumulatifs d'un état de santé dégradé durant la vie professionnelle. En revanche, l'activité professionnelle ne semble pas influencer l'état de santé.

Si la littérature économique fournit des études attestant de l'effet de la santé sur la participation au travail, l'effet de la participation sur la santé est peu établi. Les ergonomes et épidémiologistes travaillent en revanche depuis longtemps sur cette question et mettent en exergue, en particulier pour les travailleurs vieillissants, le poids des contraintes physiques et mentales sur l'état de santé des seniors (Lasfargues, 2005)⁷. En économie, la question des conditions de travail a essentiellement été traitée par le biais des théories compensatrices comme pouvant donc dépendre du niveau d'effort du salarié indépendamment de son état de santé. Case et Deaton (2005)⁸ ont cependant montré, à partir d'un modèle de capital santé inspiré de Grossman (1972)⁹, que la pénibilité du travail affecte le facteur santé mais aussi son taux de dépréciation. A partir de ce corpus théorique, Afssa et Givord (2009)¹⁰ montrent que le travail avec des horaires irréguliers accentue de façon très significative la probabilité de s'arrêter pour maladie.

Des données françaises encore insuffisantes

Peu d'études se sont intéressées à ces questions en France en raison de la faiblesse des sources statistiques qui appréhendent rarement de façon approfondie et jointe l'état de santé et le statut d'occupation et aussi de l'absence de données longitudinales qui limite les analyses à des études transversales de corrélation et à l'étude de populations

spécifiques. Ainsi des populations fragilisées ont pu être mises en évidence à partir de données administratives (les mères de famille bénéficiaires de l'Assurance vieillesse des Parents au foyer par exemple¹¹). Cependant, en toute rigueur, l'étude de ces liens devrait s'appuyer sur des données appariées employeurs-employés sur l'ensemble du cycle de vie professionnel afin d'apprécier finement l'environnement de travail et de procéder à des typologies des milieux professionnels et des populations à risque. Par ailleurs, l'étude des liens entre santé et offre de travail ne peut être conduite sans tenir compte de critères familiaux, professionnels et institutionnels. Les trajectoires professionnelles du conjoint notamment mais aussi la survenue d'événements familiaux (naissance, divorce, déménagement,...) exigent de considérer l'offre de travail comme une offre familiale. Outre la prise en compte de ces modèles de décision jointe, de possibles effets de sélection de certaines activités (jugées moins éprouvantes ou dont les horaires sont aménagés) en début de vie active ou au moment d'une reconversion professionnelle pourraient être étudiés. Des facteurs spécifiques à l'offre de travail féminine pourraient être alors envisagés : le traitement fiscal du deuxième revenu du foyer, la prise en charge et les modes de garde des enfants mais aussi des parents dépendants, les prestations familiales, les congés parentaux ou de maternité.

La mise à disposition des données de l'enquête Santé et Itinéraires Professionnels¹² pourra répondre en partie à ces questions. En effet, cette enquête permet de reconstituer tous les épisodes de santé et de statut d'occupation. Une brèche est donc ouverte afin de démêler les causalités globales entre état de santé et insertion professionnelle au long de la carrière professionnelle afin de disposer d'informations individuelles et temporelles et de mobiliser les outils économétriques de l'analyse des causalités.

L'investissement dans la santé au travail risque, en cette période de récession économique, d'être jugé comme non prioritaire et coûteux. Ces nouvelles études pourraient utilement justifier la mise en place de mesures d'amélioration des conditions de travail et de prévention contre les maladies les plus incapacitantes pour soutenir les taux d'emploi des plus de 50 ans mais aussi des plus jeunes. Une politique dynamique de santé au travail pourrait alors être conçue comme un levier pour accroître l'emploi en France.

Thomas BARNAY

ERUDITE, Université Paris 12 Val de Marne

5 Barnay T. (2008), "Chômage et invalidité après 50 ans : deux dispositifs alternatifs de sortie de l'emploi pour les seniors en mauvaise santé ?", *Economie et Statistiques*, n°411, Insee, pp. 47-63.

6 Tessier P. et Wolff F.C. (2005), "Offre de travail et santé en France", *Économie et Prévision*, n° 168, pp. 17-41.

7 Lasfargues G. (2005), "Départs en retraite et travaux pénibles. L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé", *Rapport de recherches*, n° 19, Centre d'études de l'emploi, 39 p.

8 Case A. and A. Deaton (2005), "Broken Down by Work and Sex: How our Health Declines", in D. Wise (ed.), *Analyses in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

9 Grossman M. (1972), "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy*, vol. 80, n° 2, pp. 223-255.

10 Afssa C. et Givord P. (2009), "Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers", *Economie et Prévision*, n°187.

11 Barnay T, Briard K, (2009) "Carrière incomplète et départ en retraite : une estimation de l'incidence de l'état de santé à partir de données individuelles", *Revue Economique*, numéro spécial, Vol. 60, n°2, pp. 345-364.

12 Conception : Drees et Dares - Appui scientifique : CEE - Mise en œuvre : Insee.

L'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE DES POLITIQUES DE PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL : ENJEUX ET SPÉCIFICITÉS

Les enjeux de la prévention en santé au travail

La prévention des risques professionnels constitue un enjeu majeur, en termes de santé publique et de dynamique économique par le biais notamment des effets de la santé sur l'offre de travail. Cette prévention sur le lieu de travail a aussi un rôle à jouer sur l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. La branche vieillesse est directement concernée, étant donné que l'arbitrage par les salariés entre une durée de travail plus longue et la liquidation des droits à la retraite est déterminé par l'état de santé, et notamment la santé au travail (cf. la contribution de T. Barnay dans ce numéro). La prévention a un effet sur les dépenses de la branche ATMP de façon directe, et également sur celles de la branche assurance maladie, pour les pathologies et accidents d'origine professionnelle mais non reconnus comme tels. Les enjeux se situent également au niveau des inégalités sociales de santé. L'exposition professionnelle expliquerait la moitié des différences sociales de mortalité par cancer du poumon dans les pays industrialisés¹³.

Les politiques de prévention des risques professionnels peuvent agir de façon déterminante sur l'exposition des salariés. En effet, les facteurs de risque professionnels sont le plus souvent des risques "évitablement" pour lesquels des actions de protection sont techniquement envisageables. Or, améliorer la santé des salariés peut être perçu comme coûteux. La phase d'implantation d'un dispositif mobilise des ressources. La crainte, pas toujours fondée, d'une éventuelle baisse des cadences de travail liée aux mesures de prévention peut être un obstacle à la prévention dans les organisations. Le choix de la prévention est perçu par les entreprises (et parfois par le décideur public) comme un arbitrage entre santé des travailleurs et santé des entreprises.

Ainsi, l'évaluation économique des politiques de prévention en santé au travail constitue un outil potentiel d'aide à la décision pour la mise en œuvre de ces actions de prévention, de la même façon que l'évaluation médico-économique a un rôle central à jouer dans la façon de prioriser les politiques de santé. Un constat s'impose cependant, celui de la quasi absence d'évaluations de ce type appliquées à la santé au travail dans la lit-

térature scientifique, ainsi que dans les rapports institutionnels disponibles en France ou au niveau international. Si l'évaluation des politiques d'intervention en santé au travail se développe progressivement¹⁴, elle reste centrée sur l'évaluation de l'efficacité des différentes phases de l'intervention. La dimension économique est souvent laissée de côté, comme le montre une revue de littérature récente sur les interventions sur le stress au travail¹⁵ (sur 90 études incluses dans la revue de littérature, seules 6 études de haute qualité scientifique abordaient la dimension économique de l'intervention).

Il s'agit ici de lancer quelques pistes visant à interroger les raisons de cette carence : la santé au travail présente-t-elle des spécificités qui rendent difficile ou peu pertinente l'application des méthodes coût-avantage à ce champ ?

Spécificités liées à la mesure des bénéfices à attendre des politiques de prévention

La nécessité de mettre en œuvre une politique de prévention dépend notamment du poids que représente la pathologie ou le facteur de risque visé par cette politique. Étant donné le phénomène, largement documenté dans la littérature, de sous déclaration¹⁶ et de sous reconnaissance¹⁷ des maladies professionnelles et des accidents du travail, l'importance des atteintes à la santé des individus liée au travail est minimisée. Par conséquent, les avantages à attendre d'une politique de prévention sont sous-estimés, si l'on se base sur le système statistique ATMP de la CNAMTS qui comptabilise l'ensemble des maladies profession-

¹³ Kogevinas M. et al (1997), *Social inequalities and cancer*, Lyon, IARC. Cité par Imbernon E. (2008), "Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique?", *Santé Publique*, n°3, pp. 9-17.

¹⁴ Goldenhar L.M. et al (2001). "The intervention research process in occupational safety and health: an overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, n°7, volume 43, pp. 616-622.

¹⁵ LaMontagne A.D. et al. (2008), "A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005", *International Journal of Occupational and Environmental Health*, n°3, volume 13, pp. 268-280.

¹⁶ Gollac M., Volkoff S. (2006), "La santé au travail et ses masques", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°163, pp. 4-17. Thébaud-Mony A. (2006), "Histoires professionnelles et cancer", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°163, pp. 18-31.

¹⁷ Diricq N. (2008), Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, Paris, Cour des comptes. Imbernon E. (2003), Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France, Saint Maurice, Institut de Veille Sanitaire. Kasbi-Benassouli V. et al. (2005), Confrontation des cancérigènes avérés en milieu de travail et des tableaux de maladies professionnelles, Saint Maurice, Institut de Veille Sanitaire. Goldberg M. et al. (1999) "Disparités régionales de la reconnaissance du mésothéliome de la plèvre comme maladie professionnelle en France (1986-1993)" *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique* 47:421-431.

nelles et accidents du travail reconnus et indemnisés en France.

La sous-estimation de l'ampleur des cas imputables à une exposition professionnelle dans les systèmes statistiques existants est sans doute une particularité de la santé au travail, dans la mesure où les critères d'identification des facteurs de risque sont non seulement cliniques mais aussi juridiques et réglementaires. Par exemple, le fait d'identifier un cas de maladie cardio-vasculaire comme étant lié à une hypercholestérolémie repose sur un diagnostic clinique, alors que les statistiques ATMP sur le nombre de cas de cancers des sinus de la face liés à une exposition aux poussières de bois dépendent non seulement du diagnostic du médecin du travail mais aussi de critères réglementaires liés à la reconnaissance des maladies professionnelles (Tableau des Maladies Professionnelles RA 36).

L'utilisation de la méthode des fractions attribuables permet de surmonter les difficultés d'attribution des cas à l'exposition¹⁸, et de compenser les failles du système statistique ATMP¹⁹. On peut alors estimer le nombre de cas imputables à la non prévention et les coûts qui pourraient être évités si l'exposition était *totale*ment supprimée²⁰. En revanche, les données sont rares sur la part des cas qui pourrait être évitée par telle ou telle politique visant à *réduire* l'exposition²¹. Si les études sur l'efficacité des interventions se développent, la quantification des effets n'est pas systématique. Il est toujours possible de mener des analyses de sensibilité sur le degré d'efficacité de la politique de prévention (à l'instar des méthodes utilisées pour les politiques de dépistage par exemple). Cependant, il reste difficile de déterminer un ancrage pour ces analyses de sensibilité en l'absence de données de référence.

Spécificités liées à la mesure des coûts

La mesure des coûts d'une politique de prévention en santé au travail dépend, comme dans toute évaluation, du point de vue adopté. Si le but est de convaincre le financeur qu'une politique de prévention peut être coût-avantageuse, deux points de vue peuvent être adoptés, celui de la

collectivité et celui de l'entreprise²². L'action publique est de nature essentiellement réglementaire, juridique, ou informative. Mais l'intensité de l'effort de prévention sur le lieu de travail reste à la discrétion des employeurs. Les comportements des entreprises sont en effet très hétérogènes en matière de santé et sécurité au travail, le respect de la réglementation ne garantissant pas la mise en œuvre d'une politique de prévention active sur le lieu de travail.

Ces deux points de vue requièrent des méthodologies d'évaluation et des données de nature radicalement différente. Le point de vue de la collectivité nécessite de prendre en compte les effets macroéconomiques d'une nouvelle réglementation visant à protéger la santé des salariés. En effet, l'augmentation des contraintes réglementaires concernant l'utilisation de telle ou telle substance toxique par exemple peut avoir des impacts directs sur la production, sur les décisions d'investissement des entreprises, et sur l'emploi notamment. Ces effets macroéconomiques peuvent soit alourdir les coûts de la politique de prévention, soit au contraire constituer des coûts évités par cette politique, et rendent par là même l'évaluation particulièrement complexe. Mais est-ce une spécificité des évaluations en santé au travail ? Les impacts des politiques de prévention en santé au travail sur la sphère de production et sur la stratégie des entreprises jouent un rôle sur la dynamique du système économique, qui tend à les différencier des politiques de santé stricto sensu.

Le point de vue de l'entreprise, suppose non seulement un accès à des données microéconomiques souvent sensibles (productivité du travail, rémunération des salariés, taux d'absentéisme, taux de turnover), mais aussi des compétences sur le terrain qui dépassent celles de l'économiste et qui impliquent des collaborations pluridisciplinaires (compétences en management, en ergonomie...). Les indicateurs de mesure des coûts des politiques de prévention ne sont pas préexistants et doivent être construits en fonction de chaque contexte organisationnel, contrairement aux indicateurs de mesure du coût des politiques de prévention en santé qui sont aujourd'hui bien balisés dans la littérature. Certaines variables sont de plus très difficiles à quantifier, alors même qu'elles peuvent jouer un rôle déterminant sur les résultats de l'analyse, comme les effets du présentisme sur la productivité du travail. Le problème de l'évaluation du présentisme existe aussi dans les évaluations en santé²³, mais représente une part sans

18 On peut citer notamment : Nurminen M., Karjalainen A. (2001), "Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, n°3, volume 27, pp. 161-213.

19 Serrier H, Sultan-Taïeb H, Sauze D, Béjean S (2009) "Quelles sont les difficultés méthodologiques de l'évaluation des politiques publiques de prévention en santé au travail ?" *Actes des XXIX^e Journées de l'Association d'Économie Sociale*, à paraître.

20 Béjean S., Sultan-Taïeb H. (2005), "Modelling the social cost of diseases imputable to stress at work", *European Journal of Health Economics*, 50 (1) : 16-23

21 Nelson D.I. et al. (2005), "The global burden of selected occupational diseases and injury risks : Methodology and summary", *American Journal of Industrial Medicine*, n°48, pp. 400-418

22 Nous laissons volontairement de côté le point de vue de la sécurité sociale, qui fait intervenir des acteurs multiples pour le financement de la santé au travail.

23 Pauly M.V. et al. (2008), "Valuing Reductions in On-the-job Illness: 'Presenteeism' from Managerial and Economic Perspectives", *Health Economics*, n°4, volume 17, pp. 469-485.

doute plus limitée des coûts évités que dans le cas où l'analyse est menée du point de vue de l'entreprise.

Pour conclure, les méthodes coût-avantage, de par les informations qu'elles produisent, pourraient favoriser la mise en œuvre de mesures préventives en santé au travail dans les entreprises. Elles permettraient de démontrer qu'il s'agit dans un certain nombre de cas d'un investissement social rentable, et jouer par là même un rôle moteur dans l'évolution de la législation. La diffusion des résultats de ces évaluations pourrait également concourir à des politiques incitatives auprès des entreprises. En France, les pouvoirs publics disposent aujourd'hui de peu d'instruments véritablement incitatifs pour pousser les entreprises à agir dans ce domaine. En effet, le taux de cotisation ATMP versé par les employeurs ne constitue pas un outil de gestion, dans la mesure où ce taux n'est pas pris en compte lorsque les stratégies de santé au travail sont élaborées dans les entreprises. Il est en réalité peu relié au niveau de sinistre et donc à l'effort de prévention²⁴. C'est alors le développement d'évaluations coût-avantage conduites avec le point de vue et au niveau de l'entreprise qui pourrait les convaincre du bien-fondé, en interne, des actions de prévention.

Si les méthodes coût-avantage se heurtent aujourd'hui à un ensemble de difficultés à la fois méthodologiques et de disponibilité des données, elles pourraient être un levier important pour l'amélioration de la santé au travail. Elles constituent donc une thématique de recherche certes difficile mais prometteuse.

Hélène SULTAN-TAIEB
Hassan SERRIER
Christine PEYRON

Laboratoire d'Economie et Gestion (CNRS UMR 5118)
 Université de Bourgogne

Santé et activité

4^{ème} conférence du cycle "économie de la santé et vieillissement"

**5 novembre 2009, Maison Internationale
 à la Cité internationale universitaire de Paris**

Le Collège des Economistes de la Santé (CES) organise avec le soutien de la *Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité*, de la *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)* et du *Régime Social des Indépendants (RSI)* une série de conférences entre chercheurs, décideurs publics et privés et professionnels de santé sur le thème de l'économie de la santé et du vieillissement au sens large. La quatrième conférence abordera le thème "Santé et activité" le 5 novembre 2009 dans le Salon Honorat de la Maison Internationale à la Cité internationale universitaire de Paris.

4 sessions seront proposées :

1. **Quels enjeux ?**
2. **La santé comme facteur de l'activité professionnelle**
3. **Conditions de travail et santé au travail**
4. **Une responsabilité individuelle ou collective ?**

Avec la participation de Didier TABUTEAU (Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité), Claude LE PEN (LEGOS-Université Paris Dauphine), Anne-Marie BROCAS (DREES), Françoise FORETTE (ILC-France), Sophie BEJEAN (Université de Bourgogne), Noëlle LASNE (Médecin du travail), Thomas BARNAY (Université Paris 12 Val de Marne), Thomas COUTROT (DARES), Hélène SULTAN-TAIEB, (Université de Bourgogne), Noël DIRICQ (Cour des comptes), Philippe ASKENAZY (PSE), Sylvie CELERIER (CEE), Thomas AMOSSE (CEE) et Jean-Pierre GRILLET (CCMSA).

Programme et inscriptions sur le site du CES : <http://www.ces-asso.org>

Renseignements : ces2@wanadoo.fr

²⁴ Bras P-L. (2007) "Réformer la tarification pour inciter à la prévention", *Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales*, septembre 2007, 147 p.

31^{EMES} Journées des Economistes de la Santé Français (4 et 5 décembre 2009)

Jeudi 3 décembre 2009

| | | |
|---------------|--|---|
| 13.30-14.15 | Conférence invitée : Alain TRANNOY, Les inégalités de santé | |
| | Croissance / développement | Santé et travail |
| | La contribution du secteur de la santé à la croissance : une revue de littérature (<i>Y.Kocoglu, R.David</i>) | Lien entre santé et chômage en Europe (<i>J. Rochut, P.Van Kerm</i>) |
| 14.15 - 16.30 | Accès aux soins et aux traitements contre le VIH/SIDA et dépenses de santé catastrophiques des ménages dans les pays en développement : le cas de la Côte d'Ivoire (<i>A. Beaulière, A. Pouhé, K.Koné, S.Touré, P-K.Alexandre</i>) | "Should I stay or should I go" Individual and Institutional Determinants of Labor Force, Participation and retirement behaviours of older workers in Europe. (<i>T.Debrand, N.Sirven</i>) |
| | Derrière la promotion de la santé publique, l'impératif du rattrapage industriel au Sud : la contribution industrielle indienne à l'accès des médicaments antisida au Brésil (<i>S.Guennif, S.Ramani</i>) | L'intensité de la corrélation état de santé-statut d'occupation au long de la carrière professionnelle (<i>T. Barnay, F.Legendre</i>) |
| | Aidants | Cancer et Travail |
| 16.45 - 18.15 | Evaluation des coûts des soins formels et informels pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (<i>M. Bellanger</i>) | "Retour au travail après un cancer : aménagements des conditions de travail et conditions de vie" (<i>C.Le Clainche</i>) |
| | Aide informelle ascendante et effet sur l'offre de travail (<i>R.Fontaine</i>) | A continuous-time Markov process for mobility in the labor market: the impact of breast cancer diagnosis in the case of French females (<i>A. Paraponaris, V.Bascetto, L.Sagaon Teyssier</i>) |

Vendredi 4 décembre 2009

| | | |
|---------------|---|--|
| | Prévention | Equité |
| 9.00 - 10.30 | Dispositifs incitatifs pour l'offre de prévention en médecine générale : une analyse empirique des préférences des médecins (<i>C. Peyron, M. Ammi</i>) | Santé et origine sociale : Un rôle des transferts entre générations ? (<i>C.Scodellaro</i>) |
| | Information sur les risques pour la santé et comportements individuels : la prévention des risques du tabac, de l'alcool et des mauvaises habitudes alimentaires (<i>V.Seror, P.Peretti-Watel, O.L'Haridon</i>) | Social integration, migration, and health status : a French data analysis (<i>C.Berchet, F. Jusot, P. Dourgnon</i>) |
| | Hôpital | Médecine libérale |
| 10.45 - 12.15 | Les écarts de rémunérations dans les établissements de santé (<i>D.Raynaud, J.Aude</i>) | Le point de vue de l'usager sur les attributs de qualités organisationnels de l'offre de soins de médecine générale : une approche par la méthode Delphi (<i>N.Krucien, M.Le Vaillant, N.Pelletier-Fleury</i>) |
| | Impact du volume d'activité sur la qualité des soins dans les hôpitaux : une analyse multi-niveaux (<i>Z.Or, T.Renaud</i>) | Eliciting the Price of Leisure via modified contingent valuation : the case of self-employed GPs (<i>C. Chanel, A.Paraponaris, C. Protière, S. Roland, B.Ventelou</i>) |
| | Remboursements des dépenses de l'Assurance Maladie | |
| 13.45 - 16.00 | Réformer le système de remboursement pour les soins de ville : Une analyse par micro simulation (<i>G. de Lagasnerie, PY Geoffard</i>) | Réforme du remboursement des dépenses d'Assurance Maladie : Passez de l'égalité à l'équité (<i>T. Debrand, C.Sorasith</i>) |
| | Prédire les dépenses de médicaments à l'horizon 2025 : vieillissement des populations, morbidité des cohortes et choix de recours des personnes (<i>T.Barnay, B.Ventelou, S.Thiébaud</i>) | |
| 16.00-16.45 | Conférence invitée : en attente de confirmation, Crise économique et Assurance maladie | |

Inscriptions avant le 30 novembre 2009 sur le site du CES : <http://www.ces-asso.org>



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES - 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: +33 (0)1 43 45 75 65 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : ces2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay, Astou Kaba
et Marie-Angèle Traoré.

Tirage : 650 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755