

PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL



SOMMAIRE

Rédaction
SNPST
12, impasse Mas
31000 Toulouse
Tél. : 05 61 99 20 77
Fax : 05 61 62 75 66
courrier@snpst.org
http://snpst.org

**Directeur de la
publication :**
Gilles ARNAUD

Rédactrice en chef :
Françoise BLANC

Comité de rédaction :
Marie Christine LIMAME
Jean Claude GUIRAUD
Pierre JANSOU
Mireille CHEVALIER

Ont participé à ce dossier :

Serge VOLKOFF
Valentine HELARDOT
Annie THEBAUD MONY
Jean Claude MARQUIE
Rita DI GIOVANNI
Françoise BLANC
Pierre JANSOU
Marie Hélène FOURNIER
Patrick BOUET
Gérard LUCAS
Laurent VOGEL
Pierre-Yves MONTÉLÉON
Jean François NATHON
Michèle BIAGGI
Henri CÉLIÉ
Daniel MOQUET

Publicité :
ASSOCIEL

14 rue de Belzunce
75010 PARIS
Téléphone : 01 48 59 81 43
Télécopie : 01 42 87 09 68
associel.jst@hotmail.fr

- 1/ **Edito : Pénibilité du travail : un pléonasme ?** *F. BLANC* 3
- 2/ **Point de vue du SNPST.** *F. BLANC, J.C. GUIRAUD* 4
- 3/ **La pénibilité, une notion à utiliser ... avec modération.** *Serge VOLKOFF* 5
- 4/ **Pour une approche élargie de la pénibilité du travail.** *Valentine HELARDOT* 8
- 5/ **Sous-traitance, intérim, pénibilités.** *Annie THEBAUD MONY* 10
- 6/ **Pénibilité et préjudice cognitif : la double peine ?** *Jean Claude MARQUIE* 12
- 7/ **De multiples enseignements à tirer ...** *Annie TOURANCHET* 15
- 8/ **Accompagnement pluridisciplinaire d'une entreprise sur les questions de pénibilité et de gestion des ages.** *Rita DI GIOVANNI, Françoise BLANC* 18
- 9/ **Facteur âge chez des agents de nettoyage d'un organisme HLM : l'action du médecin du travail.** *Pierre JANSOU* 21
- 10/ **Mission d'une infirmière santé travail face à la mise en place d'horaires atypiques auprès d'une population vieillissante.** *Marie Hélène FOURNIER* 22
- 11/ **Travail des soignants : la pénibilité devient un vrai problème de santé publique.** *Patrick BOUET* 24
- 12/ **Une pénibilité de la préhension tracée dans la main : la maladie de Dupuytren est professionnelle.** *Gérard LUCAS* 26
- 13/ **Point de vue européen sur la pénibilité.** *Laurent VOGEL* 28
- 14/ **Positions des différents syndicats de salariés**
CFTC - Pierre-Yves MONTÉLÉON 29
CGT - Jean François NATHON 31
FO - Michèle BIAGGI 31
SOLIDAIRES - Henri CÉLIÉ 32
UNSA - Daniel MOQUET 34

PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL : UN PLÉONASME ?

Tous les dictionnaires vous le diront et je n'apprendrai donc à personne que le mot travail vient du latin « tripalium » qui signifie instrument de torture. Le Petit Robert indique même que le premier sens du mot, au XII^{ème} siècle, était « état pénible ».

Le titre de notre dossier « Pénibilité du travail » serait donc un pléonasme ?

Pourquoi parler autant aujourd'hui de pénibilité du travail alors que celle-ci semble évidente depuis des siècles ?

Y a-t-il une ou plusieurs pénibilités ? Lesquelles ?

Suffit-il de dire que le travail est pénible ? Ne sommes nous pas devant une exigence de démontrer en quoi il est pénible : pourquoi et comment ?

Bien sûr, en arrière plan de nos débats et de nos expériences apparaissent d'autres thèmes : amélioration ou dégradation des conditions de travail, évolution des conditions d'emploi, vieillissement des populations au travail, recul de l'âge de départ en retraite ...

Voici donc un dossier, un de plus, qui tente d'apporter des éclairages à toutes ces questions. Il ne répond pas à tout et n'envisage pas tous les aspects tant le sujet est vaste et mouvant !

Dans ce dossier, la question de la pénibilité du travail est abordée selon trois angles de vue :

- Des analyses de scientifiques, sociologues, épidémiologistes : Serge Volkof et Valentine Hélardot nous aident à prendre la dimension de la complexité de cette question en parlant de pénibilités au pluriel ou à plusieurs facettes, d'approche élargie et multidimensionnelle.

Annie Thébaud Mony aborde le lien entre droits des travailleurs et pénibilité et nous parle de l'inégalité dont sont victimes les travailleurs précaires face à la pénibilité, la santé et même la mort.

Jean Claude Marquié et Annie Touranchet nous font part des enseignements que l'on peut tirer de deux grandes enquêtes épidémiologiques portant sur le vieillissement des populations au travail (ESTEV et VISAT) ; ces deux enquêtes ont démontré l'influence des conditions de travail sur le vieillissement dans des domaines très différents comme les troubles musculo-squelettiques et les capacités cognitives.

- Des expériences de terrain de professionnels de la santé au travail, ergonomes, médecins ou infirmières :

Pour les professionnels de terrain, la première étape est le constat de la pénibilité qui est fait par la connaissance des conditions de travail mais surtout à partir du vécu des salariés et de leur état de santé. Puis vient le moment de mise en visibilité du problème : que ce soit par des demandes d'aménagements des postes de travail, par des enquêtes locales auprès des salariés d'une entreprise ou par des enquêtes de plus grande portée comme l'enquête européenne concernant les infirmières ; cette mise en visibilité est une étape indispensable avant l'action.

Finalement, l'action reste toujours difficile ; et la réalité actuelle des entreprises et des organisations du travail renvoie les préventeurs au niveau d'une prévention secondaire qui doit, trop souvent, se contenter « d'aménager » la pénibilité pour qu'elle soit le plus supportable possible ...

- Des points de vue de syndicalistes engagés dans les négociations qui lient pénibilité et départ en retraite. Ce sont eux qui sont au plus près du terrain et sont confrontés aux difficultés pour faire reconnaître la pénibilité.

Car si cette notion est vaste et complexe, il existe des données objectives incontestables :

- Les ouvriers vivent 6 ans de moins que les cadres et restent moins longtemps en bonne santé
- Les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles montrent que les manutentions en sont la première cause.
- La douloureuse histoire de l'amiante démontre le danger de l'exposition aux produits chimiques et/ou cancérigènes.
- Le travail de nuit est incontestablement « anti » physiologique.

Comme nous avons pu le faire dans ce dossier (et j'en profite pour remercier les différents auteurs), il est nécessaire et indispensable de conjuguer nos efforts et de mettre en commun nos connaissances et nos expériences pour faire avancer cette question qui est directement liée à celle de l'amélioration des conditions de travail.

La santé des salariés en dépend et c'est là notre principale préoccupation.

Françoise Blanc

PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL

LE POINT DE VUE DU SNPST, F. BLANC, JC GUIRAUD

ÉVITER LES PIÈGES

Le travail est pénible ... donc tous les travaux sont pénibles !

Et ainsi les négociations entre patronat et syndicats peuvent durer ... péniblement ... encore quelques années avant que l'on n'arrive à définir la pénibilité et surtout les mesures préventives et, au minimum, réparatrices.

Il y a des concepts qui sont des auberges espagnoles et la pénibilité en fait partie ; ne faudrait-il pas parler plutôt d'usure prématurée, de morbidité, de mortalité ... et là, les choses s'éclaircissent !

DES DONNÉES OBJECTIVES

Il n'en manque pas ; et il n'est pas besoin de commissions de travail, d'enquêtes ou d'expertises supplémentaires, pour consolider ces données qui sont incontestables... Quelles sont-elles ?

L'espérance de vie variable selon la catégorie socioprofessionnelle : c'est la plus grande des inégalités ! « Dis moi ton métier, je te dirai quelle est ton espérance de vie »

La dernière enquête santé menée en 2003 par l'INED¹ montre que les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres et subissent pendant plus longtemps les incapacités et handicaps. Ceci n'est pas nouveau mais, hélas, l'évolution se fait plutôt vers l'aggravation².

La mortalité inattendue avant 60 ans touche surtout manœuvres et ouvriers ; à 35 ans, les cadres supérieurs hommes peuvent espérer vivre 47 ans de plus alors que les ouvriers ne peuvent espérer que 41 ans soit 6 ans de moins (la différence n'est que de 2 ans pour les femmes)³.

La morbidité : l'espérance de vie plus courte des ouvriers ne les soulage pas pour autant des problèmes d'incapacités ; les cadres sont atteints d'incapacités 10 ans plus tard que les ouvriers⁴

Les accidents du travail et maladies professionnelles (AT MP) : bien qu'ils ne représentent que la partie émergée de l'iceberg des problèmes de santé liés au travail, il y a là des informations incontournables sur les risques dans les branches professionnelles, les métiers exercés...

Il est clair que le secteur de la construction (BTP) est le plus accidentogène, que les manutentions manuelles restent les causes les plus fréquentes des AT et aussi des MP (première cause des MP : les

TMS tableau 57 ; les problèmes lombaires deviennent la 3^{ème} cause de MP : tableaux 97 et 98)³.

Hélas, il n'est plus à démontrer la « grave pénibilité » des expositions à des produits toxiques et/ou cancérigènes comme l'amiante.

Le travail en équipes alternantes ou le travail de nuit est un exemple d'une condition de travail incontestablement pénible même si aucune maladie professionnelle reconnue ne peut lui être directement imputée. Mais les études réalisées ont fait la preuve des troubles du sommeil qui persistent longtemps après l'arrêt de cette nuisance⁴ et certaines études plus récentes indiquent même un possible effet cancérigène⁵

La prise en compte médiatique des suicides liés au travail est le révélateur d'une prise de conscience face à l'épidémie de souffrances au travail : les risques psychosociaux explosent (stress, violences, harcèlements) Si les facteurs de stress sont toujours multiples, il est aujourd'hui connu de tous que certaines organisations du travail sous contrainte de temps ou sans marge de manœuvre sont « par définition » stressantes. L'isolement social, brisant les collectifs de travail rend difficile la construction de la santé par le travail en victimisant la personne repérée comme « fragile »

Enfin, l'organisation du travail actuelle qui repose sur la flexibilité, la sous-traitance, la précarité des emplois soumet les travailleurs précaires aux nuisances les plus grandes et, en même temps, aux protections minima.

La menace et la réalité du non travail (chômage, temps partiel imposé, contrats d'intérim) crée une dépendance et des tensions tant psychiques que physiques, dont les retentissements sur la santé sont encore sous-estimés.

COMMENT FAIRE LE DIAGNOSTIC DE PÉNIBILITÉ ?

L'histoire des métiers exercés et la connaissance de leurs principales contraintes

Les conditions de travail et les conditions d'emploi
Les relevés des expositions aux risques physiques et/ou chimiques

Les accidents du travail et les maladies professionnelles

Le suivi de la santé des retraités pour la veille et l'alerte concernant les pathologies à effet différé et les expositions multiples.

Peuvent être des éléments objectifs collectifs et/ou individuels qui permettent de juger de l'exposition au risque d'usure prématurée.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS ADAPTÉS ?

D'abord, la prévention

C'est le long combat pour l'amélioration des conditions de travail mais aussi pour la prévention des risques liés aux organisations du travail ...

La prévention primaire doit rester la priorité. Ce n'est malheureusement pas le cas. L'évolution des risques professionnels à travers les enquêtes SUMER de 1994 et 2003 montre que la baisse de la pénibilité est minime pour les employés des commerces et des services et pour les ouvriers, que les expositions aux produits chimiques augmentent surtout pour les ouvriers et que le travail de nuit est en hausse pour les ouvriers. Pour toutes les catégories socioprofessionnelles les indicateurs de stress augmentent (le travail est de plus en plus haché, le risque d'agression par le public augmente...).

Prendre en compte le facteur humain dans la gestion des entreprises et pas seulement les exigences de la productivité. Qui dit facteur humain dit créativité et variabilité ! Gérer les ressources humaines en prenant en compte le vieillissement des populations au travail mais aussi en évitant que les plus jeunes ne vieillissent prématurément.

Aménager le travail pour les seniors par des réaménagements des postes de travail et/ou du temps de travail ...

La réparation, dont le départ anticipé à la retraite, devrait prendre en compte les effets sur la santé des expositions présentes et passées. Elle relève de la négociation des partenaires sociaux.

EN CONCLUSION ...

Dans ce débat en cours, les professionnels de la santé au travail doivent apporter leur expertise issue de tous les enseignements récoltés dans leurs pratiques de terrain au quotidien

Le SNPST revendique d'être un acteur de cette problématique qui touche les travailleurs au plus profond de leur existence.

1 / E Cambois, C. Laborde, JM Robine, Population et Sociétés, n° 441, INED, janvier 2008

2 / C Monteil, I Robert-Bobée, Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes, INSEE Première, n°1025, 2005, 4p.

3 / Statistiques AT MP pour l'année 2006 publiées par la CNAMTS

4 / Foret, J., & Marquié, J.-C. (2001).

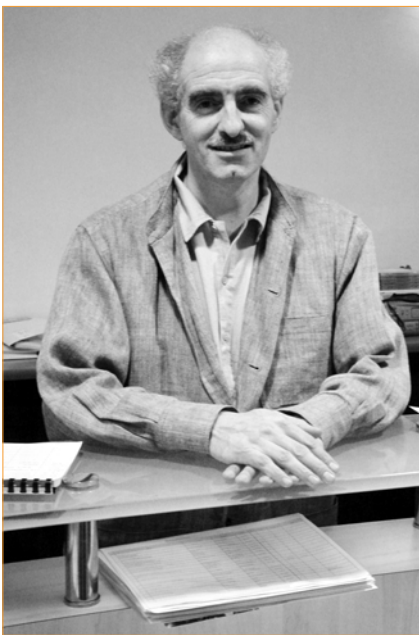
Sommeil, âge, et expérience du travail posté : enquête VISAT. In Cassou, B., Buisset, C., Brugère, D., Davezies, P., Derriennic, F., Desplanques, G., Laville, A., Marquié, J.C., Touranchet, A. & Volkoff, S. (Eds.), Travail, santé, vieillissement : relations et évolutions. Toulouse : Octarès, pp. 207-215.

5 / « Le travail posté favoriserait le cancer du sein » JST n° 30 février 2008 d'après The Lancet Oncology décembre 2007

LA PÉNIBILITÉ, UNE NOTION A UTILISER... AVEC MODÉRATION

UNE INTERVIEW DE SERGE VOLKOFF

La « pénibilité » du travail est une notion devenue courante, ce qui n'en clarifie pas l'usage. Pour éviter les méprises mieux vaut en distinguer plusieurs facettes, et repérer aussi en quoi l'intensification actuelle du travail brouille les pistes. Comprendre les répercussions, à plus ou moins long terme, des conditions de travail sur la santé, nécessite de développer une réflexion collective sur ces sujets, une réflexion critique sur les modèles d'organisation du travail.



Serge Volkoff est directeur de recherche au Centre d'Etudes de l'Emploi, et dirige le Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail (CREAPT).

EXISTE-T-IL UNE DÉFINITION DE LA PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL OU FAUT-IL PLUTÔT DIRE QUE LA PÉNIBILITÉ A PLUSIEURS FACETTES ?

Bien évidemment, la pénibilité a plusieurs facettes et se décline dans des registres très variés suivant les milieux professionnels. Je prendrai trois exemples, tirés d'études récentes.

Prenons d'abord le cas d'un fondeur, qui travaille depuis de longues années dans la sidérurgie, en horaires alternants avec du travail de nuit. Après chaque coulée, il remet en état les rigoles où s'est déversée la fonte, à l'aide de pelles, de barres à mine, de marteaux piqueurs, dans une chaleur parfois étouffante. Il est exposé à des émanations multiples, dont certaines sont toxiques. D'un autre côté, la camaraderie, la culture de métier, l'amènent à porter sur sa vie de travail un

jugement positif. Sa santé n'est pas forcément, ou pas encore, trop dégradée, mais son travail l'a exposé constamment à des facteurs de risque, dont plusieurs feront sentir leurs effets à long terme, réduisant sa longévité ou compromettant sa qualité de vie après la retraite. Si l'on dresse un bilan d'ensemble des effets potentiels de son parcours professionnel, on va qualifier ce parcours de « pénible ».

Deuxième cas : une cuisinière, dans la restauration collective. Pour des raisons liées ou non à son travail, ses épaules et ses vertèbres sont douloureuses. Certaines tâches, pour elle, sont éprouvantes : déplacer ou soulever une grosse marmite, par exemple. Mais elle a un savoir-faire précieux, sur les recettes, sur l'organisation de la cuisine. Ses jeunes collègues tirent parti de ses conseils, et « en échange » la soulagent des tâches les plus dures. Mais cette entraide, réalisée au fil du travail, sans être programmée, n'est possible que si la pression du temps n'est pas trop forte, et que les collègues sont eux-mêmes en bonne santé. Si ces conditions ne sont pas réunies, cette cuisinière va se trouver en grande difficulté, dans une situation de travail qui tolérera mal ses déficiences de santé, et qui s'avèrera, dès lors, « pénible » pour elle.

Un troisième exemple peut être celui d'une employée de la Sécurité sociale. Ses horaires sont normaux, elle n'est pas exposée à des nuisances et elle a peu de tâches physiquement exigeantes. Cependant elle ressent des douleurs cervicales, qui s'expliquent par un travail assez répétitif devant l'écran, avec une pression temporelle accentuée : les missions se sont diversifiées, la population des usagers s'est renouvelée - avec beaucoup de situations de détresse matérielle - tandis que les effectifs dans l'organisme tendent à diminuer. Un logiciel bien pensé lui serait nécessaire, mais justement la conception des logiciels est menée sans prêter attention aux stratégies de travail qu'elle s'est forgées par expérience. Du coup elle est moins à l'aise avec les usagers, insatisfaite des résultats de son travail, déçue de voir que les décideurs ont fait peu de cas de son activité réelle, inquiète dans la perspective de nouvelles transformations, et froissée

d'entendre qu'on impute ses difficultés à son âge et à une supposée « résistance au changement ». Elle vit, à présent, son travail comme « pénible ».

On voit dans ces trois exemples (et il y en aurait bien d'autres, encore différents) que « la » pénibilité ne se définit pas au singulier. Comme vous le dites, elle a plusieurs facettes, qui ne renvoient ni aux mêmes explications, ni aux mêmes connaissances, ni aux mêmes objectifs de prévention ou de compensation.

LES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES PERMETTENT-ELLES DE TRANCHER ENTRE PARCOURS PÉNIBLES ET NON PÉNIBLES ?

L'épidémiologie professionnelle établit des liens statistiques entre les expositions professionnelles et l'espérance de vie en bonne santé. Elle permet d'affirmer que telle contrainte, telle nuisance, à laquelle un salarié a été longuement exposé, renforce la probabilité qu'il développe une maladie grave, ou une limitation importante de ses capacités, même après sa retraite, et même s'il se portait bien lorsqu'il l'a prise. Mais les connaissances scientifiques ne tranchent pas entre parcours « pénibles » ou « non pénibles ». Elles peuvent seulement – et c'est déjà beaucoup – jalonner des démarches d'évaluation, nécessaires pour concevoir des dispositifs de compensation justifiables.

J'en profite pour préciser que l'usage du terme de « pénibilité » n'est pas sans écueils. Une partie des nuisances mises en cause, notamment l'exposition aux toxiques, peuvent ne pas être vécues comme « pénibles » par le salarié exposé, qui parfois même ignore le risque qu'il encourt. Inversement, de nombreux salariés vieillissants n'ont pas été exposés à de tels facteurs de risque, mais vivent mal leur travail d'aujourd'hui. Si la négociation sur les départs anticipés les laisse hors champ, ils pourront y voir une dénégaration sociale de leur mal-être, puisque leur travail sera dès lors étiqueté « non pénible ». Ce pourrait être le cas pour la cuisinière dont nous avons parlé, et plus généralement pour les

salariés qui ont un travail « pénible » parce que difficile à supporter avec une santé déficiente. Or la santé parfaite, l'absence totale de maladies, de troubles ou d'incapacités, est une exception, a fortiori pour la tranche d'âge la plus élevée : les troubles de santé impliquant des limitations de capacité ou un traitement médical concernent à peu près 1/3 des individus de 18 à 35 ans, la moitié des quadragénaires, et 2/3 des quinquas.

Ces troubles peuvent constituer une gêne dans le travail, ce qui constitue une deuxième facette de la « pénibilité ». Mais cette gêne dans le travail n'est pas inéluctable. Parmi les quinquagénaires qui ont des douleurs, à peu près deux sur cinq jugent que leur travail n'en est pas affecté et la proportion est plus forte encore pour les effets des troubles du sommeil, par exemple. Ce constat renvoie soit aux possibilités d'améliorer globalement les conditions de travail, soit à des solutions plus individuelles : restrictions d'aptitude, aménagements de poste, ou mobilités professionnelles. Encore faut-il que de bonnes solutions soient disponibles, sans quoi le salarié peut seulement se maintenir dans sa situation « pénible », ou quitter la vie professionnelle en essayant de préserver son niveau de ressources – ce qui devient délicat quand l'accès aux prestations sociales devient plus restreint.

Quant à l'exemple de l'employée de la Sécurité Sociale, il renvoie aux cas, encore plus fréquents, de salariés qui n'ont pas connu les travaux « durs », ne présentent pas de sérieux troubles de santé, mais ont un travail mal adapté aux caractéristiques d'un salarié vieillissant, expérimenté. Le vieillissement démographique, conjugué aux évolutions des conditions de travail, a pour conséquence qu'on trouve de plus en plus de travailleurs âgés en horaires atypiques, en tâches répétitives, ou dans des situations de travail impliquant des postures difficiles. Or les horaires décalés posent problème en raison de la fragilisation du sommeil avec l'âge. Le travail parcellisé laisse peu de possibilités de déployer des stratégies de travail fondées sur l'anticipation, stratégies qui doivent beaucoup à l'expérience. Les postures difficiles réclament une souplesse articulaire dont beaucoup de vieillissants ne disposent plus. On assiste aussi, comme dans le cas de cette employée, à des transformations dans les techniques de travail, les objectifs ou l'organisation, menées sans tenir compte du passé professionnel de ces anciens. Ceux-ci éprouvent alors un sentiment de travail mal fait, de manque de reconnaissance, ou d'isolement. Leur travail devient ainsi « pénible », dans une troisième acception du terme.

QUELLES ACTIONS DEVRAIENT ÊTRE MENÉES POUR RÉDUIRE LA PÉNIBILITÉ ?

D'abord, et c'est banal : l'amélioration globale des conditions de travail. Car elle agit dans les trois domaines que j'ai évoqués. En atténuant les expositions dangereuses pour les salariés de tous âges, elle diminue les risques d'atteinte à la santé à long terme. Elle étend aussi les possibilités de

trouver des postes de travail qui conviennent aux salariés dont la santé est déficiente. Elle développe enfin les situations de travail « confortables », où les âgés peuvent, comme les autres, se sentir à leur aise.

J'ai parlé aussi des actions ciblées, aménagements de postes ou restrictions d'aptitude, qui s'en prennent principalement à la « deuxième » forme de pénibilité. Il peut s'agir de salariés de tous âges, mais numériquement les âgés sont les plus concernés.

Enfin, il y a des actions visant à élargir les marges de manœuvre dans l'activité de travail elle-même, pour laisser place aux ressources de l'expérience. Elles sont efficaces à la fois vis-à-vis des pénibilités 2 et 3. Elles demandent une réflexion attentive sur les modes opératoires de chacun, les façons de travailler et d'apprendre.

Dans cette perspective, il faut bien sûr prendre en compte l'évolution d'ensemble des conditions de travail. Dans les pays industrialisés, depuis quinze à vingt ans, la caractéristique majeure de cette évolution est une intensification, une mobilisation accrue des capacités humaines dans la réalisation immédiate du travail. En France, ce mouvement a été plus tardif et plus rapide que dans d'autres pays - ce qui signifie que les différentes générations de salariés ne l'ont pas vécue au même stade de leur parcours. Cette mutation renforce l'importance des stratégies d'expérience, mais compromet leur mise en œuvre, ce qui constitue un facteur majeur de progression de la « pénibilité ».

VOUS PARLEZ DE L'INTENSIFICATION DU TRAVAIL ? QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES DE CETTE INTENSIFICATION ?

On peut partir de quelques principes directeurs qui caractérisent les évolutions dans l'organisation des entreprises depuis une vingtaine d'années : réactivité, flexibilité, diversification de la production, innovation rapide, effectifs « au plus juste ». Il en découle des contradictions dans la vie de travail des salariés. On leur demande de s'investir plus activement, mais en assurant moins leur sécurité d'emploi. On leur confie des responsabilités croissantes, mais en renforçant les contrôles sur les résultats de leur travail. Et en matière d'intensité du travail, on voit se généraliser des « bricolages » inédits, le mélange de fonctionnements reposant sur des principes différents. On assiste, de façon de plus en plus répandue, à la rencontre, voire au télescopage, de contraintes « industrielles », « marchandes » et « domestiques ».

Les contraintes « industrielles » exigent des volumes de travail précis par unité de temps, des délais stricts, des normes rigoureuses, un contrôle étroit du rythme de travail par l'encadrement, ou même des cadences automatiques. Elles étaient jadis réservées à l'industrie ou à quelques services bureaucratisés. Aujourd'hui elles s'étendent dans le commerce et les servi-

ces, en lien avec l'expansion de l'informatique. La vitesse de défilement des produits devant une caissière, le nombre de clients franchissant le portail électronique d'un magasin de vêtements, le nombre de dossiers traités par un employé d'un service social, la durée d'un renseignement téléphonique, sont mesurés, évalués, rationalisés.

Les contraintes « marchandes », elles, caractérisent a priori les situations de vente, de guichet, de contact direct avec la demande : ne pas faire attendre un client, gérer une file d'attente, s'adapter à l'urgence des besoins exprimés. Or à présent, ces exigences se multiplient dans l'industrie, avec le « juste à temps », les petites séries, le zéro stock, et la référence incessante au demandeur, qu'il soit consommateur, ou entreprise donneuse d'ordre.

Enfin, dans les petites unités de travail, prévalent souvent des contraintes « domestiques ». Chacun est tenu de fournir des efforts pour ne pas pénaliser les collègues, pour les aider, ou pour échapper à des jugements défavorables de leur part. On ne va pas dire « non » au collègue, au supérieur, voire au subordonné, qui demande qu'on reste un peu après l'heure de fin, ou qu'on interrompe son travail pour lui donner un coup de main. Ces sollicitations ont pris de l'ampleur, même dans de grands établissements, où de multiples efforts visent à responsabiliser les petites équipes.

Ces trois types de contraintes existent de longue date dans le monde du travail. Ce qui est nouveau, c'est l'enchevêtrement de ces contraintes. Or elles sont parfois inconciliables, et la hiérarchie ne peut pas les maîtriser correctement. La gestion des contradictions est décentralisée, directement sur le poste de travail. C'est ainsi que le travail s'intensifie.

POURQUOI CET ENCHEVÊTREMENT DE CONTRAINTES POSE-T-IL DES PROBLÈMES AU POINT DE VUE DE L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL ?

L'ergonomie a largement montré comment chaque contrainte donne lieu à la construction de « répliques » dans l'activité, à la fois pour intégrer cette contrainte et s'en protéger. Vis-à-vis des contraintes « industrielles », ces stratégies sont parfois possibles parce qu'il s'agit d'exigences rigides, mais prévisibles. Or ces prévisions sont remises en cause par les interruptions et reprogrammations fréquentes des tâches, la polyvalence dans l'urgence, l'injonction de « personnaliser » tous les produits et les services.

Les contraintes « commerciales » ou « domestiques », elles, créent une alternance de pointes de travail et de temps creux. Chaque travailleur a son propre usage des périodes creuses, pour récupérer d'un effort, d'une tension, et se préparer aux pointes à venir. Or, là où le modèle industriel se répand, les temps creux disparaissent. La charge de concilier les contraintes est donc assurée en parant au plus pressé. En 2005, en

France, la moitié des salariés déclare devoir « toujours » ou « souvent » se dépêcher, cette proportion variant assez peu selon la catégorie sociale. Et quand la hâte ne suffit plus – ou pour éviter ses excès – les salariés ont la possibilité de jouer, soit sur l'enveloppe temporelle dont ils disposent, soit sur la qualité de leur travail. Un observatoire des relations santé/travail dans une grande entreprise a permis ainsi de constater la progression de pratiques consistant à dépasser les horaires, à sauter un repas ou une pause, ou à ne pas accorder à sa tâche le soin qu'elle mérite.

Changer de posture, « souffler » un instant, aménager son espace, choisir et entretenir un outil ou un document, assurer ses informations, faire appel à des coopérations utiles au bon moment, se concerter avec des collègues : ces conduites sont rendues plus difficiles. Or elles sont indispensables à la préservation de la santé de tous, par des voies propres à chacun.

COMMENT L'INTENSIFICATION DU TRAVAIL A-T-ELLE DES RÉPERCUSSIONS SUR LA SANTÉ ?

Ces répercussions sont multiformes. On peut dire que l'intensité « brouille les pistes ». Elle renforce indirectement les conséquences d'autres contraintes de travail (voir le cas des aides à la manutention que l'on n'utilise pas, faute de temps) ; elle favorise l'apparition de troubles dont le lien avec la cadence de travail elle-même n'est pas toujours évident à établir ; enfin et surtout, ses répercussions à un moment donné sont très variables selon les individus.

LES INDIVIDUS SONT-ILS ÉGAUX FACE À L'INTENSIFICATION DU TRAVAIL ? LES EFFETS NE VONT-ILS PAS ÊTRE PLUS IMPORTANTS CHEZ LES SALARIÉS ÂGÉS ?

Vis-à-vis d'un faisceau de contraintes temporelles à un moment donné, les ressources ou les fragilités de chacun sont diverses. Les troubles de santé vont donc rarement surgir de façon uniforme et simultanée.

Un aspect, abondamment analysé, de cette variabilité entre individus est en effet l'avancée en âge. Il y a plusieurs manières de montrer qu'une pression temporelle forte est moins bien tolérée quand l'âge s'élève. Des analyses démographiques simples le suggèrent déjà. Il y a un mécanisme de sélection : l'affectation des salariés de différents âges, la répartition des tâches dans les équipes, sont faites de telle sorte qu'elles éloignent une partie des âgés de l'exposition aux contraintes les plus importantes.

Les études épidémiologiques, elles, confirment que des effets négatifs de la pression temporelle sont plus marqués après 45 ou 50 ans. Nous l'avons vérifié, à partir de l'enquête Estev, pour la consommation de médicaments psycho-actifs (sommifères, tranquillisants), chez les femmes employées de bureau : après 50 ans les consommatrices de psycho-actifs sont deux fois et demie

plus nombreuses chez les employées qui se disent « souvent obligées de se dépêcher » que chez les autres.

Comment expliquer ces difficultés particulières des âgés face aux contraintes de temps serrées ? Les connaissances en physiologie ou psychologie du travail montrent un léger ralentissement des performances sensori-motrices, et des processus de décision, avec l'âge. Mais cette tendance varie beaucoup selon les individus et les différences s'accroissent elles-mêmes avec l'âge. En outre, ce ralentissement est souvent lié à des façons d'agir : les âgés seraient plus prudents, plus attentifs à la qualité qu'à la vitesse, plus soucieux de vérifier les résultats de leurs actions.

En analysant l'activité de salariés d'âges et expériences divers, on arrive bien à montrer comment les anciens mobilisent leur expérience pour surmonter, si possible, leurs difficultés, et à décrire les coopérations qui peuvent se nouer à cette occasion entre salariés de diverses générations. Or, si l'intensité est forte, ces stratégies liées à l'expérience sont encore plus nécessaires, mais plus difficiles à élaborer. Auquel cas, un salarié vieillissant va se voir moins efficace, davantage à la peine, qu'un collègue plus jeune (ou que lui-même par le passé), et sera tenté d'incriminer... sa propre avancée en âge. Et l'entourage professionnel, même sans penser à mal, lui fera sentir qu'il « baisse », cette explication prenant le pas sur des approches plus collectives.

PEUT-ON TOUT DE MÊME AVOIR UNE VUE D'ENSEMBLE DES EFFETS DE L'INTENSIFICATION ?

Plusieurs recherches indiquent l'existence de conséquences graves d'une forte intensité du travail, sur les accidents du travail par exemple, ou à plus long terme, sur la santé post-professionnelle. Ici je vous ai surtout parlé des nombreux effets immédiats dans un registre infra-pathologique : douleurs, fatigue, nervosité, etc. Mais quel que soit le registre de gravité auquel on s'intéresse, les atteintes directes, uniformes, à la santé du fait d'une « exposition » à l'intensité du travail, sont rares. La notion même « d'exposition » est peu opérante ici. Car le problème principal est que ce sont les stratégies d'auto-prévention, théoriquement disponibles, qui sont mises en échec, ou difficiles à construire, du fait de l'intensification.

Dans ces conditions, les compromis individuels assurant la préservation ou la construction de la santé au travail sont plus ou moins intenables à long terme. L'intensification peut dans un premier temps s'accompagner d'un investissement heureux dans la vie professionnelle, même si le travail envahit un peu trop la vie. L'intensité s'oppose à des attitudes de retrait ou d'indifférence. Mais en mobilisant fortement les ressources physiques, mentales et psychiques, elle met chacun en situation de fragilité. D'une forme de bonheur au travail on peut basculer dans la détresse ou l'épuisement, à l'occasion d'un événement mal vécu, dans la vie de travail ou au dehors. Tant que cet événement n'est pas survenu, la situation de

travail sera peut-être jugée vivable, voire gratifiante. Quand survient la rupture, elle est souvent vécue comme un échec personnel.

Pour reprendre votre interrogation, une approche « compréhensive » des liens entre l'intensité, la réalité de l'activité de travail, et les multiples facettes de l'état de santé, est en effet nécessaire pour développer la réflexion collective sur ces sujets. Il est certes possible d'agir sur d'autres caractéristiques du travail (le niveau et le contenu des sollicitations physiques ou mentales) pour atténuer l'effet néfaste de l'intensification sur les difficultés perçues et sur la santé. Mais on ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur les modèles d'organisation, pour qu'au primat de l'intensité se substituent des « systèmes de travail » soutenables ».

POUR EN SAVOIR PLUS

- Askenazy P., 2004. *Les Désordres du travail*. Seuil, Paris.
- Bué J., Coutrot T., Hamon-Cholet S., Vinck L., 2007. Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail. *Premières Synthèses*, Dares, n° 01.2 (téléchargeable sur travail.gouv.fr)
- Gaudart, C., 2000. Quand l'écran masque l'expérience des opérateurs vieillissants : changement de logiciel et activité de travail dans un organisme de services. *PISTES*, vol.2, n°2
- Lasfargues G. *Départs en retraite et « travaux pénibles »*. L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé. Centre d'études de l'emploi, Rapport de recherche n°19, avril 2005. (Téléchargeable sur http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/retraite_travail_sante_lasfargues.pdf)
- Molinié A.-F. « La santé au travail des plus de 50 ans. » INSEE, *La Société française, Données sociales* 2006
- Molinié, A.-F., Volkoff, S., 2006. Fins de vie active et "pénibilités" du travail. In *La qualité de l'emploi*. Paris, Éditions La Découverte, Centre d'études de l'emploi, Collection Repères
- Vézina M., Bourbonnais R., Brisson C., Trudel L., 2006. Définir les risques : sur la prévention des problèmes de santé mentale. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°163
- Volkoff S., 2008. L'intensification du travail « disperse » les problèmes de santé. In G. de Terssac, C.Saint-Martin, C.Thébault, *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*. Octarès, Toulouse.
- Volkoff S., Molinié A.-F., Jolivet A. [2000], *Efficaces à tout âge ? Vieillesse démographique et activités de travail*. Centre d'études de l'emploi, Dossier de recherche n 16. (Téléchargeable sur le site <http://www.cee-recherche.fr/fr/publicationspdf/dos16.pdf>)

POUR UNE APPROCHE ÉLARGIE DE LA PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL

VALENTINE HÉLARDOT *

La notion de « pénibilité » est largement associée, dans le débat public récent, à la question des départs en retraite, et à la réflexion sur les possibilités de prendre en compte l'usure au travail dans les modalités de cessation d'activité. En fait de pénibilité, sont essentiellement désignées dans ce contexte les « contraintes et nuisances 'dures', celles qui peuvent laisser sur la santé des traces irréversibles¹ » : atteintes à la santé physique, incapacités, réduction de l'espérance de vie. La pénibilité est envisagée par et pour ses conséquences sur la santé des individus, selon une grille de lecture fondée sur les connaissances médicales et épidémiologiques les plus confirmées.

Cette approche – dont l'utilité scientifique ne fait par ailleurs pas de doute – présente néanmoins une limite majeure : elle réduit la pénibilité à ses effets médicalement objectivables. Qu'en est-il alors des cas où les travailleurs éprouvent des formes de pénibilité au travail, sans pour autant être atteints de pathologies diagnostiquées (reconnues ou non comme maladies professionnelles), ni être en situation connue de risque pathologique ? Doit-on, dans ces situations (nombreuses), refuser toute légitimité aux expressions portées par les salariés quant à l'aspect délétère de leurs activités professionnelles, et rejeter le terme de « pénibilité » au motif que les plaintes exprimées ne rentrent pas dans les catégories nosographiques existantes ?

Pourtant, si l'on se penche sur la définition du terme, on voit que la pénibilité dépasse largement le registre biomédical : est « pénible » tout ce « qui donne de la fatigue, qui se fait avec peine », ce qui « requiert ou cause beaucoup de fatigue, de souffrance ou d'effort », sur le plan « physique, intellectuel ou moral² ». On constate donc que les indicateurs « durs » évoqués précédemment ne recouvrent qu'une des facettes du phénomène.

DÉ-MÉDICALISER LA NOTION DE PÉNIBILITÉ

Le décalage à opérer est finalement de deux ordres :

- d'une part, il est pertinent de conserver à la notion de pénibilité toute son ampleur sémantique, et de se référer à une définition extensive de la santé dans laquelle « les douleurs, l'inconfort, la peur, l'énerverment, l'ennui, les multiples formes de fatigue, que le travail peut provoquer ou renforcer, retiennent l'attention au même titre que les pathologies diagnostiquables³ ». Dès lors, la pénibilité est bien l'opérateur intermédiaire entre le travail et la santé, c'est-à-dire le processus par lequel les tâches, les conditions et les environnements de travail interagissent avec la santé dans ses multiples composantes. En ce sens, la pénibilité ne se confond pas avec la toxicité ou la dangerosité du travail ;
- d'autre part (et par conséquent), il est nécessaire de prendre pleinement en considération le point de vue des salariés, ce point de vue « profane » dont l'histoire de la médecine⁴ et l'histoire de la santé au travail, ainsi que l'ergonomie francophone, ont montré la validité et la pertinence dès lors qu'il s'agit de comprendre comment les activités de travail peuvent affecter la santé des individus. L'idée ici est qu'il n'y a pas de travail ou de tâche pénible de façon intrinsèque et dans l'absolu, mais que la pénibilité est toujours relative à l'individu qui en fait l'expérience : elle est indexée sur son état de santé, sur son histoire, ses normes et ses valeurs personnelles.

A partir du croisement entre les deux niveaux d'appréhension que sont d'une part la désignation (ou non) par les salariés de formes de pénibilité dans leur travail, et d'autre part l'existence (ou non) de pathologies catégorisées par les connaissances scientifiques, on peut distinguer trois types de pénibilité (voir tableau ci-dessous)

Dans le premier cas, on peut parler de « pénibilité-consensus » dans la mesure où salariés et experts s'accordent pour reconnaître l'existence d'effets pathogènes de l'activité professionnelle (ou le risque de ces effets). Dans le deuxième cas, le terme « épidémiologique » caractérise les situations où la désignation de ces effets n'est pas le fait du salarié, mais le résultat des connaissances médicales accumulées en matière de liens entre travail et santé. L'objet de cette typologie élémentaire est surtout de faire ressortir le troisième cas, celui de la « pénibilité perçue », trop souvent négligée dans les approches actuellement dominantes.

Cette pénibilité perçue n'a pourtant rien d'imaginaire ou d'arbitraire, et si elle est « subjective », c'est au sens où elle ne peut être appréhendée et comprise de façon extérieure au « sujet » qui la définit et l'exprime. Mais ses conséquences sur le rapport au travail des individus, sur leurs choix ou leurs aspirations notamment en termes de changement d'emploi ou de cessation d'activité, sur leurs stratégies de soin ou de préservation de leur santé... sont bien réelles.

Lorsqu'ils estiment que leur travail est « pénible » (que cette pénibilité soit ou non objectivée

	Pénibilités éprouvées (point de vue des salariés)	
Pathologies avérées ou risques connus (point de vue médical)	Présence	Absence
Présence	1. Pénibilité consensus	2. Pénibilité épidémiologique
Absence	3. Pénibilité perçue	4. Pas de pénibilité

* Sociologue, Université de Toulouse-Le Mirail. valentine.helardot@free.fr

1/ VOLKOFF S. « Montrer la pénibilité : le parcours professionnel des éboueurs », Actes de la recherche en sciences sociales, n° 163, juin 2006, p. 64.

2/ TLF1 : <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>.

3/ VOLKOFF S., THEBAUD-MONY A., « Santé au travail : l'inégalité des parcours », in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), Les inégalités sociales de santé, Paris, La Découverte/INSERM, 2000, pp. 349-362.

4/ CANGUILHEM G., Le normal et le pathologique, rééd. : Paris, PUF, 1999.

médicalement), que désignent exactement les salariés ? A partir d'un corpus d'entretiens approfondis auprès de 30 personnes en emploi interrogées sur leur parcours professionnel et leur travail actuel⁵, on peut identifier plusieurs registres qui sont autant d'angles de définition et d'analyse de la pénibilité.

IL Y A « PÉNIBLE » ET « PÉNIBLE »...

Tout d'abord, il est utile de distinguer deux faces de la pénibilité telle qu'elle est décrite par les salariés.

D'un côté, on trouve ce que l'on peut appeler la « pénibilité-épreuve », qui renvoie à tout ce qui est perçu comme « dur » ou « difficile » dans le travail, mais qui peut être surmonté par la mise en œuvre d'habiletés, de compétences, de qualités particulières qui manifestent la valeur professionnelle de l'individu. C'est en ce sens par exemple qu'une infirmière psychiatrique évoque les « relations difficiles » avec certains patients, mais également sa propre capacité, acquise au fil de son expérience professionnelle, à y faire face, à dénouer les conflits et à les soulager de leur angoisse. Autrement dit, à faire son métier. De la même façon, une cadre commerciale de la grande distribution décrit les longues soirées passées en magasin à superviser la mise en place d'opérations promotionnelles.

C'est « dur », mais c'est le cœur même du métier, et c'est en se montrant à la hauteur de ces exigences que l'on peut affirmer son savoir-faire, construire une identité professionnelle positive, et consolider l'estime de soi à travers la satisfaction du travail accompli et la reconnaissance qui l'accompagne. Cette pénibilité là est une épreuve au sens où, permettant au travailleur de « faire ses preuves », il peut en sortir grandi.

Tout autre est la « pénibilité-fardeau » qui apparaît lorsque la dureté du travail n'est pas inscrite dans l'activité elle-même, mais dans ses conditions d'accomplissement. La même infirmière citée précédemment mentionne aussi, au titre des pénibilités de son travail, la désorganisation de la clinique qui l'emploie, le manque de considération pour le personnel, et les relations tendues avec les médecins.

Tout cela pèse lourdement sur son vécu au travail, et ne représente nullement une occasion d'exercer son savoir-faire professionnel – au contraire, ces dysfonctionnements et ces rapports humains déplaisants contrarient la pleine expression de ce savoir-faire. On peut parler ici de pénibilité-far-

deau au sens où ces difficultés ne peuvent être que subies, et ne sont pas ré-appropriables par les salariés.

Il est intéressant de remarquer que, dans le corpus qualitatif comme dans une enquête quantitative menée en complément, cette forme négative de pénibilité liée aux conditions d'exercice, qui n'est pas la pénibilité « de métier », est très largement associée à la perception d'effets négatifs du travail sur la santé. D'autres résultats vont dans le même sens⁶ : « faire du mauvais travail dégrade l'image personnelle, mine l'estime de soi⁷ ». On touche bien ici à des équilibres qui ressortissent au registre de la santé mentale et morale.

COMPRENDRE LE JUGEMENT DE PÉNIBILITÉ À LA LUMIÈRE DE L'HISTOIRE PERSONNELLE

On ne peut pas comprendre pleinement les jugements de pénibilité exprimés par les salariés si l'on ne les met pas en perspective avec leur histoire personnelle et leur parcours dans le monde du travail. En effet, bien souvent la perception du travail comme « pénible » dépend à la fois des expériences passées et des projets ou aspirations de l'individu quant à son devenir professionnel.

On peut citer ici l'exemple d'une femme de 53 ans, sans qualification, qui n'estime pas pénible son travail actuel d'agent de service dans une maison de retraite – alors même qu'elle mentionne la fatigue physique et les maux de dos que cette activité engendre. Pour comprendre ce jugement, il faut le rapprocher de la déception qu'elle a éprouvée dans un emploi précédent, tout aussi « usant » physiquement, où elle était employée à la plonge dans un service de restauration collective, alors qu'elle croyait au départ avoir été embauchée pour servir les usagers à table. On comprend la rationalité subjective à l'œuvre ici : ce qui compte, ce qui « fait pénibilité » (ou non), ce n'est pas l'intensité des sollicitations physiques, mais la comparaison avec le statut dévalorisé associé à l'emploi précédent, et la non-adéquation de cet emploi avec un souhait professionnel existant (en l'occurrence, être en contact avec des usagers, en particulier des personnes âgées).

On voit donc que la désignation de la pénibilité de leur travail par les salariés prend son sens en référence à un parcours tant objectif (la succession des emplois occupés et leurs caractéristiques) que subjectif (la construction d'un projet professionnel et d'une identité de travail, l'expérience du déclassement...).

DE LA PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL À LA PÉNIBILITÉ DE L'EMPLOI

Un troisième registre d'appréhension de la pénibilité mérite d'être souligné ici, tant il est le grand absent des enquêtes dans ce domaine. Il s'agit des formes de pénibilité qui trouvent leur source non pas « en interne » dans le travail et ses conditions, mais « en externe » dans les modes contractuels de sa mobilisation, c'est-à-dire dans les statuts d'emploi, les temps et les horaires de travail.

Deux exemples peuvent être cités ici : d'une part, celui d'un jeune animateur socioculturel, passionné par son métier (qui relève d'une vocation), mais employé à mi-temps (ce qui l'oblige à chercher ailleurs d'autres emplois complémentaires et alimentaires) ; d'autre part, celui d'une aide-ménagère dont le temps de travail peut varier du simple au double d'un mois sur l'autre, et dont la titularisation est sans cesse repoussée par la mairie qui l'emploie. Ce que ces deux personnes jugent « pénible » dans leur travail, au point que cela affecte leur santé physique et mentale, ce ne sont pas les longues heures de préparation prises sur le temps « libre » pour l'un, ni les charges lourdes ou les fréquents déplacements à pied pour l'autre, mais pour tous les deux, l'irrégularité et/ou l'insuffisance du revenu, l'absence de visibilité sur leurs perspectives de carrière, et la précarité constante de leur situation professionnelle et de leurs conditions de vie. De même, la condition des caissières de la grande distribution est bien connue : la pénibilité de leur travail tient au moins autant aux horaires partiels, variables et éclatés qui les contraignent à une corvabilité permanente qu'aux tâches de manutention manuelle... On pourrait ici multiplier les exemples : la précarisation du monde du travail a banalisé ce type d'expérience professionnelle « moderne », marquée par des processus de disqualification sociale⁸.

Les quelques éléments de réflexion proposés ici plaident donc pour une approche élargie et multidimensionnelle de la pénibilité, non réduite à ses manifestations pathologiques médicalement attestées, et prenant au sérieux le point de vue des salariés. Prendre acte de la complexité de cette notion apparaît comme une nécessité compte tenu des enjeux sanitaires mais aussi sociaux qu'elle cristallise, qu'il s'agisse d'améliorer la prévention dans les milieux de travail (sur quelles composantes de la pénibilité peut-on agir concrètement ?) ou d'instruire le débat quant aux modes de compensation ou de réparation qu'il serait légitime d'accorder aux salariés.

5/ HELARDOT V., Santé ou travail ? Les expériences sociales de la précarisation du travail et de la santé, Thèse pour le doctorat de sociologie (sous la direction de Marcel Drulhe), CIRUS-Cers, Institut de sciences sociales Raymond Ledrut, Université de Toulouse II-Le Mirail, décembre 2005, 972 p.

6/ Enquêtes Conditions de travail (INSEE-DARES) ; MOLINIE A.-F., VOLKOFF S., « Intensité du travail et santé dans un organisme administratif : une enquête statistique à l'Agence nationale pour l'Emploi », Pistes, vol. 2, n° 1, 2000.

7/ DAVEZIES P., « Évolutions des organisations du travail et atteintes à la santé », Travailler, n° 3, 1999, pp. 87-114.

8/ PAUGAM S., La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté, Paris, PUF, 1991.

SOUS-TRAITANCE, INTÉRIM, PÉNIBILITÉS

ANNIE THÉBAUD-MONY*

5

« L'exploitation des ouvriers par des sous-entrepreneurs, ou marchandage, est abolie. » (Décret du 2-4 mars 1848)

« Toute exploitation de l'ouvrier par voie de marchandage sera punie d'une amende de cinquante à cent francs pour la première fois, de cent à deux cent francs en cas de récidive, et s'il y a double récidive, d'un emprisonnement qui pourrait aller de un à six mois. Le produit des amendes sera destiné à secourir les invalides du travail. » (Arrêté du 21-24 mars 1848)

« Toute opération à but lucratif de fourniture de main-d'œuvre qui a pour effet de causer un préjudice au salarié qu'elle concerne ou d'éluider l'application des dispositions de la loi, de règlement ou de convention ou accord collectif de travail, ou marchandage, est interdite. » (Code du travail, Art. L125.3)

« En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 300 000 F d'amende. » (Code de procédure pénale, Art.222-19)

En France, comme dans tous les pays industrialisés, la « flexibilité » est devenue, à partir de la fin des années 1970, le maître mot de la restructuration des entreprises, une vertu nouvelle érigée par le patronat et les pouvoirs publics comme valeur de référence du retour à la croissance. Sous ce vocable abstrait se dissimulent des phénomènes matériels réels, qui contribuent à l'érosion des droits et à un cumul de pénibilités pour les salariés concernés : intensification du travail, éclatement des collectifs de travail, licenciements, installation d'un chômage structurel, érosion des droits liés au contrat de travail, notamment par le recours au travail temporaire et à la sous-traitance... On peut ajouter à cette liste la délocalisation des productions à risque vers les pays dont les conditions salariales sont moins coûteuses et les réglementations sur la santé et l'environnement inexistantes. Sous-traiter ou délocaliser les risques plutôt que d'investir pour les maîtriser constituent les deux faces d'une même stratégie industrielle¹.

Pourtant, des lois, contradictoires avec cette exigence de flexibilité, existent en France depuis un siècle et demi et, en théorie, accordent aux tra-

vailleurs des droits en matière de sécurité économique. En exergue de cet article figurent le décret et l'arrêté de 1848 abolissant le marchandage de main-d'œuvre. La légalisation, en 1972, du travail temporaire et, en 1975, celle de la sous-traitance remettent en cause plus d'un siècle d'interdiction de ce marchandage de main-d'œuvre, même si formellement cette interdiction demeure inscrite dans le Code du travail. Une différence sémantique est introduite entre le travail temporaire à but lucratif via les agences d'intérim, devenu légal, le recours à la sous-traitance de main-d'œuvre, elle aussi légale, et le délit de marchandage qui n'est plus sanctionné que dans des cas extrêmes, lorsqu'un inspecteur du travail peut prouver que le seul motif d'une prestation de service entre deux entreprises concernait strictement du louage de main-d'œuvre et non la réalisation d'une tâche spécifique.

Le terme de travailleurs « extérieurs », qui désigne les travailleurs intervenant en sous-traitance, apparaît également dans les années 1970 dans le langage réglementaire : un décret de novembre 1977 (révisé en 1992) a pour objet les « prescriptions de sécurité concernant l'intervention d'entreprises extérieures sur le site d'une entreprise utilisatrice », comme s'il s'agissait d'une nouvelle catégorie d'entreprises et de sala-

riés. Dès 1978, l'étude d'un avocat spécialiste du droit du travail, Bernard Rettenbach, publiée par le ministère de la Justice, met en garde les pouvoirs publics sur la fragilisation, par la sous-traitance, des garanties associées au contrat de travail, quand l'entreprise peut « modifier librement le cadre où s'exercent les droits et les obligations mutuelles² ».

Quinze ans plus tard, Alain Supiot souligne l'existence désormais constituée d'une « fracture interne au droit du travail entre, d'une part, les travailleurs qui jouissent pleinement des droits de la personne garantis par le contrat de travail "typique" et, d'autre part, ceux qu'un contrat atypique rejette du côté du "travail marchandise"³ ». Pourtant, dans le discours politique comme dans les sciences sociales, la précarité apparaît comme un « fléau social » en soi, sorte d'attribut personnel de populations supposées vulnérables ou inemployables... Or les deux phénomènes – flexibilité et précarité – sont indissolublement liés. « Nouvelle forme de domination dans le travail⁴ », la modernisation du travail par la flexibilité érode de façon masquée les fragiles acquis des décennies précédentes⁵.

La sous-traitance est devenu le principal outil de gestion du travail, tout d'abord dans des fonctions

* Sociologue, directrice de recherche à l'Inserm, thebaud@vjf.inserm.fr

1/ Annie THEBAUD-MONY, L'Envers des sociétés industrielles. Approche comparative franco-brésilienne, L'Harmattan, Paris, 1990 ; Travailler peut nuire gravement à votre santé, La Découverte, Paris, 2007

2/ Bernard RETTENBACH, Droit du travail et restructurations productives. Les nouveaux contrats de travail, La Documentation française, Paris, 1978.

3/ Alain SUPIOT, Critique du droit du travail, PUF, Paris, 1994.

4/ « Les nouvelles formes de domination dans le travail », Actes de la recherche en sciences sociales, n° 114, septembre 1996 et n° 115, décembre 1996.

5/ Béatrice APPAY et Annie THEBAUD-MONY (dir.), Précarisation sociale, travail et santé, Inserm/CNRS, IRESCO, Paris, 1997.

annexes à la production, telles que le gardiennage, le nettoyage et la restauration. Très rapidement, ce mode de gestion de la main-d'œuvre s'est généralisé, devenant dans de nombreux secteurs d'activité la principale « variable d'ajustement » aux aléas de la conjoncture (selon le vocabulaire des économistes). Dans l'automobile ou l'aérospatiale, les constructeurs ne gardent plus à l'interne que le montage des véhicules ou des avions. La fabrication de pièces est assurée par des cascades de sous-traitants, mis régulièrement en concurrence par des appels d'offres permettant au donneur d'ordres d'imposer une logique permanente du moins-disant. La construction des navires dans les chantiers navals donne lieu à des marchés de sous-traitance mettant en concurrence les entreprises européennes de fourniture de main-d'œuvre dites de « services », que l'adoption, en novembre 2006, de la *directive sur la libéralisation des services* dans l'Union Européenne est venue renforcer. Sur les chantiers du bâtiment, l'affiche des grands noms – *Bouygues, Spie, Fougerolles* – masque un maquis de petites et moyennes entreprises opérant en sous-traitance en cascade jusqu'au recours à l'intérim voire au travail indépendant. Sur les sites des industries pétrochimiques, chimiques, métallurgiques et nucléaires, la maintenance est assurée par des entreprises dites « prestataires ».

PERTE DE DROITS ET PENIBILITES

En France mais aussi ailleurs en Europe ou dans le monde, de nombreux travaux de recherche montrent les conséquences, sur la santé au travail et sa gestion, de la précarisation du travail par le recours à la sous-traitance et à l'intérim. Les chercheurs dégagent quatre points-clé de l'articulation entre ces transformations du travail et la santé au travail, mettant ainsi en évidence la construction sociale de situations de cumul des pénibilités⁶.

En premier lieu, ils soulignent l'aggravation constante, depuis plus de vingt ans, des inégalités dans la répartition des risques et des conditions de travail, entre travailleurs statutaires d'entreprises dominantes et travailleurs extérieurs et/ou temporaires relevant de statuts extrêmement divers et soumis à des formes plus ou moins accentuées de précarité. Dans les dernières enquêtes européennes sur les conditions de travail, les travailleurs « flexibles » (temporaires

et/ou sous-traitants) sont les plus exposés à un cumul de risque et contraintes mettant en jeu leur santé. En France, selon l'enquête SUMER 2003, la part la plus importante des expositions aux risques professionnels – dont en particulier l'exposition aux cancérrogènes –, se concentre dans les opérations de maintenance et d'entretien – les plus souvent systématiquement sous-traitées – et pour les salariés en contrat court, en intérim, voire même les stagiaires⁷. Les résultats de l'enquête du GISCOP93 auprès de patients atteints de cancer montrent également que les parcours professionnels de ces derniers sont essentiellement ceux d'ouvriers, marqués pour les plus jeunes d'entre eux par la précarité et un cumul d'exposition aux cancérrogènes dans le cadre d'activités professionnelles inscrites essentiellement dans la maintenance, l'entretien, la construction⁸.

En second lieu, le recours au travail temporaire et à la sous-traitance rend inopérante une part importante de la réglementation protectrice de la santé des travailleurs, inscrite dans le cadre de la relation salariale entre l'employeur et le salarié. Ceci conduit à une « érosion » des droits à la prévention des atteintes à la santé liées au travail. Le droit de retrait des situations dangereuses, le recours au droit d'alerte du CHSCT deviennent inaccessibles aux salariés les plus exposés. Les marges de manœuvre des inspecteurs du travail pour faire respecter les règles de prévention sont gravement remises en cause, puisqu'elles ne s'appliquent que dans le cadre strict du contrat de travail et non des relations commerciales entre entreprises donneuses d'ordre et salariés d'entreprises prestataires.

En troisième lieu, la reconnaissance en accident du travail ou maladie professionnelle est plus inaccessible encore aux travailleurs précaires qu'à tous les autres, en raison d'une sous-déclaration liée à la peur de la perte d'emploi et à la pression des employeurs et donneurs d'ordre. Il en résulte une invisibilité structurelle des atteintes liées au travail. En effet les intérimaires et travailleurs sous-traitants cherchent à se maintenir dans l'emploi, sans arrêt de travail, à tout prix, malgré des séquelles d'accidents du travail non reconnus comme tels, malgré des tendinites, lombalgies et autres TMS constitués, malgré une altération de la qualité de leur sommeil voire des dépressions nerveuses ou des atteintes psychiques graves dues au cumul des contraintes

voire des formes de harcèlement. En outre, les cumuls d'atteintes liés aux diverses formes de poly-exposition à de multiples facteurs de pénibilité n'entrent pas dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles.

En quatrième lieu, de nombreuses études insistent sur une mise en cause radicale de la représentation syndicale et de l'expression sur les conditions de travail. L'écart ne cesse de se creuser entre les droits des travailleurs protégés jouissant de garanties salariales et de formes de représentation institutionnalisée et des travailleurs vivant, sous des formes extrêmement diverses de précarité, un rapport individualisé à l'emploi et au travail. Il devient dès lors très difficile voire impossible d'opposer une quelconque forme de résistance, lorsqu'on sait que celle-ci sera suivie quasi inéluctablement de représailles notamment sur l'emploi. La grève de la faim engagée en février 2008 par des salariés d'entreprises prestataires de la centrale nucléaire de Cruas dans la Drôme - pour défendre leurs conditions d'emploi et de travail - témoigne de l'ampleur de la dégradation de la représentation salariale dans la sous-traitance.

CONCLUSION

Les réformes successives du droit à la retraite n'ont jusqu'à ce jour nullement tenu compte de ces phénomènes de précarisation du travail et de leur impact sur la santé. Le mouvement social contre l'amiante a ouvert une voie pour le droit à une retraite anticipée en cas d'exposition à l'amiante, droit aujourd'hui déjà gravement menacé, avant même qu'il ait pu être revendiqué par tous les travailleurs victimes d'exposition aux cancérrogènes. La plus révoltante des inégalités, l'inégalité devant la mort, celle qui abrège la vie des plus exposés au moment même où ils pourraient enfin bénéficier d'une certaine reconnaissance de la société pour le travail fourni, est soigneusement occultée par une forte culpabilisation individuelle sur les « comportements à risque ». Ceci permet une impunité totale de ceux qui décident de l'organisation sociale du travail et de la production. Débattre de la pénibilité du travail n'a de sens que s'il est fait référence explicitement aux moyens de sanctionner les stratégies patronales de contournement des droits de tous les travailleurs à la vie, à la santé, à la dignité.

6/ Michael QUINLAN, Claire MAYHEW, Philip BOHLE, The global expansion of precarious employment ; work disorganisation and consequences for occupational health : a review of recent research. International Journal of Occupational and Environmental Health, Vol. 31, N°2/3

7/ Nicole GUIGNON, Nicolas SANDRET, Les expositions aux produits cancérrogènes, mutagènes et reprotoxiques. DMT, 2005 ;104 : 471-483

8/ Annie THEBAUD-MONY, La division sociale des risques professionnels et des atteintes à la santé liées au travail. Séminaire « Processus d'usure et itinéraires professionnels », ANACT, Paris, 26/27 septembre 2007

PÉNIBILITÉ ET PRÉJUDICE COGNITIF :

6

LA DOUBLE PEINE ?

JEAN-CLAUDE MARQUIÉ*



d'efforts, voire pénible, soit payant sur la durée en termes de ressources nouvelles. Alors faut-il privilégier une des deux formes de pénibilité ? Tout dépend de la perspective adoptée. Celle qui inspire majoritairement les recherches dans le cadre du programme VISAT (Vieillesse, Santé, Travail)², sans exclure l'autre perspective³, renvoie aux processus par lesquels les conditions de travail affectent de façon durable voire irréversible les ressources de l'individu. Elle vise à comprendre comment les expériences cognitives et non cognitives de travail influencent la capacité de travail en fin de carrière et, au-delà, la qualité du vieillissement. C'est donc davantage sous cet angle du préjudice, plus ou moins conscient et différé, mais qui hypothèque à coup sûr l'avenir, qu'est abordée ici la question de la pénibilité dans le domaine cognitif.

LE PRÉJUDICE COGNITIF DÙ À DES CONTRAINTES NON COGNITIVES

Si on a une perception assez précise des processus qui conduisent à une usure prématurée des fonctions physiques, cette perception est beaucoup plus floue ou approximative concernant l'usure prématurée dans le domaine cognitif. Or des résultats récents montrent que certaines caractéristiques du travail qui n'ont rien de cognitif en soi peuvent avoir des conséquences aussi sur ce plan. Ainsi le travail posté ou un stress prolongé lié à d'autres facteurs professionnels, en provoquant des déséquilibres hormonaux durables, ont des effets délétères sur certaines structures cérébrales qui sont le support de fonctions cognitives fondamentales. Les indices concernant cette question sont encore rares, mais deux travaux récents illustrent ce propos. Une étude réalisée par Cho⁴ sur les équipages d'avion effec-

tuant des vols transméridiens à une fréquence rapide, montre une atrophie d'une zone temporaire du cerveau, l'hippocampe (zone impliquée dans la mémoire) associée à un taux élevé de cortisol, un marqueur du stress, et à des performances cognitives plus basses que dans des groupes contrôles. Par ailleurs, ces effets sont liés à la durée d'exposition à ce régime de travail : ils deviennent particulièrement significatifs après quatre ans d'activité dans ces conditions. Les résultats que nous avons nous-mêmes obtenus à partir de l'étude VISAT (Vieillesse, Santé, Travail)⁵ concordent bien avec leurs conclusions : nous avons trouvé des effets négatifs du travail posté sur la mémoire, après plus de dix ans d'exposition⁶. Or on voit bien combien les atteintes cognitives peuvent être tout autant mutilantes que l'usure physique dans une société de l'information comme la nôtre. Dans notre étude, cependant, la bonne nouvelle est qu'il semblerait que l'efficacité cognitive⁷ revienne à la normale après quelques années de retour en horaire normal (horaires de jour). Il reste beaucoup à faire dans ce domaine en matière de recherche pour identifier les conséquences neurologiques des conditions de travail et évaluer le degré de réversibilité des effets.

Dans le même registre des facteurs non cognitifs qui influencent le fonctionnement cognitif dans les phases ultérieures de la vie, il ne faut pas sous-estimer non plus le rôle des atteintes sensorielles liées au travail (ex., pertes visuelles ou auditives). Elles sont le plus souvent irréversibles et peuvent altérer considérablement le fonctionnement cognitif en obligeant le cerveau à travailler sur des signaux sensoriels dégradés. Elles provoquent aussi des efforts de compensation extrêmement coûteux, et peuvent conduire au repliement sur soi.

La pénibilité évoque une expérience consciente, un ressenti désagréable, une situation difficile à supporter. Mais, comme d'autres l'ont déjà fait remarquer (Molinié & Volkoff, 2003¹) on ne peut mettre sur le même plan la pénibilité ressentie du travail et les effets délétères à long terme de ce même travail. Ce qui est pénible n'est pas nécessairement préjudiciable, au sens où cela amputerait durablement une partie des ressources de l'individu, c'est-à-dire sa santé, ses compétences, et sa motivation à agir. À l'inverse, on sait que les conditions qui sont préjudiciables à long terme ne sont pas toujours ressenties comme pénibles au moment où on y est exposé, parfois parce que cette pénibilité est masquée par des avantages immédiats. Il est possible même que ce qui est confortable à court terme soit préjudiciable à long terme, alors que ce qui est consommateur

* Cognition, Langues, Langage, et Ergonomie (CLLE-LTC), CNRS, UMR 5263, MDR, Université Toulouse le Mirail, 5 allée A. Machado, F-31058 - Toulouse Cedex 9. Courriel : marquié@univ-tlse2.fr

1/ Molinié, A.-F., Volkoff, S., « Départs en retraite: les deux facettes de la "pénibilité" du travail », Quatre Pages, n°60, Centre d'Études de l'Emploi, novembre 2003.

2/ Pour plus d'informations sur l'étude longitudinale de la relation Vieillesse, Santé, Travail, et sur les autres activités du groupe de médecins du travail et de chercheurs impliqués dans ce programme, voir le site VISAT : <http://www.visat.fr/>

3/ Niezborala, M., Marquié, J. C., Baracat, B., & Soulat, J. M. (2002). Pénibilité perçue du travail et âge : premiers résultats de l'étude VISAT. Archives des Maladies Professionnelles, 63, p. 282 (27^{ème} Congrès de Médecine du Travail, Grenoble, 4-6 juin 2002).

4/ Cho K. (2001), « Chronic « jet lag » produces temporal lobe atrophy and spatial cognitive deficits », Nature Neuroscience, 4(6), pp. 567-568.

5/ Marquié J.C., Jansou P., Baracat B., Martinaud C., Gonon O., Niezborala M., Ruidavets J.B., Fonds H. et Esquirol, Y. (2002), « The VISAT (ageing, health, & work) prospective study : overview and methodology », Le Travail Humain, 65(3), pp. 243-260.

6/ Rouch I., Wild P., Ansiau D., Marquié J. C. (2005), « Shiftwork experience, age and cognitive performances », Ergonomics, 48(10), pp. 1282-1293.

7/ L'efficacité cognitive correspond à l'efficacité du traitement de l'information, de la mise en mémoire et de la récupération ultérieure des informations, de l'attention portée vers les éléments pertinents pour la tâche en cours. Ces opérations doivent être effectuées avec une certaine rapidité pour être efficaces. Elles relèvent de ce qu'on appelle les mécanismes fondamentaux de réception et de traitement des informations et leur efficacité dépend étroitement du système nerveux central et périphérique.

LES CARACTÉRISTIQUES COGNITIVES DU TRAVAIL INFLUENT LE FONCTIONNEMENT CÉRÉBRAL ET LE DÉVELOPPEMENT COGNITIF CHEZ L'ADULTE

Le contenu du travail lui-même peut être un facteur de préservation des capacités perceptives et cognitives initiales ou au contraire accélérer le déclin lié au vieillissement normal. Le travail fonctionne d'une certaine manière comme l'école, laquelle a été une expérience plus ou moins longue et réussie selon les individus. On sait maintenant que plus les personnes ont acquis un haut niveau de scolarisation, plus elles disposent de ressources compensatrices qui retardent, non pas les lésions cérébrales associées à certaines maladies de la sénescence (ex. Alzheimer), mais les symptômes gênants de la maladie. Les lésions sont les mêmes, mais les outils cognitifs acquis par l'éducation permettent de les compenser pendant très longtemps.

Ce qui est vrai des influences précoces comme la scolarisation est peut-être vrai aussi de l'influence des caractéristiques cognitives et psychosociales des environnements professionnels. Une étude récente⁸ suggère d'ailleurs que les personnes dont les fonctions cognitives sont davantage stimulées pendant la vie adulte sont moins sujettes aux maladies de la sénescence. Les résultats de VISAT, ici encore, viennent étayer cette idée que les caractéristiques du travail, le contenu des tâches autant que les conditions organisationnelles dans lesquelles elles sont exécutées influencent le niveau de fonctionnement cognitif des individus et, peut-être même, la vitesse à laquelle les déclins liés à l'âge surviennent⁹. Plusieurs études suggèrent que dans le travail, deux propriétés cognitives des environnements favorisent un meilleur vieillissement cognitif, lorsqu'elles sont combinées. La première est l'effort cognitif, c'est-à-dire la sollicitation élevée des capacités intellectuelles : c'est la dimension « intensive ».

La deuxième est le sentiment que ces efforts sont récompensés par des bénéfices à la fois cognitifs (création de nouvelles ressources) et motivationnels (expérience gratifiante donnant envie d'aller plus loin) : c'est la dimension créatrice. Ces observations trouvent un écho dans la recherche plus ancienne sur les modèles animaux : si on met des rats dans un environnement sensoriel et cognitif pauvre et d'autres dans un environnement riche en stimulations de toutes sortes, les seconds se développent mieux et ont des capacités d'apprentissage, de développement et de survie supérieures. Mais j'insiste sur le fait que c'est la combinaison des deux propriétés qui est favo-

nable, car on connaît tous des situations de travail fort pénibles, voire dangereuses, où seul l'aspect effort cognitif est présent. La complexité cognitive sans la dimension créatrice est stérile et probablement même mutilante.

D'autre part, même si une scolarisation minimale et une vie de travail intellectuellement peu stimulante constituent des facteurs pénalisants pour le développement cognitif, la plasticité cérébrale, réduite mais néanmoins effective jusqu'à un âge très avancé permet de penser que même à 70, 80, 90 ans, les stimulations cognitives (via les apprentissages) sont encore payantes.

LA BONNE ET LA MAUVAISE COMPLEXITÉ, OU LA PÉNIBILITÉ DE L'EFFORT COGNITIF STÉRILE

Il existe une bonne et une mauvaise complexité des tâches. La bonne complexité est celle qui, bien qu'imposant des efforts, même importants (dans des limites toutefois acceptables pour la personne), crée des ressources nouvelles.

Elle caractérise des tâches qui nécessitent un effort mental, des décisions complexes, et qui font appel à des ressources personnelles pour répondre à des problèmes inédits. Une forme positive de complexité, c'est celle qui permet d'agrandir le registre des compétences et augmente durablement les possibilités d'action et de régulation de l'opérateur, et donc ses capacités d'adaptation. La mauvaise est celle qui demande un effort stérile, c'est-à-dire qui ne débouche sur rien, et qui implique un stress excessif ou trop prolongé.

Dans ce genre de travaux, la complexité est susceptible de conduire à la saturation des capacités sensorielles et mentales, et progressivement au sentiment d'impuissance. Des tâches peuvent être cognitivement complexes (au sens d'exigeantes en termes d'attention et de quantité d'informations à traiter) mais pauvres car ne sollicitant que des réponses connues, des solutions préexistantes, peu ou pas de créativité. Ces dernières caractéristiques se rencontrent plus fréquemment dans les travaux d'exécution que dans ceux de conception.

Cependant, on peut trouver aussi bien chez des cadres ou des techniciens de haut niveau des situations très stéréotypées du point de vue cognitif, alors que certains métiers ouvriers, de l'artisanat ou du commerce impliquent beaucoup de créativité. Il y a une manière taylorienne de simplifier les tâches qui en même temps les appauvrit et enferme l'opérateur dans une registre restreint de ses capacités sensorielles, motrices, cognitives. Il y a, au contraire, une manière

ergonomique de simplifier qui réduit les aspects fastidieux, inutilement exigeants sur le plan mental, pour libérer de la capacité créatrice.

PAR QUELS MÉCANISMES LE TRAVAIL PEUT-IL FAVORISER OU ALTÉRER LE DÉVELOPPEMENT COGNITIF ?

Comme on l'a dit plus haut, un stress excessif ou prolongé, provoque des perturbations neuroendocriniennes et métaboliques qui influencent le fonctionnement cérébral et affectent les capacités cognitives, en particulier la capacité de mémorisation et de prise de décision. Divers modèles actuels du stress nous rappellent que, à côté d'autres facteurs comme la désynchronisation des rythmes biologiques évoquée plus haut, le stress professionnel est souvent lié à une combinaison entre une demande psychologique forte, une latitude décisionnelle faible, une reconnaissance et un soutien social insuffisants. Le fonctionnement du cerveau est aussi influencé par l'usage (on parle de plasticité induite par l'usage). Cela renvoie à l'idée que les fonctions cognitives utilisées se maintiennent, celles qui ne servent pas se perdent (« do it or lose it »). Plus on fait fonctionner son cerveau, plus on crée des connexions et un réseau neuronal dense et disponible. À ces mécanismes de nature neurophysiologique ou cognitive (accumulation de savoirs), s'ajoute un autre mécanisme qui relève de phénomènes métacognitifs et motivationnels. Le terme métacognitif renvoie à la connaissance que le travail nous permet d'acquérir sur nous-mêmes, nos capacités et nos limites. Cette connaissance est en partie transférable dans des situations non professionnelles. Tous les métiers ou toutes les situations de travail ne sont pas équivalents sur ce point : certains nous apprennent davantage sur nous-mêmes et nous préparent mieux que d'autres à bien vieillir. Quant au mécanisme motivationnel, il renvoie à l'idée que travailler dur en constatant que cela paye engendre un sentiment d'auto-efficacité élevé, c'est-à-dire une confiance plus grande en ses propres capacités.

Cette confiance que les expériences de travail permettent de construire est la condition de la persévérance. Certaines organisations du travail permettent plus que d'autres d'apprendre qu'en cas d'échec la poursuite de l'effort finit par conduire à la réussite. Ce sentiment est un moteur important pour agir, pour se confronter à des situations nouvelles, pour accepter de se mesurer à des difficultés à court terme en vue de plus grands bénéfices à moyen et long terme. C'est donc aussi un moteur important du développement de la personne, y compris sur le plan cognitif.

8/ Crowe M., Andel R., Pedersen N.-L., Johansson B., Gatz M. (2003), « Does participation in leisure activities lead to reduce risk of Alzheimer's disease? A prospective study of Swedish twins », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, pp. 249-255.

9/ Ansjau D., Marquié J.-C., Soubelet A. et Ramos S. (2005), « Relationships between cognitive characteristics of the job, age, and cognitive efficiency », *International Congress Series*, (Vol 1280C, pp. 43-48). Amsterdam : Elsevier.

Ces mécanismes expliquent que le travail est un atout en termes de qualité de développement pour les uns, et un facteur d'usure prématurée pour les autres. Ce qu'on gagne ou ce qu'on perd par le travail se généralise à la vie hors travail, et contribue à une vie après la retraite plus ou moins réussie.

LES BÉNÉFICES D'UN TRAVAIL QUI PERMET D'APPRENDRE

Dans une étude en cours, nous avons comparé les changements cognitifs des personnes de 32 ans et de 62 ans sur une période de cinq ans à partir des données de l'étude VISAT. Nos premiers résultats montrent que ce qui prédit le mieux une évolution favorable de l'efficacité cognitive sur 5 ans, c'est le niveau de scolarité chez les 32 ans, alors qu'il s'agit de la stimulation cognitive reçue au travail chez les 62 ans encore actifs ou récemment retraités. Le niveau de scolarité est donc un atout pour démarrer, mais pour se maintenir à un haut niveau, il faut continuer à être intellectuellement actif.

À l'heure où maintenir les seniors en emploi fait l'objet d'une politique nationale concertée, VISAT nous apprend aussi que les situations de travail

intellectuellement stimulantes sont des situations d'où l'on sort moins précocement de l'emploi. Les hommes comme les femmes de 52 ans qui affirment que leur travail leur permet d'apprendre des choses nouvelles, toutes choses égales par ailleurs, ont une probabilité trois fois plus grande de répondre qu'ils se sentent capables d'occuper leur emploi jusqu'à la retraite. Et l'étude a aussi montré qu'une réponse négative à cette même question (« Ne pas se sentir capable d'occuper son emploi jusqu'à la retraite ») était effectivement associée à un risque presque deux fois et demi supérieur de se retrouver en arrêt maladie ou au chômage 5 ans plus tard, et un risque de 30% supérieur aux autres d'être à la retraite ou en pré-retraite à cette même période .

CONCLUSION

Les neurosciences et la psychologie sont en train de découvrir que le cerveau adulte est beaucoup plus plastique qu'on ne le croyait. Il y a vingt ans, on pensait qu'arrivé à l'âge adulte le cerveau ne se développait plus, que sa morphologie (sa composition) était relativement immuable. Or, même si elle tend à se réduire progressivement au cours de la vie adulte, la plasticité cérébrale reste effective jusque très tard dans la vie. Cela

signifie que le cerveau adulte est capable de réorganisations importantes, grâce à des adaptations morphologiques (création de nouveaux neurones, de nouvelles connexions synaptiques, ...) et à des adaptations fonctionnelles (prise en charge de nouvelles fonctions par certaines structures). Cette plasticité cérébrale de l'adulte, largement sous-estimée et récemment découverte, vient conforter l'intuition, plus ancienne, que les expériences vécues au cours de notre vie professionnelle influencent de façon durable notre fonctionnement cognitif autant que notre santé physique. Et donc aussi la qualité de notre vieillissement.

C'est dans ce contexte que prend tout son sens la notion de préjudice par altération au cours de la vie de travail des ressources initiales. On peut aussi y ajouter le préjudice lié à la non construction de ressources nouvelles, et voir comme un gâchis pour la personne (et pour l'entreprise) toutes les occasions manquées à cet égard . Pour certains salariés ce préjudice n'exclut pas les pénibilités ressenties et éventuellement accumulées tout au long de la carrière. Ne peut-on pas parler alors, ici aussi, d'une certaine forme « de double peine » ?

DE MULTIPLES ENSEIGNEMENTS A TIRER

DES ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DE LA PRÉVENTION DES TMS POUR UNE CONNAISSANCE DE LA RELATION ENTRE CONDITIONS DE TRAVAIL PÉNIBLES ET EFFETS SUR LA SANTÉ.

ANNIE TOURANCHET *

Pour aborder la question de la relation entre les risques d'altération de la santé et le travail, les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont une excellente illustration à plus d'un titre. Ils sont très régulièrement cités comme premier exemple d'usure professionnelle. Plusieurs questions peuvent être abordées au travers du processus d'apparition de ces pathologies : les combinaisons de facteurs de contraintes de natures différentes (biomécaniques, organisationnelles, psychosociales...), le cumul d'exposition, l'absence de danger clairement identifié, la différenciation d'avec le vieillissement fonctionnel ...

Les enquêtes épidémiologiques sur les TMS nous permettent à la fois d'illustrer le lien entre les conditions de travail et les risques professionnels, mais aussi de repérer s'il existe des situations discriminantes en fonction de l'âge ou du genre des populations exposées. L'approche épidémiologique, par essence :

- nous engage à avoir une approche des questions qui nous intéressent par les populations, que ce soit celles du travail, du territoire, de secteurs professionnels particuliers...
- nous permet aussi de repérer, grâce à sa démarche de suivi longitudinal de la santé de ces populations, des phénomènes de risques à effet différés, d'usure à long terme

L'enquête de surveillance épidémiologique des TMS, menée par plus de 80 médecins de la région Pays de Loire, a poursuivi plusieurs objectifs :

- quantifier le poids de l'activité professionnelle sur l'état de santé de la population générale (fractions et nombres attribuables),
- repérer des secteurs et professions à risques particuliers en entreprise,
- alerter sur d'éventuels problèmes en relation avec le travail (connus, émergents ou peu connus).

Parmi les conclusions qui peuvent être tirées des résultats de cette enquête, la prévalence des symptômes musculo-squelettiques en fonction de l'âge et du genre présente un intérêt particulier pour notre sujet. Les TMS sont des pathologies réputées féminines et plutôt touchant les seniors. L'enquête montre bien, effectivement, que plus l'âge avance, plus les risques de TMS sont élevés. Cependant, ces résultats ne doivent pas masquer le fait que ces pathologies peuvent aussi apparaître bien avant l'âge de 45-50 ans. Ainsi, comme le souligne Gérard Lasfargues, les données des

maladies professionnelles reconnues dans le cadre du tableau 57 (affections liées à certains gestes et postures de travail) du Régime Général confirment la forte incidence des troubles musculo-squelettiques à tous les âges.

issue de la clinique du travail puisqu'elle ne permet pas seule de comprendre ces événements et les processus qui sous-tendent les résultats. Ce type de démarche est donc un apport fondamental à une connaissance des effets diachroniques des condi-

Age (ans)	< 50	50 à 59	60 à 64	≥65	Total
Tableau 57	13293	6383	137	11	19824
Tous tableaux	18318	10989	1505	3123	34100

Maladies professionnelles de l'appareil moteur (tableau 57) ; données du Régime général, année 2001.

On constate que la plupart des maladies professionnelles reconnues le sont avant l'âge de 50 ans avec des effets plus ou moins graves, selon la localisation des troubles musculo-squelettiques, sur les capacités de travail et l'aptitude au poste de travail.

TMS et âge selon Gérard Lasfargues, départs en retraite et travaux pénibles, avril 2005

De même, l'enquête épidémiologique des Pays de Loire expose bien que si les femmes ont plus de probabilité de développer des pathologies de l'appareil locomoteur que les hommes, l'interprétation de ces résultats nécessite de les rapprocher des données par secteur et par catégories socio-professionnelles. Par exemple, si les risques de développer des TMS pour les femmes sont plus élevés dans certains secteurs (comme la fabrication de machines de bureau et d'informatique, l'industrie alimentaire, l'hôtellerie et restauration, la santé et l'action sociale ...), ces secteurs sont aussi ceux où la main d'oeuvre est majoritairement féminine. Dans ce cas, l'enquête épidémiologique permet de faire le lien de corrélation entre les secteurs et le genre sans véritablement établir un lien de causalité. Par exemple, si dans une usine, on trouve les femmes plutôt en fin de ligne sur les postes de conditionnement, là où se combinent les contraintes de juste-à-temps, d'aléas, ... et que les hommes sont plutôt sur des postes de conduite de la ligne, seules des observations et analyses du travail permettront de mettre à jour la division sexuée du travail explicitant alors la division sexuée des pathologies.

Au travers de ce type d'enquêtes, les comparaisons entre les hommes et les femmes sont donc très difficiles du fait des spécificités des métiers et des tâches exercées selon le genre. C'est pourquoi, dans l'approche de la compréhension et de l'action sur les TMS et autres formes d'usure professionnelle, si les enquêtes épidémiologiques nous permettent de repérer des secteurs, des populations à risque particulier, il convient de rapprocher ces informations de la connaissance

des conditions de travail sur la santé, connaissance qui constitue une étape importante dans le développement de politiques de prévention de l'usure professionnelle. Mais, la clinique du travail et la connaissance de l'activité sont nécessaires pour comprendre et agir sur les processus de construction et d'altération de la santé

QUELQUES DONNÉES SUR L'ENQUÊTE TMS EN PAYS DE LA LOIRE :

Le vieillissement démographique conjugué à la nécessaire augmentation du taux d'activité des plus de 55 ans pour assurer le financement du système de retraite va poser avec une acuité croissante le risque d'augmentation des troubles musculo-squelettiques (TMS) dans la population active française. Les catégories les plus touchées seront les employés et les ouvriers. Il s'agit d'un des enjeux majeurs de la santé au travail dans les dix années à venir, comme le montre le chapitre « TMS et âge » rédigé par Annette Leclerc .

Le réseau expérimental de surveillance épidémiologique des TMS dans la région des Pays de la Loire mis en place par l'Institut de veille sanitaire en 2002 permet d'apporter des renseignements inédits sur la prévalence des TMS et de leurs facteurs de risque dans la population salariée. Ce réseau applique les définitions issues du consensus européen « Saltsa » des TMS et de leurs facteurs de risque, qui ont été définies sur la base d'une recherche bibliographique systématique par un groupe d'experts européens. Ses objectifs sont de fournir une description de la prévalence en milieu de travail des principaux TMS des membres

* Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre DRTEFP des Pays de la Loire / Présidente de l'ADEREST

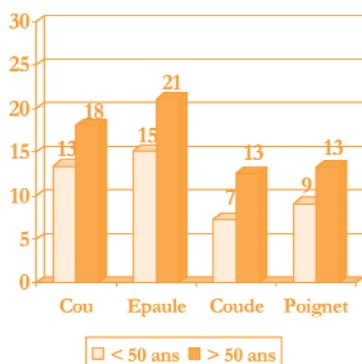
par âge, sexe, secteur d'activité et profession ainsi qu'une description de l'exposition aux facteurs de risque de ces pathologies.

Dans ce texte, nous ne présenterons que les données descriptives relatives à la prévalence des TMS et de leurs facteurs de risque chez les salariés des Pays de la Loire, notamment ceux âgés de 50 ans ou plus.

PRÉVALENCE DES SYMPTÔMES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Au cours des 12 derniers mois, plus de la moitié des salariés (58 % des femmes et 53 % des hommes) a souffert de douleurs ou de gêne dans les membres supérieurs, principalement au niveau du cou et des épaules. Près d'un salarié sur trois (30 %) a souffert au cours des 7 derniers jours, l'intensité moyenne des symptômes étant comprise entre 4 et 5 sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10. La prévalence des symptômes musculo-squelettiques est nettement plus élevée chez les salariés des deux sexes de plus de 50 ans, 67 % contre 52 % au cours des 12 derniers mois et de 41 % contre 28 % au cours des 7 derniers jours.

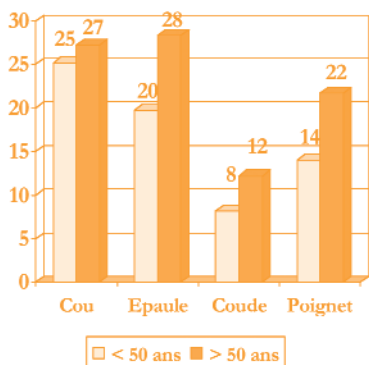
Hommes : 7 jours précédents



N = 2685

Membres supérieurs
< 50 ans : 25 %
> 50 ans : 36 %

Femmes : 7 jours précédents



Membres supérieurs
< 50 ans : 32 %
> 50 ans : 48 %

Prévalence des symptômes musculo-squelettiques

PRÉVALENCE DES SIX PRINCIPAUX TMS DES MEMBRES SUPÉRIEURS DIAGNOSTIQUÉS

Un TMS, au moins, a été diagnostiqué au cours de l'examen clinique chez 15 % des femmes et 11 % des hommes. Les tendinites de l'épaule sont les plus fréquentes (9 % des femmes et 7 % des hommes), devant le syndrome du canal carpien (4 % des femmes et 2 % des hommes) et l'épicondylite latérale (3 % des femmes et 2 % des hommes).

La prévalence des six TMS augmente avec l'ancienneté au poste de travail, passant de 6 %, 7 %, 9 % à 17 % chez les hommes et de 12 %, 9 %, 12 % à 22 % chez les femmes lorsque l'ancienneté augmente respectivement de moins de 1 an, 1-2 ans, 3-10 ans ou plus de 10 ans. Cependant, ces différences ne sont pas significatives après ajustement sur l'âge.

La prévalence des six TMS augmente significativement avec l'âge pour les deux sexes, même après ajustement sur l'ancienneté au poste de travail ($p < 0.05$). La prévalence de tous les TMS augmente avec l'âge pour les deux sexes, sauf le syndrome du tunnel cubital et les tendinites des fléchisseurs et des extenseurs des doigts. L'augmentation avec l'âge est particulièrement nette pour les tendinites de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Elle augmente entre 20-29 ans et 50-59 ans de 2 % à 14 % chez les hommes et de 3 % à 15 % chez les femmes. Après 50 ans, près de 22 % des hommes et 26 % des femmes souffrent d'au moins un des six TMS et 4 % des hommes et 6 % des femmes d'au moins deux.

La prévalence des TMS est inégalement répartie en fonction des secteurs d'activité et des catégories socioprofessionnelles. Les secteurs d'activité les plus touchés sont, d'une part, les secteurs industriels, (notamment l'automobile, les industries des biens intermédiaires et des biens de consommation, l'agro-alimentaire) et, d'autre part, l'agriculture, les transports et l'administration. Les catégories ouvrières sont les plus touchées par les TMS pour les deux sexes, quel que soit l'âge, devant les employés. Après 50 ans, 30 % des ouvriers et 34 % des ouvrières présentent un TMS cliniquement diagnostiqué, principalement une pathologie de la coiffe des rotateurs (22 % des ouvriers et 17 % des ouvrières).

PRÉVALENCE DE L'EXPOSITION AU RISQUE DE TMS

La surveillance épidémiologique dans les Pays de la Loire fournit une première description de l'exposition aux facteurs de risque de TMS des membres supérieurs à l'échelle d'une région.

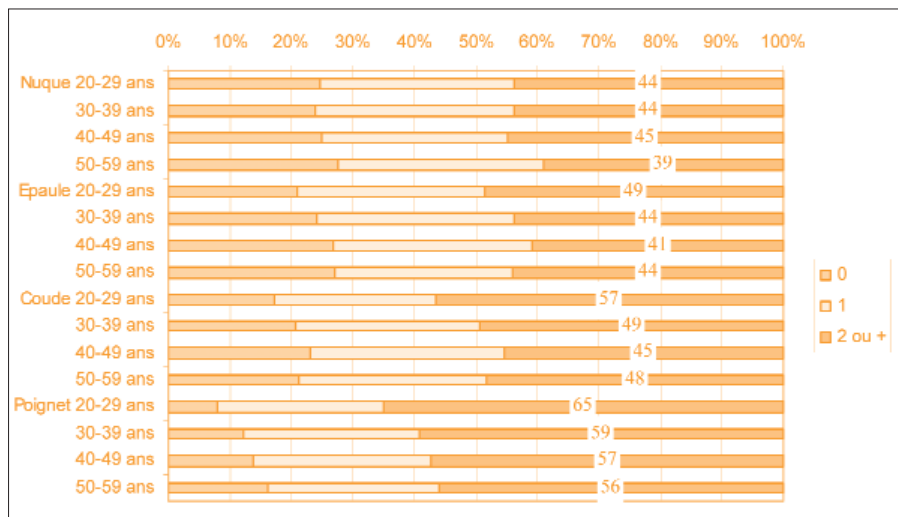
La majorité de salariés des deux sexes est fortement exposée aux facteurs de risque de TMS, biomécaniques, psychosociaux et organisationnels. L'intensité de l'exposition aux facteurs de risque de TMS du membre supérieur (nuque exceptée) varie avec l'âge.

Les salariés les plus jeunes (classe d'âge de 20-29 ans) sont les plus exposés : 72 % d'entre eux sont exposés à deux facteurs de risque ou plus contre 65 % des 30-39 ans, 63 % des 40-49 ans et 62 % des 50-59 ans. La surexposition au risque de TMS chez les 20-29 ans concerne principalement les hommes (76%) et s'explique principalement par la surexposition des personnels intérimaires. L'exposition professionnelle aux facteurs de risque de TMS diminue peu après 30 ans et surtout, elle reste élevée après 50 ans, quel que soit le sexe. Il en est de même pour la plupart des facteurs de risque biomécaniques et psychosociaux de TMS pris en considération par le consensus européen « Saltsa ». Ainsi, après 50 ans, 21 % des hommes et 32 % des femmes sont exposés à des gestes répétitifs plus de 4 heures par jour, 43 % des hommes et 18 % des femmes manipulent des objets lourds, 17 % des hommes et 12 % des femmes travaillent avec les bras au-delà de l'horizontale et 30 % des salariés des deux sexes travaillent avec le poignet en position inconfortable.

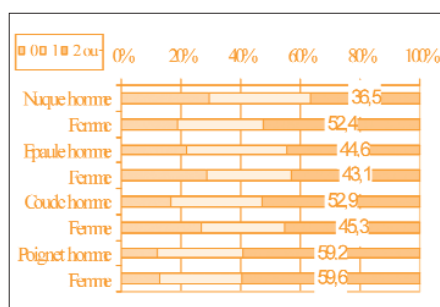
Concernant l'exposition aux facteurs psychosociaux de TMS des plus de 50 ans, 55 % des hommes et 73 % des femmes manquent de latitude décisionnelle, 24 % des hommes et 32 % des femmes manquent de soutien social de leur encadrement ou de leurs collègues, 12 % des hommes et 14 % des femmes sont en situation de tension au travail (conjugaison d'une demande psychologique forte et d'une latitude décisionnelle faible). La charge de travail globale évaluée à l'aide de l'échelle psychophysique de Borg est élevée (score ≥ 15) pour 24 % des hommes et 22 % des femmes après 50 ans. Le niveau de l'exposition aux facteurs de risque de TMS est particulièrement élevé pour les catégories ouvrières et, à un

PREVALENCE (%)	Hommes		Femmes	
	< 50 ans	> 50 ans	< 50 ans	> 50 ans
Tendinite coiffe des rotateurs	5,6	12,2	7,8	15,1
Epicondylite latérale	1,5	5,6	2,3	5,0
Syndrome du tunnel cubital	0,7	0	0,9	0,6
Syndrome du canal carpien	1,7	4,8	3,2	7,8
Tendinite de De Quervain	0,5	1,9	1,6	4,5
Tendinites F/E des doigts	0,7	1,1	0,6	0
Au moins un TMS	9,1	21,5	13,1	25,7

Prévalence des troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs par trouble, âge et genre



Facteurs de risque de TMS et âge



Une exposition élevée : plus d'un salarié sur 2

moins élevé pour les employés, alors qu'il est moins élevé pour les professions intermédiaires et, a fortiori, pour les cadres. Après 50 ans, 77 % des ouvriers et 72 % des ouvrières restent exposés à au moins deux des facteurs de risque de TMS pris en compte par le consensus européen.

DISCUSSION

La surveillance épidémiologique des TMS est basée sur un large réseau régional de 80 médecins sentinelles dont les caractéristiques professionnelles sont comparables à ceux qui ne participent pas. L'inclusion aléatoire des salariés lors de la visite médicale assure une représentativité satisfaisante de l'échantillon par rapport à la population salariée régionale [8]. La distribution des âges des salariés des deux sexes dans l'échantillon est strictement superposable à celle de

la région. Les résultats montrent l'importance de la prévalence des TMS diagnostiqués par le médecin du travail chez les salariés en activité, puisque près de 13% d'entre eux présentent au moins un TMS des membres supérieurs. Contrairement aux statistiques d'indemnisation des maladies professionnelles, le TMS le plus fréquemment observé n'est pas le syndrome du canal carpien, mais les tendinites de l'épaule et ce, quels que soient la classe d'âge et le sexe.

La prévalence des TMS diagnostiqués cliniquement augmente nettement avec l'âge, même après ajustement sur l'ancienneté au poste de travail. Ceci confirme des études menées en France et dans les pays anglo-saxons en population salariée ou en population générale. Néanmoins, il est toujours difficile de faire la part des choses entre l'avancée en âge et le cumul des expositions professionnelles, si bien que des analyses complémentaires avec ajustement sur les expositions professionnelles sont nécessaires. Quoi qu'il en soit, l'étude montre la très forte prévalence des TMS après 50 ans. En effet, bien que ces salariés âgés soient tous employés au moment de l'enquête, la majorité souffre de symptômes musculo-squelettiques non spécifiques des membres supérieurs, un quart d'au moins un des six TMS cliniquement diagnostiqués, notamment une tendinopathie de la coiffe des rotateurs ou un syndrome du canal carpien, et 6%

Exposition élevée (%)	Hommes		Femmes	
	<50	≥50	<50	≥50
Age				
Facteurs de risque	%	%	%	%
Répétitivité élevée	22	21	32	32
Force élevée	43	43	24	18
Bras en abduction >90	14	17	13	12
Torsion du poignet	37	30	34	30
Charge physique lourde (borg >15)	23	24	19	22
Demande psychologique élevée	29	27	28	25
Latitude décisionnelle faible	54	55	66	73
Soutien social faible	27	24	26	32
Tension au travail	13	12	17	14
Polyvalence quotidienne	23	29	24	15
Horaires irréguliers	80	77	86	72

Exposition aux facteurs de risque de TMS

de deux TMS ou plus. Cette accumulation d'affections périarticulaires chez les salariés vieillissants diminue probablement leurs capacités fonctionnelles et augmente le risque d'incapacité de travail et de licenciement

Les secteurs d'activité les plus touchés sont, d'une part, les secteurs industriels et l'agriculture et, d'autre part, l'administration. Ceci est en accord, d'une manière globale, avec les grandes enquêtes américaines et européennes. Les ouvriers non qualifiés de type industriel sont les plus touchés, devant les manutentionnaires, les personnels de services directs aux particuliers et les ouvriers agricoles.

L'étude permet de dresser une première cartographie de l'exposition aux facteurs de risque de TMS des membres supérieurs à l'échelle d'une région. Elle montre qu'une majorité de salariés des deux sexes est fortement exposée aux facteurs de risque biomécaniques, psychosociaux et organisationnels de TMS. D'une manière générale, le niveau de l'exposition aux facteurs de risque de TMS est particulièrement élevé pour les catégories ouvrières et, à un moindre degré, pour les employés, alors qu'il est moins élevé dans les professions intermédiaires et, a fortiori, chez les cadres. Les résultats montrent que le niveau global d'exposition professionnelle au risque de TMS ne diminue pas après 50 ans alors que les capacités fonctionnelles diminuent à cet âge. Ceci est vrai pour l'ensemble des principaux facteurs de risque tels que la répétitivité des gestes, la force, les postures inconfortables. Il existe un manque de latitude décisionnelle pour faire face aux contraintes de la tâche pour une majorité de salariés de plus de 50 ans, plus d'un homme sur deux et de sept femmes sur dix. Ce constat inquiétant montre le manque de prise en considération de la pénibilité du travail des salariés « vieillissants » et les carences de la prévention primaire des TMS.

CONCLUSION

La surveillance des TMS dans les entreprises des Pays de la Loire montre l'ampleur de morbidité ostéo-articulaire des membres supérieurs chez les salariés de plus de 50 ans. Les salariés vieillissants, comme les salariés plus jeunes, sont exposés à des degrés d'intensité divers à un cumul de contraintes musculo-squelettiques biomécaniques, psychosociales et organisationnelles. La forte prévalence des TMS après 50 ans, conjuguée à des contraintes biomécaniques et organisationnelles importantes, souligne la nécessité d'une approche globale de la prévention des TMS dans les entreprises pour réduire l'exposition au risque et assurer le maintien et/ou le retour au travail des salariés souffrant de TMS. Cela nécessite une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs de la prévention des risques professionnels (entreprises, partenaires sociaux, pouvoirs publics) et la mise en place d'une politique structurée de prévention des TMS dans les entreprises et dans les services de santé au travail.

8 ACCOMPAGNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE D'UNE ENTREPRISE SUR LES QUESTIONS DE PÉNIBILITÉ ET DE GESTION DES ÂGES

*RITA DI GIOVANNI**, *FRANÇOISE BLANC***

Cet article vise à livrer quelques réflexions issues de l'accompagnement d'une entreprise sur des questions de pénibilité et de gestion des âges.

La question de départ était posée par un développement de TMS à l'origine de restrictions d'aptitude de plus en plus difficiles à gérer.

La gestion des âges n'était pas une demande, nous l'avons introduit en faisant l'hypothèse que cela pouvait apporter un plus dans le traitement des problèmes de pénibilité, sans que ce « plus » soit véritablement défini.

Nous garderons confidentiel le nom de cette entreprise, car en fait il s'agit plus de s'appuyer sur cet exemple que de le présenter en tant que tel. Il s'agit d'une entreprise du secteur de la métallurgie, comprenant 250 personnes dont 150 en production et confrontée à des problèmes de pénibilité (manutentions et gestes répétitifs) et de TMS.

Nous avons retenu trois aspects de cet accompagnement sur lesquels il nous semble intéressant de réfléchir :

- La démarche pluridisciplinaire et le rôle du médecin du travail
- Les logiques dans l'entreprise en matière de gestion de la pénibilité : entre répartition et réduction de cette pénibilité.
- Enfin la question de la gestion des âges : qu'apporte-t-elle à l'entreprise, en quoi le fait d'ajouter cette dimension est un élément éclairant dans l'analyse et orientant pour l'action ?

L'INTÉRÊT D'UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE ET LE RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le médecin du travail est le fil rouge d'un accompagnement qui a commencé en 1999. C'est elle qui a relevé les indicateurs alarmants, alerté le chef d'entreprise et proposé des intervenants extérieurs.

Plusieurs phases ont marqué cet accompagnement.

Premier déclencheur : en 1999, une augmentation des « restrictions d'aptitudes » ; le médecin du travail fait alors un relevé rétrospectif de ce qui a été noté dans les dossiers médicaux : depuis leur embauche, 2/3 des salariés ont souffert de TMS avec au moins un arrêt de travail. En 2001, premières déclarations de maladie professionnelle (7) et 10 maladies à caractère professionnel.

Sur les conseils du médecin du travail, le directeur sollicite l'intervention de l'AGEFIPH pour aménager les postes de travail de 8 salariées reconnues travailleurs handicapés ; l'AGEFIPH finance l'intervention d'un ergonome qui met en évidence, en particulier, de mauvaises positions des poignets sur les boutons de commande des machines.

Peu de choses sont réalisées après cette étude mais, en 2002, l'obligation de concrétiser l'évaluation des risques par le document unique permet d'identifier les TMS comme action prioritaire.

Un responsable hygiène et sécurité est nommé. Un groupe de travail, issu du CHSCT, se met en place, suit une formation TMS avec la CRAM, conduit des observations de postes et une étude des AT.

La rencontre avec un fabricant permet d'installer de nouveaux boutons de commande qui ne génèrent pas de mauvaises postures.

Un plan d'investissement pour couvrir les 80 machines sera engagé sur 5 ans, d'autres solutions techniques sont envisagées mais la mise en place tarde, ce chantier n'est pas suffisamment prioritaire.

Il y a beaucoup de travail, l'entreprise emploie de nombreux intérimaires (jusqu'à 60 à 70). Ce personnel jeune est placé sur les postes les plus durs ce qui permet, un temps, de gérer les problèmes de santé et de masquer les problèmes de pénibilité.

En 2005 une baisse de l'activité et donc du recours à l'intérim fait ressurgir le problème avec la déclaration totale de 30 maladies professionnelles et 5 à caractère professionnel.

Le médecin du travail sollicite alors l'aide du Service des Maladies Professionnelles et environnementales (SMPE) de l'hôpital ; 2 internes en médecine du travail interviennent dans l'entreprise et réalisent à la fois un relevé des données médicales à partir des dossiers et une étude des postes de travail et des parcours professionnels des salariés qui présentent des TMS. Leurs conclusions sont encore plus alarmantes que les observations faites en 1999 : pourcentage très important d'opérateurs atteints: 64% (21% hommes et 77% femmes) ; 50% des sujets atteints présentent plus d'1 TMS ; le nombre de TMS augmente avec l'âge et le délai d'exposition (ancienneté).

Les restrictions d'aptitude augmentent et 4 licenciements pour inaptitude sont prononcés.

En 2006, l'augmentation des restrictions génère des difficultés pour l'organisation du travail, le médecin suggère l'intervention du MIDACT. Un

* chargée de mission MIDACT (ARACT de Midi Pyrénées)

** médecin du travail

diagnostic est proposé avec l'objectif d'intégrer la question des âges.

Le Médecin du travail, le SMPE, la CRAM, le MIDACT partagent leurs analyses et préparent la restitution auprès du CHSCT.

La CRAM alerte sur les taux de cotisation sans cesse en augmentation et les différences par rapport aux entreprises comparables.

Le Médecin du travail rend compte des difficultés croissantes à gérer les contradictions entre les enjeux pour la santé et ceux de la production.

L'analyse des internes du SMPE donne à la fois un bilan des atteintes à la santé et une première analyse des postes et de leur degré de pénibilité. Elle met aussi en évidence le fait que les postes « doux » ne le sont pas tant que ça et apporte au débat une objectivation et une légitimité (celle du SMPE) sur les critères de pénibilité, qui permet de restaurer le dialogue entre les différents acteurs.

Le MIDACT met l'accent sur le vieillissement de la population en lien avec d'autres éléments propres au fonctionnement de l'entreprise :

- L'analyse démographique sur la répartition des âges en fonction des postes montre que celle-ci n'est pas aléatoire : certains postes (les plus « pénibles ») sont plutôt « jeunes », d'autres plutôt « âgés »¹ (ceux réputés « doux » et dédiés aux personnes ayant des restrictions). Or ces postes sont aussi des postes à moindre exigence en compétence. De ce fait, le parcours des opérateurs conduit à une dégradation de la santé mais aussi à une perte de compétences et donc à un parcours professionnel peu valorisant. Ni l'entreprise, ni les salariés ne bénéficient des acquis de l'expérience de ceux qui vont vers ces postes.
- L'absence de mobilité externe combinée au vieillissement de la population va provoquer une accélération des atteintes à la santé et une augmentation des tensions entre les enjeux portant sur la santé et ceux portant sur la production.
- L'absence de politique de gestion des ressources humaines et des compétences réduisent les possibilités d'utiliser les parcours professionnels comme solution à la pénibilité.

Le constat est unanime : il faut engager d'urgence des actions visant à réduire la pénibilité. L'entreprise accepte ce principe et un travail s'engage avec le groupe TMS et la direction, le médecin du travail et le MIDACT pour identifier les postes prioritaires. Des ergonomes sont de nouveaux sollicités et suite à leur intervention produisent un cahier des charges pour la conception de nouveaux postes de travail.

LES LOGIQUES DE GESTION DE LA PÉNIBILITÉ : ENTRE RÉPARTITION DE CETTE PÉNIBILITÉ ET RÉDUCTION.

Les entreprises ont deux grands modes d'action pour agir sur la pénibilité des situations de travail :

a) « Répartir » cette pénibilité

- Entre salariés : les postes « doux », les horaires adaptés, les « aménagements de postes », pour ceux qui ont des problèmes de santé. Cette répartition a le plus souvent pour conséquence d'« alourdir » le travail des autres salariés.
- Sur un même opérateur : en organisant des rotations sur les postes permettant d'alterner les parties du corps sollicitées.

Ceci relève de l'organisation du travail.

b) Réduire la pénibilité par des améliorations techniques des postes, des aménagements des horaires ou de l'organisation du travail.

L'exemple relaté ci-dessus nous amène à nous poser des questions sur l'utilisation de ces deux modes d'action :

Sont-ils équivalents ?

Quel équilibre faut-il construire entre le recours à l'un ou à l'autre ?

L'un doit-il être l'objectif principal et l'autre un palliatif momentané ?

Jusqu'où l'entreprise peut-elle pousser la logique de la répartition au détriment de la logique de diminution ?

Examinons comment ces deux logiques ont été mises en place dans l'entreprise considérée et les effets observés.

Jusqu'en 1999, il s'agit principalement de répartir la pénibilité en utilisant le recours à des postes « doux » ; la conséquence est un regroupement important des salariés qui ont une restriction d'aptitude sur les mêmes secteurs de la production, les autres secteurs continuant à générer des problèmes de santé.

À partir de cette date, se met en place peu à peu la logique de réduction mais semble-t-il trop lentement.

- Le nombre de restrictions continue d'augmenter, des maladies professionnelles sont déclarées, des licenciements pour inaptitude sont prononcés.

Pour les salariés, les postes « doux » sont perçus de façon ambivalente, deux logiques s'installent :

- Ceux qui ont des difficultés et préservent leur santé en acceptant d'être sur ces postes ; ils sont trop souvent perçus comme des salariés qui « profitent de la situation »
- Ceux qui ne veulent surtout pas « basculer » dans ce qui apparaît comme une « voie de garage » et des postes peu valorisés professionnellement. Ils prennent le risque de continuer à affronter la pénibilité des autres postes.

Dans ce contexte, les rumeurs s'installent (« il suffit d'aller voir le médecin pour avoir une restriction ») et les relations deviennent tendues entre les acteurs de la prévention (médecin, infirmière, CHSCT) et les acteurs de la production (chefs d'atelier et de poste). Ces derniers remettent en cause les critères et la validité des restrictions posées par le médecin.

En 2005 un nouvel indicateur d'alerte apparaît portant sur la production : les postes « doux » sont saturés, l'absentéisme s'aggrave et les chefs de postes ont de plus en plus de difficultés pour pallier les absences ou les pics d'activités par la mobilité interne ; trop de personnes ont des restrictions et ne peuvent plus être affectées sur les postes les plus pénibles qui sont donc en manque de main d'œuvre.

En 2006, au CHSCT, tous les intervenants font le même constat : il y a urgence à passer radicalement à une logique de réduction de la pénibilité.

La direction est à ce moment convaincue et accepte le recours à des ergonomes pour l'ensemble des salariés et pas uniquement ceux relevant de l'Agefiph.

Cependant, si leur intervention a bien lieu, les effets seront longs à venir et l'entreprise a un besoin immédiat de retrouver de la fluidité dans l'organisation du travail. Le recours à la logique de répartition n'est pas abandonné et la mise en place de rotations reste une solution.

Une expérimentation est organisée avec un groupe de travail composé par des chefs de postes, des salariés, le médecin, l'infirmière, le chef d'atelier, le responsable sécurité et le Midact.

L'objectif est de sortir de la logique qui consiste à affecter les salariés sur un poste « doux » dès qu'ils ont une restriction et de tenter de les intégrer sur des postes « durs », pour des durées courtes (1 à 2h/jour) et en tenant compte tout de même de la nature et du degré des restrictions, c'est-à-dire en leur demandant d'effectuer les tâches les moins pénibles.

Après 3 mois d'expérimentation, les résultats confirment le diagnostic fixé lors du CHSCT : les rotations ne peuvent être mises en place car le nombre important de restrictions d'une part et de

1/ Analyse faite en fonction du nombre de moins de 30 ans et de plus de 50 ans

tâches à forte pénibilité d'autre part rendent l'exercice mathématiquement difficile à réaliser.

Par ailleurs, cette organisation prive les salariés sans restriction des tâches les moins pénibles qui leur permettaient de « souffler » et des TMS (épi-condylite) apparaissent même chez des salariés a priori « solides ».

Enfin, aux facteurs de pénibilité s'ajoute la question des compétences et des pratiques de l'entreprise concernant la mobilité interne.

Celle-ci n'était pas un mode d'organisation intégrée, orientée par exemple soit sur une augmentation de l'efficacité productive, soit sur l'enrichissement des parcours professionnels. Elle existait, parfois, pour répondre à des demandes individuelles de salariés, souvent par défaut pour pallier des problèmes d'absentéisme ou de restriction médicale.

La mobilité était donc surtout perçue négativement, comme un palliatif et non positivement comme un choix d'organisation visant à favoriser la performance et les parcours professionnels.

De ce fait, il est difficile pour des salariés de s'inscrire dans cette mobilité.

L'encadrement intermédiaire, mobilisé sur les objectifs de production, a du mal à adhérer. Il est de ce fait peu favorable à faire bouger les opérateurs aptes et efficaces pour intégrer dans une équipe, des opérateurs moins aptes.

Enfin, les compétences n'étaient pas suffisamment partagées, les chefs de postes devaient donc composer à la fois avec les restrictions liées à la santé et celles liées aux compétences non acquises.

Ainsi durant toutes ces années, même si la recherche de solutions visant la diminution de la pénibilité s'est peu à peu installée, la logique première a été le recours trop longtemps exclusif à la « répartition ».

Les conséquences ont été à plusieurs niveaux :

- Une dégradation de la santé pour les opérateurs,
- Des blocages dans l'organisation du travail,
- Peut-être des impasses professionnelles,
- Des relations internes difficiles.

La gestion des âges : qu'apporte-t-elle à l'entreprise, en quoi le fait d'ajouter cette dimension est un élément éclairant dans l'analyse et orientant pour l'action ?

Une prise de conscience de certains effets des pratiques de gestion de la pénibilité.

L'entreprise connaissait les effets sur la santé, mais n'avait pas de visibilité sur l'effet induit sur les parcours professionnels. Elle savait qu'elle produisait des atteintes à la santé mais, n'avait pas conscience qu'elle produisait aussi une sorte de déqualification. L'âge devient alors dans ce processus un facteur aggravant si rien n'est fait pour réduire les atteintes à la santé et favoriser le maintien des compétences.

Une meilleure visibilité sur les enjeux dans le temps autant pour l'entreprise que pour les salariés

Ainsi l'analyse démographique a permis de mesurer les enjeux non plus seulement dans le présent mais dans le futur. La moyenne mais surtout la pyramide des âges permet d'intégrer le facteur vieillissement de la population salariée.

Cependant, comme nous l'avons vu, celui-ci en soi n'est pas suffisant car il ne permet pas de préciser si ce facteur accentuera les difficultés ou non. Dit autrement : le vieillissement en soi n'est ni un facteur négatif, ni un facteur positif.

Pour avoir une meilleure compréhension des évolutions possibles dans le temps, il faut l'analyser avec d'autres éléments comme : les perspectives d'embauche, les compétences nécessaires, les pratiques de gestion des ressources humaines et des compétences, les possibilités de mobilité

interne ou externe et évidemment les actions pour réduire la pénibilité.

Par exemple, dans ce cas, tous ces indicateurs étaient plutôt peu favorables.

Pour certains salariés le risque est important de se retrouver sur le marché de l'emploi après 40 ans avec un faible niveau de qualification, des restrictions d'aptitude et un bassin d'emploi peu riche.

CONCLUSION

Cette histoire, qui se déroule sur dix ans, est riche d'enseignements à plusieurs niveaux :

- l'indispensable intervention pluridisciplinaire qui seule permet d'appréhender un problème dans toute sa complexité et d'apporter les réponses multiples nécessaires
- le rôle du médecin du travail : il est le « témoin » de la santé des salariés et il est le mieux placé pour « dire » ; parmi les intervenants, il est celui qui reste et qui accompagne l'entreprise dans le temps
- un élargissement de l'action, progressif mais constant : à partir de quelques salariés reconnus travailleurs handicapés vers l'ensemble des salariés, de quelques « spécialistes » des conditions de travail (service médical, CHSCT, responsable sécurité) vers une prise en charge par l'ensemble des acteurs de la production (chefs d'ateliers, chefs de postes, opérateurs)
- une démarche longue dans le temps et parfois frustrante en termes de résultats mais qui montre que la véritable solution est dans la réduction de la pénibilité. S'en tenir à des aménagements ou des répartitions de la pénibilité trouve vite sa limite.
- Une démarche de prévention qui, inévitablement, se « tricote » avec les impératifs de production et l'histoire de l'entreprise y compris avec un rachat et des incertitudes face à l'avenir...

FACTEUR ÂGE CHEZ DES AGENTS DE NETTOYAGE D'UN ORGANISME HLM : L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

PIERRE JANSOU*

Suite à une **restriction d'aptitude** concernant le port de charges lourdes, le secrétaire du CHSCT pose la question de la prise d'âge dans l'entreprise. Pour y répondre un **groupe de travail** est créé.

Dans un premier temps, une recherche chiffrée montre un certain déséquilibre démographique : 56 personnes sur 145 ont plus de 50 ans. Les salariés concernés par le travail manuel, qui sont en fait une minorité, cumulent plus de la moitié des **arrêts de travail** pour maladie et la totalité des accidents de travail.

Une **étude** médico-ergonomique est confiée au médecin du travail : sur trois résidences, il s'agit d'évaluer, en fonction de leur âge, l'activité des équipes de nettoyage et de proposer des mesures pour le maintien dans l'entreprise jusqu'à la retraite de chacun des salariés en faisant en

sorte que le travail ait le moins possible d'effets négatifs sur leur santé.

Avant de commencer le travail d'observation, une présentation de l'intervention a été faite à chaque équipe. Lors de cette prise de contact, des éléments permettant de guider l'observation ont pu être notés.

L'**observation** a permis de faire remonter la singularité des activités de chaque équipe.

Enfin, les comptes rendus ont été validés à tous les niveaux permettant de recueillir encore de nombreuses remarques et de faire quelques préconisations.

Elles peuvent se diviser en deux parties :

- Tout d'abord une transformation du contenu du travail par l'apport **d'aides techniques**

diverses permettant une **diminution** sensible de la **pénibilité** du travail.

- Ensuite il a été proposé des modifications en termes d'organisation **et de communication** dans le but de renforcer l'**équipe** de travail. Si cette deuxième partie a été bien accueillie par les salariés concernés, la direction de l'entreprise a émis des réserves vis à vis d'une structure trop importante du collectif de travail impliquant la mise en place de hiérarchie. Une **formation** à l'animation d'équipe de cette dernière devrait résoudre la question.

L'intervention devrait se poursuivre par **l'étude des postes** des agents de nettoyage qui travaillent seul dans les petites résidences.

Un retour sur les sites déjà étudiés est prévu d'ici un an pour juger de l'impact des actions engagées.

Le SNPST, Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail, est ouvert à tous les professionnels de la santé au travail.

N'hésitez pas à aller sur notre site pour mieux nous connaître :

<http://snpst.org>.

Ou de nous contacter par mail : courrier@snpst.org

Si l'avenir de la santé au travail vous préoccupe, rejoignez nous

* médecin du travail en service interentreprises

MISSION D'UNE INFIRMIÈRE SANTÉ TRAVAIL

FACE À LA MISE EN PLACE D'HORAIRE ATYPIQUES AUPRÈS D'UNE POPULATION

VIEILLISSANTE

MARIE HÉLÈNE FOURNIER *

Face à la multiplication des clients internationaux et à la versatilité des commandes, la gestion des flux est plus complexe et nécessite des adaptations au sein de l'industrie pharmaceutique.

Anticipant ces changements, des discussions sont ouvertes entre la Direction et les Instances Représentatives du Personnel afin de définir une nouvelle organisation du travail, plus flexible et plus polyvalente.

Pour répondre à cette demande, les partenaires sociaux ont constitué un groupe de travail en sollicitant le Service Santé Travail.

PARTICULARITÉ DE CETTE ENTREPRISE PHARMACEUTIQUE

L'usine est située à la campagne et constitue le premier employeur local de la ville, elle appartient à une multi nationale.

Elle est entièrement dédiée à la pharmacie et a pour mission la fabrication, le contrôle et le conditionnement de médicaments de formes sèches (comprimés - gélules).

L'entreprise a fermé son ancien site afin de mieux répondre aux nouvelles exigences de fabrication et a ouvert depuis 2 ans une nouvelle usine de haute technologie avec la mise en place de plus d'automatisations diminuant le risque d'exposition au bruit, l'exposition aux substances potentiellement dangereuses et, de fait, de nouvelles tâches avec des contrôles informatiques et moins de contraintes gestuelles.

Le nouveau site industriel devient le centre international de production de formes sèches du groupe.

Les points clefs de cette usine sont :

Un concept de transfert gravitaire (de haut en bas) avec des flux séparés (matières, personnel, déchets)

Des procédés clos au maximum (les opérateurs ne sentent plus, ne voient plus le produit)

Un système de déplacement mis en place pour répondre aux différentes réglementations de l'industrie pharmaceutique (américaines, européen-

nes et françaises) : concept de cellules de production accessibles par un couloir central (à 3 niveaux d'exposition du produit correspondent 3 niveaux de protection tels que les cabines de dépoussiérage, le contrôle de l'air ambiant).

Pour accéder à son poste de travail l'opérateur doit se dévêtir dans un premier vestiaire, mettre une charlotte, se laver les mains, pénétrer dans l'autre vestiaire, prendre une tenue de travail, mettre ses chaussures et se laver de nouveau les mains.

Pour des raisons de règles qualité, les sanitaires sont situés en amont du premier vestiaire. Chaque porte est sécurisée à l'aide d'une serrure spéciale. Son ouverture se fait avec un badge pour entrer et sortir.

Cette nouvelle organisation a généré le départ anticipé de 110 salariés. Pour ceux qui restent cela veut dire adaptation aux nouvelles technologies, nouvelles tâches, individualisation du travail et surtout crainte de perdre son emploi dans une région rurale où le bassin d'emploi est très restreint.

La représentation actuelle de l'entreprise est la suivante : sur les 310 salariés, 57 % de l'effectif est féminin et 43% est masculin.

Plus de la moitié de l'effectif travaille en journée. Pour répondre aux besoins des clients, il est mis en place un travail en 2x8 (du lundi au vendredi, avec une semaine du matin et une semaine du soir) pour l'ensemble des salariés et exceptionnellement le travail en 3x8, voire des heures complémentaires le samedi.

Le travail de nuit est basé sur le volontariat (rythme de 4 nuits consécutives suivies de 3 jours de repos).

Le secteur de la production qui est directement concerné comprend 54,7 % de son effectif âgé de 45 à 50 ans et 36 % de 50 à 55 ans.

Le travail posté ou de nuit est connu pour être physiologiquement pénible et certains facteurs rendent plus difficile l'adaptabilité, notamment l'âge supérieur à 50 ans, les antécédents de troubles du sommeil.

Le rôle du Service Santé Travail est capital dans le dépistage, l'évaluation, les conseils aux salariés et si nécessaire son intervention auprès de

la Direction des Ressources Humaines.

Son objectif général est de préserver la santé des salariés postés.

Pour cela le Service Santé Travail est directement impliqué dans la recherche d'amélioration des conditions de travail :

L'action sur le terrain avec l'analyse des différentes tâches de travail,

Information des salariés sur les effets du travail posté sur la santé,

Mise en place d'une veille sanitaire, d'alerte,

Maintien des salariés en activité en partenariat avec la Direction des Ressources Humaines.

ORGANISATION DU SERVICE SANTÉ TRAVAIL

Il comprend un médecin du travail d'un service inter entreprise, présent en moyenne une demi-journée par semaine et une infirmière santé travail à temps plein.

Le médecin du travail, de par sa présence limitée dans l'entreprise, a délégué l'Infirmière Santé Travail dans la participation au groupe de travail. Elle a fait d'une part un état des lieux des salariés concernés par la mise en place des horaires postés et d'autre part répertorié les horaires existants.

Elle a étudié les rythmes de travail en faisant le lien avec les différentes documentations sur le sujet. Le travail de synthèse a été réalisé avec le Médecin du Travail avant restitution à la Direction et aux Instances Représentatives du Personnel.

En parallèle, elle a programmé une visite médicale pour « s'assurer de la non contre indication au travail de nuit » des salariés concernés. Cette visite complémentaire est l'occasion pour le Service Santé Travail de conseiller le salarié sur des règles d'hygiène de vie notamment sur le sommeil, l'alimentation et la prise médicamenteuse.

L'Infirmière Santé Travail a élaboré un questionnaire sur les répercussions santé dans la mise en place du travail en horaire posté en reprenant les caractéristiques de la population interrogée et l'analyse des facteurs circadiens - sommeil - personnels et domestiques.

Les thèmes suivants sont développés :

Les rythmes, temps de formation

* Infirmière Santé Travail

Thème	Résultat	Commentaires
Travail en horaire atypique	67 %	Démarche non choisie par les salariés
Travail en 3x8	21 %	Pourcentage des salariés qui ont expérimenté le travail en 3x8, pour les autres, le travail en 2x8, avec des rythmes différents, fonction des contraintes de fabrication.
Sommeil	59 %	Ils évoquent des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement, un réveil difficile, peur de ne pas se réveiller, de la fatigue en milieu de semaine. Pour 4 salariés le travail de nuit a occasionné des perturbations (très fatigués, désorientés) ce qui a nécessité une consultation médicale avec restrictions d'aptitude. Cette situation aura très vite ses limites car le nombre de postes en journée est de plus en plus limité.
Alimentation	44 %	disent éprouver des perturbations dans l'alimentation, ils n'ont plus faim en sortant du travail ou grignotent avec pour conséquence 26 % qui ont pris du poids et 9 % qui ont maigri.
Consommation café - thé	24 %	ont augmenté leur consommation d'excitants
Tabac	14 %	ont augmenté leur consommation de cigarettes
Vie Familiale	36 %	estiment que ces rythmes ont une incidence sur leur vie familiale
Irritabilité	28 %	se disent plus irritables.
Pratique sportive	15 %	ont arrêté la pratique régulière d'activité sportive collective
Avantage financier	62 %	L'argument de l'avantage financier pour les inciter au travail posté n'est pas retenu, ils préfèrent gagner moins et privilégier la qualité de vie

L'incidence sociale, familiale, sportive, L'incidence directe sur la santé : sommeil, alimentation, prise de médicaments, poids, consommation de café, tabac, alcool, l'irritabilité, les troubles de l'humeur
Divers : sur les modes de restauration et sur les souhaits d'informations complémentaires pour préserver sa santé.

Après validation de ce questionnaire par le Médecin du Travail et les membres du CHSCT et CE, l'Infirmière Santé Travail a réalisé l'enquête directement auprès des salariés concernés par l'expérimentation du travail en horaire atypique. La démarche a permis de voir 70 salariés par le biais d'entretiens ouverts. La disponibilité de l'Infirmière Santé Travail pour rencontrer les salariés à leur poste de travail le matin, l'après-midi ou la nuit, a été appréciée par ceux-ci. L'analyse et la restitution de l'enquête a été faite par l'Infirmière Santé Travail lors d'une réunion avec la Direction, les Ressources Humaines, les membres du CHSCT et du CE.

Le travail en horaire atypique est mis en place progressivement depuis 6 mois à 2 ans dans les différents secteurs de production.

Durant cette enquête les salariés ont exprimé le besoin d'informations complémentaires sur l'alimentation, le sommeil et la relaxation. Ils ont fait des suggestions pour que soit mis en place plus d'aliments salés dans les distributeurs et ont demandé un aménagement complémentaire de la salle de repos.

A défaut d'un rythme de travail posté idéal, l'aménagement des conditions de travail peut aider à une meilleure tolérance du travail posté.

Suite à la restitution de cette enquête, la

Direction et les Instances Représentatives du Personnel ont acté ces propositions.

Un aménagement complémentaire avec un frigo et un micro onde supplémentaire de la salle de repos a été réalisé, l'amplitude d'ouverture du restaurant d'entreprise a été augmentée, la mise en place d'aliments salés dans les distributeurs est à l'essai.

La gestion des pauses est souple et laissée à l'appréciation des salariés en fonction des contraintes de travail.

Le Service Santé Travail, en partenariat avec le service formation, recherche des intervenants spécialisés sur les thèmes du sommeil et de l'alimentation. Des ateliers pourraient être mis en place et l'Infirmière Santé Travail, de par sa disponibilité sur le site, serait le relais pour pérenniser ces actions.

Une demande complémentaire d'ateliers de relaxation a été exprimée par les salariés ; ils devraient se mettre en place à la fin du premier trimestre 2008.

Avec l'aval du Médecin du Travail, l'Infirmière Santé Travail assure une consultation infirmière pour les salariés en 3X8 avec pour objectif une veille sanitaire et un suivi d'indicateurs d'atteinte à la santé.

Elle a lieu après le cycle de nuit et reprend les éléments concernant les répercussions sur le sommeil, l'alimentation, la fatigue, prise médicamenteuse, facteurs sociaux, familiaux. L'ensemble est restitué sur une fiche synthèse dans le dossier médical du salarié, elle permet une traçabilité et un historique dans le temps.

Une démarche identique pourrait se mettre en place pour ceux concernés par le travail en 2x8. Lorsqu'une plainte, une atteinte à la santé est jugée importante par l'Infirmière Santé Travail, elle alerte le Médecin du Travail s'il est disponible, sinon elle l'oriente vers le médecin traitant.

Il est indispensable de détecter tous les signes d'épuisement y compris les indicateurs AT –MP, arrêts maladies.

Actuellement le pourcentage d'arrêt maladie est de plus de 7 % pour la catégorie ouvrier alors que la moyenne de l'entreprise, toutes catégories confondues, est de 5.27 %.

Ce qui a changé dans l'absentéisme, c'est une diminution des petits arrêts mais une augmentation des arrêts de plus de 21 jours.

Pour les accidents du travail nous constatons une élévation du taux de fréquence passant de 1,92 en 2006 à 5,90 en 2007.

CONCLUSION

L'adéquation flexibilité – polyvalence (remplacements pendant les pauses ou liés au changement d'équipe) sur une population vieillissante tout en maintenant une qualité de vie au travail est un défi pour les différents acteurs de l'entreprise.

Elle nécessite un vrai travail de partenariat basé sur la confiance, le partage des compétences.

L'accompagnement, la prévention et la promotion de la santé sont « le cœur de notre métier » pour le Médecin du Travail et l'Infirmière Santé Travail. L'Infirmière Santé Travail a contribué au recueil de données cliniques et épidémiologiques et participé à une action de prévention, dépistage, formation et d'éducation à la santé.

Elle a exercé son rôle d'interface entre les différents acteurs de prévention sociaux, Ressources Humaines, encadrement, Service Sécurité et d'alerte aux aspects santé du travail posté.

Le Service Santé Travail, dans un monde du travail en évolution, exerce une mission parfois difficile par manque de disponibilité mais il est aussi confronté à un devoir éthique car la non adéquation travail santé peut conduire à une souffrance exprimée par un arrêt maladie voire une perte de l'emploi et ce dans un bassin d'emploi restreint.

TRAVAIL DES SOIGNANTS : LA PÉNIBILITÉ DEVIENT UN VRAI PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE ...

*PATRICK BOUET**

La pénibilité du travail des soignants est un vrai problème de santé au travail et de santé Publique en France et en Europe : 10% de la population active travaille dans le secteur de la santé (7% dans les hôpitaux). Ces travailleurs sont soumis à une forte pression au travail, dans un contexte de risques importants pour leur santé : risques infectieux (par exemple les accidents d'exposition au sang), troubles musculo-squelettiques, risques pour la santé psychique, horaires décalés...)

EXISTE-T-IL DES INDICATEURS DE LA PÉNIBILITÉ DANS LES MILIEUX DE SOINS ?

On peut prendre deux exemples d'indicateurs de la pénibilité au travail chez les soignants : l'absentéisme et l'épuisement professionnel.

Pour ce qui concerne l'absentéisme : une enquête d'assurances hospitalières pointe avec inquiétude une augmentation de l'absentéisme global en milieu hospitalier entre 1998 et 2002 (les tendances sont restées les mêmes par la suite) : il a progressé de 24% dans cette période. L'augmentation est inégalement répartie : si les arrêts en maladie ordinaire représentent toujours plus de 40% de l'absentéisme global, leur poids diminue de 4% dans cette période ; par contre, le taux d'absentéisme a progressé de 46% en cinq ans pour les congés de longue maladie et longue durée, qui signent des atteintes plus sévères de la santé. De même, le taux d'absentéisme des accidents de travail a évolué de 63% .On retrouve la même tendance, plus accentuée encore, pour les maladies professionnelles, avec une augmentation de plus de 330% de déclarations sur cet intervalle de temps.

On constate d'autre part une progression très nette du taux de gravité de 23%, due essentiellement à la part croissante des congés de longue maladie, longue durée et des maladies professionnelles (représentées pour plus des trois-quarts par les troubles musculo-squelettiques).

On remarquera aussi que cette augmentation est

corrélée très nettement avec l'âge : les agents de plus de cinquante ans sont près de trois fois plus représentés que les agents de la tranche «30-39 ans » et sept fois plus que la tranche des moins de trente ans.

On voit aussi que l'introduction des trente cinq heures n'a pas amélioré les choses sur ce plan.

L'épuisement professionnel (« burn-out ») est important : on distingue classiquement trois niveaux de burn-out.

Un premier niveau, en continuité avec la normalité, extériorisé par une démotivation, avec un vécu critique où on trouve de la honte, de l'incompréhension, voire de l'exaspération ; c'est une phase de remise en cause du métier, du rapport aux patients ; le sentiment de non accomplissement est au premier plan, avec souvent une balance entre soi et le patient, entre investissements et protection.

Le second niveau est marqué par des retentissements avérés sur la vie privée, une perte progressive des idéaux ; les sentiments de honte, de culpabilité deviennent plus problématiques ; l'incapacité de faire face à certaines situations devient prégnante ; l'agressivité envers les patients est plus difficilement contenue ; le sujet n'y croit plus.

Le troisième niveau est le plus proche de la dépression ; les doutes quant à soi prennent le dessus : le soignant s'estime dépassé et ne lutte plus guère contre. C'est, selon lui, la fin de beau-

coup d'espoirs, d'une utilité pour soi, pour les autres... La tristesse domine, mais, à la différence de la dépression, il reste souvent une capacité à pouvoir penser des projets en dehors du travail, même si cela devient difficile. Il y a enfin une possibilité de vraie décompensation dépressive, avec intériorisation plus grande du conflit, des perturbations émotionnelles nettes, un sentiment de total dépassement. Pessimisme et désintéret sont au premier plan...

COMMENT LE « BURN-OUT » PEUT-IL ÊTRE ÉVALUÉ ?

Pour illustrer, citons l'étude européenne PRESST-NEXT dont le but était de promouvoir la santé des soignants et de prévenir les abandons de profession ; ceci à partir d'un constat de vieillissement des soignants et des patients...

L'enquête s'est déroulée sur un an avec envoi d'un premier questionnaire (Q0) et d'un second (Q1) un an après. Les conclusions sont préoccupantes : plus d'un soignant sur dix a l'intention d'abandonner sa profession au moins une fois par mois .En France, la région parisienne est la plus touchée par ce phénomène. Les facteurs liés à l'intention d'abandonner son métier restent les mêmes, à un an d'intervalle : la faiblesse du travail d'équipe est le facteur le plus important ; elle multiplie par six cette intention dans le premier questionnaire, et par cinq un an après ; le burn-out vient ensuite (il multiplie par deux) ; puis viennent dans l'ordre décroissant : le rôle des conflits entre travail et vie personnelle, les faibles possibilités de développement personnel, les troubles de santé psychique.

En France, le score de santé global s'est légèrement dégradé en un an, passant de 64,21 à 61,74. A noter que les troubles de la santé mentale augmentent d'une fois et demi l'intention d'abandonner le métier de soignant, alors que les troubles musculo-squelettiques ont une influence minime.

On constate d'autre part entre les deux enquêtes une légère dégradation de la satisfaction professionnelle et, d'une manière générale, l'organisation du travail a peu évolué dans un sens favorable à la prévention.

* médecin du travail dans un hôpital public

LES NOUVELLES ORGANISATIONS DU TRAVAIL PRENNENT-ELLES EN COMPTE CES DONNÉES ?

Les transformations du travail touchent l'ensemble des entreprises, y compris le monde de la santé : financiarisation de l'économie, apparition des nouvelles technologies de l'information, flexibilité, montée en puissance des logiques de service, standardisation de la qualité dite « totale », nouveau management par objectifs individualisés, rapport au temps de travail qui s'intensifie...

On en voit bien l'émergence dans la gestion hospitalière, à partir d'une conception de la prestation soignante alignée sur le modèle productiviste et curatif. Se posent alors les questions de la reconnaissance du travail, de son sens, de sa valeur, des jugements par les pairs, de l'autonomie supposée et de ses écarts avec le travail réel...

Une enquête a été menée dans un hôpital de ma région ces derniers mois, par l'Agence Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT), à la demande de la direction qui s'inquiétait de la montée de l'absentéisme. Après validation en CHSCT, l'ARACT est partie du constat que l'absentéisme était en lien direct avec les conditions de travail, en particulier les horaires décalés, les changements fréquents de planning, l'augmentation régulière de la charge de travail (due particulièrement aux pathologies et exigences des patients)... La méthodologie s'est basée sur un diagnostic court.

Les préoccupations exprimées ont porté sur différents points : la difficulté pour concilier vie privée et vie professionnelle (maternité, gardes d'enfants), les exigences liées à un rythme de prise

en charge de plus en plus lourd et rapide en terme de rotation des malades, etc....

Les retentissements sur la santé sont observés à plusieurs niveaux : pénibilité physique (charges lourdes, station debout, risques infectieux, troubles musculo-squelettiques...), pénibilité psychologique liée aux patients (leur agressivité : coups, morsures, crachats ... ou leur souffrance jusqu'au décès) et un retentissement en terme de charge mentale : culpabilité liée au sentiment de ne pas faire tout ce qu'il faudrait faire, contradiction de devoir à la fois être disponible et de toujours se dépêcher, interruptions inopinées et fréquentes, devoir de vigilance impérieuse, manque de reconnaissance et de valorisation du travail, tensions avec la hiérarchie et avec le public.

La conséquence en est une organisation du travail malmenée liée à l'absentéisme (équipes réduites, remplaçants non formés, pérennisation d'emplois précaires) et aux restrictions d'aptitude (il s'établit alors une spirale « infernale » qui fait porter le poids du travail sur l'équipe restante) ...

La presse s'inquiétait très récemment de l'accumulation des RTT non pris par les équipes soignantes et des rappels fréquents sur congés...

FACE À CETTE SITUATION, QUELLES PEUVENT ÊTRE LES STRATÉGIES ÉLABORÉES PAR LES SOIGNANTS ?

On peut se demander comment font les soignants pour pouvoir quand même accomplir leur travail ? Ils expriment souvent : « notre plus grande souffrance est de devoir aller vite et de ne pas pouvoir soigner un patient dans sa globalité »

Nous savons que la psycho dynamique du travail

a étudié les stratégies individuelles et collectives de défense chez les infirmières pour faire face au travail réel.

Au niveau individuel, on observe l'activisme pouvant déboucher sur l'épuisement professionnel ou des demandes de mutation.

Collectivement la question est posée de l'élaboration du sens de la souffrance créée par le travail hospitalier ; certaines défenses sont utilisées pour rendre le monde vivable sans en évacuer la souffrance (autodérision, moqueries ...) ; le but est de donner une issue créatrice dans le soin en particulier par le travail compassionnel. Pour tout cela, il faut un collectif de règles de métier qui permette une élaboration de cette souffrance.

Sinon, les risques sont grands de retentissement sur la santé : troubles musculo-squelettiques (plus de 75% des maladies professionnelles en milieu hospitalier), dont on connaît la part prépondérante liée à l'organisation du travail, désordres psychosomatiques (digestifs, cutanés...), troubles du sommeil, difficultés cognitives (concentration, mémoire, attention...), épuisement professionnel, voire décompensations, de type dépressif le plus souvent...

ET POUR CONCLURE ?

L'enquête citée ci-dessus notait l'importance du sens donné à son travail.

Les contradictions entre les recherches de « rentabilité » et l'invisibilité du travail réel d'accompagnement des patients est un élément qui revient souvent dans ce qui est dit par les soignants ; leur santé en dépend pourtant en bonne partie.

UNE PÉNIBILITÉ DE LA PRÉHENSION TRACÉE DANS LA MAIN : LA MALADIE DE DUPUYTREN EST PROFESSIONNELLE

GÉRARD LUCAS*

L'origine professionnelle de la maladie de Dupuytren a longtemps été occultée en France alors qu'elle était démontrée par les études épidémiologiques internationales ; mais elle est enfin prouvée, par une étude épidémiologique française réalisée par des médecins du travail de terrain, reconnue et publiée par la littérature médicale anglophone depuis Novembre 2007 .

La maladie de Dupuytren est une maladie de la main, une fibrose des aponeuroses des tendons fléchisseurs dans la face palmaire (surtout les 4ème et 5ème) dont l'évolution va souvent, sur plusieurs années, d'un durcissement et un épaississement de la gaine des tendons dans la paume jusqu'à une rétraction des fléchisseurs avec une flexion irréductible des doigts. Cette maladie est connue depuis longtemps. Elle se traite bien chirurgicalement et d'autant plus facilement que l'on n'attend pas la rétraction des fléchisseurs. Le mécanisme physiopathologique n'est pas connu.

Elle n'est pas inscrite aux tableaux des maladies professionnelles.

Une équipe d'une dizaine de médecins du travail du ministère de l'Équipement des départements de la région Ouest se sont intéressés aux facteurs professionnels de cette maladie, tout simplement parce qu'ils observaient tous des maladies de Dupuytren essentiellement sur la moitié de leur effectif de travailleurs manuels et pratiquement pas sur l'autre moitié d'employés administratifs. Le scepticisme des médecins était

ambivalent ; la catégorie des agents atteints évoque une origine professionnelle pour les travailleurs manuels, mais la bibliographie fournie à l'époque par l'INRS évoque des facteurs autres : alcool, hérédité, diabète, épilepsie, traumatisme local. Des articles évoquent des considérations professionnelles pour des marins, des agriculteurs, des industries, mais sans valeur épidémiologique. La seule façon de lever ce doute est de se référer à une étude rigoureuse. En l'absence d'étude française randomisée sur le sujet, ils s'interrogent sur la faisabilité d'une étude réalisée par eux-mêmes. La lecture de la bibliographie internationale les a convaincus de l'importance de l'origine professionnelle de la maladie et cela devrait donc suffire, mais ces références ne sont pas reconnues par la communauté médicale des confrères.



Une étude transversale sur une année calendaire entière est décidée. Chaque médecin interroge

te, alcool en nombre de verres par jour, diabète, épilepsie ; et enfin un examen standardisé de recherche de Maladie de Dupuytren.



L'enquête porte sur un échantillon des 2406 hommes de l'administration vus par les 8 médecins de Bretagne et des pays de la Loire. L'âge moyen est de 45 ans s'étalant de 21 à 63 ans. La prévalence de la maladie de Dupuytren est de 8.81%, concordante à celle observée dans les années 80 en Finlande et en Grande Bretagne.

Cette prévalence augmente avec l'âge et est significativement proportionnelle au travail manuel, surtout professionnel :

L'Odd Ratio est sans appel : 4,3 (IC 2,2 – 7).

Prévalence Dupuytren				
		En fonction du travail manuel professionnel		
Effectif total	%	Aucun %	Modéré %	Intense durable %
2406 hommes				
total	8.8 ***	4.2 ***	7.8 ***	16.5 ***
< 40 ans	1.5 **	1.1 ns	1.5 ns	2 ns
40 à 50 ans	7.5 ***	2.9 ***	6.5 ***	12.4 ***
> 50 ans	17.9 ***	8.5 ***	20.1 ***	24.9 ***

les agents du ministère à l'occasion de la visite médicale dans l'année 1997. Le recueil de données intègre (outre les données d'état civil et statutaires professionnelles), d'une part une investigation de l'activité professionnelle : travail avec des manches d'outil, des outils vibrants ou des outils de mécanique (quantifiée en mois/année) ; d'autre part une recherche des facteurs habituellement allégués : traumatisme de la main, diabète,

Sans surprise c'est parmi les agents effectuant des travaux, ouvriers d'exploitation de la route, du maritime, du fluvial et des ateliers, que se retrouvent les maladies de Dupuytren ; leur statut correspondant à une exposition au travail manuel.

Les facteurs de confusion étudiés augmentent tous aussi le risque de la maladie, mais cela ne

* médecin du travail

représente que la moitié des cas, et même pour chacun de ces facteurs, l'exposition professionnelle au travail manuel est significative.

Les antécédents héréditaires OR 3 (2-4,5), l'alcool OR 2,4 (1,7-3,7), le diabète 2,4 (1,2-4,7), le traumatisme de la main 1,4 (1,1-2,2) confirment la prédominance professionnelle ; l'épilepsie aussi mais non significativement en raison d'un trop faible nombre.

Pour la moitié des agents, qui n'ont aucun de ces facteurs traditionnellement mis en cause dans la maladie de Dupuytren, l'exposition professionnelle aux travaux manuels de préhension de manche, d'outils vibrants et mécaniques est significative, l'Odd Ratio s'élève à 7,1 (IC 3-20).

Après l'exposition professionnelle aux travaux manuels, c'est, dans cette étude, la consommation d'alcool qui intervient le plus dans la prévalence de la maladie, sans effacer l'exposition travail manuel, mais en la renforçant. D'autre part il y a dans cette population, synergie de distribution entre les deux facteurs, phénomène probablement culturel et social.

D'autres études évoquent un rôle protecteur des gants diminuant nettement les récurrences après réparation chirurgicale.

Une étude italienne a mis en évidence aussi récemment une corrélation avec le tabac, que l'é-

tude n'explore pas, mais sans réduire le facteur professionnel.

Les deux tiers des cas surviennent après plus de 24 ans d'exposition intense au moins 6 mois par an aux travaux manuels. La maladie progresse dans la durée, ce qui témoigne d'une pénibilité prolongée et répétée. La population étudiée succède aux cantonniers, sur le bord de la route, sur lesquels l'humour un peu lourd fait souvent remarquer l'escargot qui monte le long du manche de la pelle sur laquelle ils s'appuient. Ce sont pourtant des périodes de repos indispensables à la préservation de l'intégrité de la main... Il est vrai que ceux qui les regardent et les nargueraient si facilement n'ont souvent rien dans la main ! Les travailleurs eux, ils les tiennent ces manches !

Peu de maladies de Dupuytren ne sont pas d'origine professionnelle. Il est donc tout à fait anormal que cette maladie ne soit pas encore inscrite aux tableaux des maladies professionnelles alors que le ministère du travail et le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels ont été saisis de ce problème depuis plusieurs années.

BIBLIOGRAPHIE

1. Can Dupuytren's contracture be work-related ? : review of the evidence. *Liss G.M. ; Stock*

S.R. American journal of Industrial Medicine, Etats Unis, volume 29, n° 5 mai 1996, pages 521-532.

2. Arguments en faveur d'une étiologie professionnelle de la maladie de Dupuytren. A propos de deux enquêtes épidémiologiques. *Niezborala M. ; Le Pors N. ; Tessier-Cotte C. et coll. Archives des maladies professionnelles, volume 56, n° 8, décembre 1995, pages 613-619.*
3. Pathologie professionnelle d'hyper sollicitation. Atteinte périarticulaire du membre supérieur ? *Pujol M. ; Assoun J. Masson 1993 168 pages chapitre 4.*
4. Latr. Les lésions attribuables au travail répétitif. Ouvrage de référence sur les lésions musculo-squelettiques liées au travail. *Korinka I. ; Forcier I. et coll. IRSST, Montréal, Québec, Canada. Ou Editions malaoine 1995*
5. Vibration white and Dupuytren's contracture : are they related ? *Thomas P.R. ; Clarked D. Occupational Medicine, Royaume-Uni, volume 42, n° 3 août 1992 pages 155-158.*
6. Dupuytren's disease : personal factors and occupational exposure, *G. Lucas, A. Descatha, A. Brichet et Y Roquelaure. The American Journal of Industrial Médecine, nov 2007.*

POINT DE VUE EUROPÉEN SUR LA PÉNIBILITÉ

UNE INTERVIEW DE LAURENT VOGEL*

QU'ÉVOQUE POUR VOUS LA NOTION DE PÉNIBILITÉ ?

La pénibilité évoque d'une part tout ce qui est lié aux conditions de travail et, d'autre part, les éléments à prendre en compte dans le cadre des négociations en cours pour l'âge de départ en retraite.

Sur ce deuxième aspect, il n'existe pas de débat, ni dans les instances européennes, ni dans les mouvements syndicaux européens. Mais la France n'est pas le seul pays où ces négociations ont lieu ; chaque pays négocie de son côté car les systèmes de sécurité sociale sont nationaux, différents dans chaque pays et n'ont pas d'impact direct sur l'Europe. Il est évident que l'Europe fait pression pour que le départ en retraite intervienne le plus tard possible mais les débats restent liés aux situations particulières dans chaque pays.

La première idée qui me vient à l'esprit concernant la pénibilité est le fait que, trop souvent, la question de la pénibilité au féminin est absente du débat. L'approche ne sort pas d'un schéma traditionnel : la pénibilité est vue du côté des hommes, ouvriers des industries lourdes ou dans le secteur du BTP. On parle plus rarement des caissières ou des infirmières...

Pourtant, une enquête (PRESST-NEXT)¹ a été faite sur le travail des infirmières et cherchait à savoir pourquoi les infirmières quittaient la profession (particulièrement le travail à l'hôpital). Il est clair qu'il existe un ensemble de facteurs de pénibilité qui incitent à cesser le travail à l'hôpital. Certaines, pour des raisons personnelles (femmes seules avec enfants à charge par exemple), ne peuvent pas quitter leur travail et sont donc amenées à mettre leur santé en danger.

Les formes de pénibilités des professions féminines sont toujours sous-estimées.

QUE DIRIEZ VOUS DE LA PÉNIBILITÉ DES CONDITIONS DE TRAVAIL ?

Il y a les facteurs « traditionnels » de pénibilité

(manutentions, expositions au bruit, à la chaleur, aux poussières...) ; ceux-ci sont plutôt en diminution du fait de l'amélioration des conditions de travail et aussi de la baisse des emplois dans des secteurs comme les mines et la sidérurgie par exemple. Cependant, l'exposition à ces facteurs de pénibilité est inégale entre les travailleurs et les travailleurs précaires continuent de subir des expositions importantes à ces risques « traditionnels » et à cumuler les risques.

Le facteur de pénibilité qui augmente et entraîne une dégradation des conditions de travail est l'intensification du travail.

La quatrième enquête européenne sur les conditions de travail réalisée par la fondation européenne de Dublin² a interrogé les salariés sur l'intensification du travail telle qu'ils la perçoivent. Cette enquête montre une détérioration importante de la situation sur 15 ans. En 1990, 19% des salariés sont exposés à un rythme rapide pendant la totalité de leur temps de travail. En 2005, ils sont 26%. Cette aggravation se retrouve pour toutes les catégories socioprofessionnelles mais surtout pour les emplois ouvriers.

QUELLES SONT LES RÉPERCUSSIONS DE L'INTENSIFICATION DU TRAVAIL ?

La répercussion directe est l'augmentation de la pénibilité et l'accélération de l'usure ; les TMS en sont le meilleur exemple.

Les répercussions indirectes sont tout aussi graves.

La première est une diminution des temps de récupération et une augmentation de l'exposition aux autres facteurs de risques professionnels (bruit, risque chimique, stress). Les travailleurs ont moins de disponibilité pour faire face aux autres risques et pour développer des stratégies de défense.

Un autre effet est la destruction du collectif de travail. Le lien entre intensification et risque est difficile à déterminer. L'intensification va provoquer des atteintes à la santé qui seront différen-

tes selon les salariés. La relation santé travail devient individuelle.

Certains salariés vont répondre positivement à l'intensification en valorisant leur implication et en relevant les défis ; d'autres ne pourront pas suivre, le vivront mal et seront désignés comme « faibles ».

Des expériences ont été menées de « travail sans limites » : les travailleurs sont libres d'organiser le travail, ils ont simplement des objectifs de production à tenir. Cette organisation amène toujours à une intensification du travail et a des effets très négatifs sur la cohésion des salariés.

Dans certains secteurs comme celui du découpage de volailles par exemple, les travailleurs (qui sont souvent des travailleuses) cumulent les facteurs de pénibilité « traditionnels » (manutentions, gestes répétés, travail au froid) et le nouveau facteur, l'intensification du travail.

L'intensification est liée aux modes de gestion des entreprises avec l'objectif d'augmenter au maximum la productivité du travail. Ces modes de gestions aboutissent à la mise en concurrence des travailleurs entraînant des conflits. Il y a une individualisation des problèmes de santé au travail ; c'est un effet très dangereux.

OÙ EN EST-ON AU NIVEAU EUROPÉEN ?

Depuis 1990, la Communauté Européenne a fait marche arrière. On revient aujourd'hui à une vision traditionnelle de la santé au travail.

Par exemple, on attend une directive européenne sur les TMS qui recommanderait une évaluation sur l'ensemble des conditions de travail. Le patronat est contre. La communauté européenne hésite et ne prend pas d'initiative.

L'idée revient en force que l'organisation du travail redeviendrait l'espace privé de l'employeur.

C'est un recul.

* docteur en droit, chargé de recherche au Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité

1/ Enquête PRESST-NET - Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe - Prévention des départs prématurés de la profession - Madeleine Estryn-Béhar, Olivier Le Nézet, Nathalie Duville

2/ Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail - Agnès Parent-Thirion, Enrique Fernandez Macias, John Hurley, Greet Vermeylen - Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail - Dublin

POSITIONS DES DIFFÉRENTS SYNDICATS DE SALARIÉS CFTC

PIERRE-YVES MONTÉLÉON

CONTEXTE

Pour la CFTC, il apparaît qu'aucune rupture brutale ne caractérise l'évolution des conditions de travail.

On observe, d'une part la permanence de formes d'organisation traditionnelles du travail et la persistance de risques anciens (tâches répétitives, port de charges lourdes...)

D'autre part, des formes nouvelles d'organisation se développent. Elles entraînent une responsabilisation accrue des salariés, une intensification du travail. Elles ont, de ce fait, un retentissement sur la santé mentale des salariés, d'autant plus difficile à évaluer que les souffrances qu'elles occasionnent n'ont pas de manifestation physique directe.

L'enquête de 2000 réalisée par la fondation européenne de l'amélioration des conditions de travail, conclut à une détérioration de celles-ci par rapport aux résultats enregistrés en 1991 et 1996. **Elle révèle une persistance des conditions physiques pénibles, une augmentation du stress et une intensification du travail.**

OBJECTIFS CFTC DE LA NEGOCIATION

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites renvoie expressément à la négociation collective pour la prise en compte de la pénibilité dans notre système de retraite :

« Les organisations visées au premier alinéa se réunissent, au moins **une fois tous** les trois ans à compter de la fin de la négociation prévue au I de l'article 12 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, pour négocier sur les **conditions de travail** et la **gestion prévisionnelle des emplois et des compétences** des salariés âgés et sur la **prise en compte de la pénibilité du travail**. »

De nombreuses études démontrent un lien de corrélation entre pénibilité et réduction de l'espérance de vie via le constat de taux de mortalité différentiels selon les catégories socioprofessionnelles.

A l'heure actuelle, les salariés ayant été exposés à la pénibilité et qui sont usés par leur métier

sont dirigés vers l'assurance chômage de fin de carrière, les pensions d'invalidité ou les arrêts maladie. Nous ne pouvons continuer à accepter cette situation.

La retraite est un terrain de revendication privilégié pour la prise en compte de la pénibilité. A plusieurs reprises, dans le cadre de la réflexion sur l'avenir des retraites¹, les organisations syndicales ont demandé que soit mis en place un dispositif de cessation d'activité anticipée à vocation générale.

Dans un objectif de justice sociale, de traitement équitable d'ailleurs réaffirmé par la loi du 21 août 2003, il nous apparaît indispensable de tenir compte des disparités d'espérance de vie qui résultent du caractère pénible de certains métiers. Selon la CFTC, la négociation doit nécessairement aboutir à un système de réparation de l'usure prématurée provoquée par la pénibilité.

A l'inverse nous ne pourrions nous satisfaire d'un accord interprofessionnel se limitant à la création d'un dispositif global de réparation de l'usure professionnelle. Il n'est en effet pas question de remettre en cause les objectifs de taux d'emploi que nous nous sommes fixés dans le cadre de la négociation sur l'emploi des seniors. Il ne s'agit pas non plus de reporter les métiers et conditions de travail pénibles sur les plus jeunes.

Parallèlement à un système équitable de compensation et afin de tendre vers un objectif « zéro pénibilité », **il nous faut nous doter d'un dispositif de prévention des pénibilités ambitieux, efficace et nous assurer qu'elles ne laissent plus à la collectivité nationale le soin de réparer les souffrances engendrées par les métiers pénibles exercés au sein des entreprises.**

Pour la CFTC, l'enjeu de la négociation est double, il s'agit tout à la fois de réparer et de prévenir les pénibilités. Cette négociation est un tout et n'a d'intérêt que si ces deux versants sont envisagés.

NOTION DE PENIBILITE ET CRITERES DETERMINANTS

L'adoption d'une définition commune de la pénibilité et la fixation de critères permettant d'identifier les métiers pénibles nous paraissent indispensables tant pour identifier les actions de prévention à mener, que pour réparer lorsqu'une exposition à un travail pénible n'a pu être évitée.

La définition

Médecins, psychologues, économistes, experts et chercheurs sur l'âge et le travail s'accordent à dire que la notion de pénibilité est extrêmement complexe, très difficile à cerner.

Elle découle de la confrontation entre des sollicitations physiques, psychiques et le vécu d'un individu et comporte ainsi des composantes objectives et subjectives. Elle apparaît lorsque des sollicitations physiques et/ou psychiques entraînent un effort d'adaptation.

Pour la CFTC, la définition suivante pourrait être retenue : « La pénibilité résulte de sollicitations physiques ou psychiques qui demandent au salarié un effort constant d'adaptation qui laisse des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé des salariés. ».

Le choix des critères déterminants

La diversité des situations de travail et des critères de pénibilités rend difficile le choix d'indicateurs.

Ce choix devra se faire à différents niveaux (interprofessionnel, branche, entreprise) pour appréhender les conséquences de ces pénibilités. L'accord interprofessionnel doit néanmoins donner un cadre aux négociations futures pour limiter des différences dans le choix des indicateurs qui pourraient dépendre des rapports de force au sein des branches ou des entreprises.

Les critères déterminants pourraient être les suivants :

- Réduction de l'espérance de vie ;
- Réduction de l'espérance de vie sans incapacité ;
- Augmentation de l'accidentabilité et de la morbidité ;

1/ Art I.5 de l'accord du 10 février 2001 concernant les principes sur lesquels la réforme du régime de base devrait reposer : « Introduire la possibilité de liquidation avant 60 ans des pensions des salariés ayant commencé à travailler tôt et / ou ayant accompli des travaux particulièrement pénibles, sous des conditions à définir. » La déclaration intersyndicale du 6 janvier 2003 relative à la réforme des retraites a réaffirmé la nécessité de « prendre en compte les travaux pénibles, insalubres, dangereux ou astreignants, afin de permettre un départ anticipé des salariés concernés ». Et enfin le point 6 du relevé de décision du 15 mai 2003 : « les partenaires sociaux seront incités par la loi à conclure d'ici trois ans une négociation sur la définition et la prise en compte de la pénibilité ; dans la fonction publique le Gouvernement engagera un réexamen de la situation des emplois correspondant à des métiers pénibles »

- Atteinte à l'intégrité physique ou mentale du salarié.

Ces critères nous permettent de déterminer les situations ou conditions de travail qui peuvent être considérés comme pénible.

Parmi celles-ci la CFTC retient :

- Les efforts physiques (port de charge lourde, manutention, travail répétitif...)
- L'environnement agressif (intempéries, chaleur, froid)
- Le rythme de travail (travail de nuit, 3/8, travail posté...)

La CFTC considère que la question des risques psychosociaux doit être envisagée séparément compte tenu de sa particularité.

STRESS ET SOUFFRANCES MENTALES

Les conclusions du rapport d'Yves STRUILLOU sur le thème « pénibilité et retraite » de mars 2003, nous incitent à ne prendre en compte que les pénibilités qui ont des conséquences avérées et irréversibles sur l'espérance de vie ou la qualité de vie au grand âge. Ces restrictions impliquent une minimisation de la charge mentale, du stress et, d'une façon plus générale, de la souffrance mentale, au profit de critères physiques tels que : le port de charge lourde, la station debout, la posture fatigante, les tâches répétitives...

En effet, les relations entre l'organisation du travail et la santé mentale des salariés apparaissent moins évidentes à cerner que celles qui unissent les facteurs de risque physique et la santé. Dans le langage courant, la pénibilité conserve une connotation physique. C'est d'ailleurs elle, et elle seule, qui est prise en compte dans les dispositifs de départs anticipés existants.

Pourtant, les enquêtes relatives aux conditions de travail les plus récentes confirment les effets que les nouvelles formes d'organisation du travail peuvent avoir sur les conditions de travail. Elles mettent en évidence un accroissement du poids relatif des facteurs mentaux et psychologiques dans les préoccupations de santé au travail.

Les pathologies de surcharge, de la peur ou liées à la pression et au harcèlement, les burn-out (épuiement professionnel), les dépressions, les tentatives de suicide, les suicides sont bien réels et sont de plus en plus fréquents.

Ne pas envisager ces nouvelles pénibilités reviendrait à nier leur existence et à nier la définition de la santé telle qu'elle est stipulée par l'Organisation Mondiale de la Santé, adoptée par les 191 Etats membres (et reprise, dans son esprit, dans la loi de modernisation sociale en janvier 2002) : « La santé est un état complet de bien être physique, mental, et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Il s'agit d'un Etat de bien être dans lequel, la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ».

L'ensemble de ces éléments pris en considération, la CFTC estime que les métiers réclamant une vigilance extrême (contrôleur aérien, métiers du transport, postes de sécurité, traders...) ou exposant le salarié à la violence des éléments ou du public (pompiers, marins, agents de service de réclamation...) sont source constante de stress justifiant une prise en compte sociale par l'attribution d'avantages retraites et la reconnaissance éventuelle de maladies professionnelles.

L'organisation du travail est trop souvent génératrice de stress non justifié par la nature du travail accompli. La CFTC exige que ce stress fasse l'objet d'actions spécifiques destinées à prévenir l'usure prématurée des salariés qui y sont exposés. Dans un souci de justice sociale, la CFTC défend l'existence de mesures en faveur des professions exposées aux pénibilités mais elle estime que tous les moyens de prévention doivent être mis en œuvre pour faire disparaître celles qui sont liées à l'organisation du travail.

REPARATION DE LA PENIBILITE

L'attribution de bonification par année d'exposition

L'attribution d'un trimestre de bonification par année d'exposition à un métier identifié comme pénible est une juste compensation des conséquences subies par le salarié en termes de santé.

Cette bonification permettrait une anticipation du départ en retraite sans conséquences sur le niveau de la pension servie.

La reconstitution du parcours professionnel du salarié.

La mise en place d'un suivi de l'exposition professionnelle des salariés apparaît incontournable pour la reconnaissance d'un parcours professionnel ouvrant droit à une cessation anticipée d'activité lorsque le caractère pénible du (des) métier(s) est reconnu.

Cette opération de suivi du salarié peut s'avérer particulièrement difficile alors que précarité, flexibilité et mobilité caractérisent l'emploi d'aujourd'hui. Elle sera tout aussi complexe pour les salariés qui passeront d'un statut à un autre (salariat, indépendant, fonction publique).

Enfin, la constitution d'un fichier rassemblant ce type d'informations semble délicate au regard de la législation sur la protection des données personnelles.

Pour la CFTC, la solution pourrait être une extension de l'objet du document unique qui deviendrait « document unique d'évaluation des risques professionnels et des pénibilités »

Sur présentation de ce document à la CRAM, l'exposition serait automatiquement enregistrée et serait prise en compte lors de la reconstitution de carrière du salarié. Ce système garantirait la confidentialité à l'égard des tiers.

PREVENIR LES PENIBILITES PAR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET

L'ORGANISATION DU TRAVAIL

L'amélioration des conditions de travail de tous.

L'amélioration des conditions de travail en général sera bénéfique à toutes les classes d'âge puisqu'elles permettront de prévenir les phénomènes d'usure pour les plus jeunes en permettant aux plus âgés de se maintenir au travail en bonne santé.

Pour la CFTC, il est nécessaire d'intégrer une dimension ergonomique dès la conception du poste de travail en prévision des transformations potentielles du salarié. A l'heure actuelle les postes sont conçus pour des salariés d'un type d'âge donné et ne prennent pas en compte les conséquences de son vieillissement.

Il convient également d'identifier et de prendre en compte les parcours professionnels afin de ménager des alternances entre les postes selon leur caractère plus ou moins exposé en tenant compte des contraintes les plus pénalisantes pour les salariés âgés.

Une surveillance médicale spécifique effectuée sous l'angle du vieillissement doit permettre la prise en compte de symptômes mineurs (troubles du sommeil, douleurs articulaires, fatigue) afin d'éviter toute évolution jusqu'à un point critique justifiant l'éviction du poste de travail.

Nous souhaitons enfin réitérer notre proposition d'extension de l'objet du document unique d'évaluation des risques professionnels aux pénibilités.

Une action spécifique envers les salariés âgés.

L'accord national interprofessionnel relatif à l'emploi des seniors du 12 octobre prévoit d'ores et déjà des mesures tendant à améliorer et à aménager les conditions de travail et d'emploi des seniors.

La CFTC soutient l'ensemble des dispositions prévues et tout particulièrement celles qui visent à une adaptation dans les domaines de l'ergonomie et de l'organisation du travail et du temps de travail (développement du temps partiel choisi)

Elle estime qu'il faut donner à chacun une vraie espérance de carrière au cours des dix ans qui précèdent l'âge légal de la retraite.

Le taux d'accès à la formation professionnelle chute de plus de la moitié pour les plus de 45 ans. Cette inégalité est consécutive pour une large part, au préjugé tenace selon lequel les capacités d'apprentissage seraient extrêmement réduites au-delà de 45 ans. Il faut pourtant cesser de croire que l'on ne peut plus apprendre passé cet âge. La formation est un élément indispensable à l'activation des acquis et de l'expérience. L'expérience et les connaissances acquises doivent être valorisées dans le cadre de formations souples. C'est la raison pour laquelle la CFTC a participé activement à la négociation sur l'emploi des seniors et tout particulièrement à la promotion de dispositifs améliorant l'accès à la formation professionnelle de ceux-ci.

CGT

PÉNIBILITÉ ET DÉPART EN RETRAITE ANTICIPÉ : UN ENJEU DE PREVENTION

JEAN FRANÇOIS NATON

Depuis le 11 février 2005, des négociations entre syndicats et patrons se sont ouvertes afin de mettre en œuvre l'article 12 de la loi de 2003 sur les retraites. Celui-ci fixait comme objectif aux partenaires sociaux, dans un délai de trois ans, de trouver un accord sur la définition de la pénibilité et sur sa prise en compte.

Trois années de débats pour, dans l'instant, aucune avancée ; tant la délégation patronale, MEDEF en tête, refuse la moindre reconnaissance du facteur travail dans les écarts d'espérance de vie.

Cet autisme idéologique du patronat, plus enclin

à faire porter la responsabilité des décès précoces, des invalidités ou autres inaptitudes sur l'individu travailleur, est à rapprocher de sa stratégie de dissimulation des AT et de sa bataille contre la reconnaissance des maladies professionnelles. Tout est organisé afin de poursuivre la mise en invisibilité du travail réel.

L'enjeu de cette négociation reste le droit au départ pour les victimes de la double peine (celle de vivre plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte) et la mise en « examen » du travail et de ses modes d'organisation, comme facteurs de risque.

La CGT, comme elle l'a déjà fait lors des négociations sur l'avenir de la branche AT/MP, de la

conférence sur les conditions de travail, des auditions sur la suite des réformes des services de santé au travail ou sur le stress et la violence au travail, expose des propositions cohérentes. Celles-ci portent sur les modes des gouvernances du système avec un retour de la démocratie, et sur la transformation des situations de travail. Dénoncer les ravages du « mal travail », parler de la souffrance au travail, désigner ce qui est injuste, c'est bien ... Encore faut-il convaincre, en ouvrant des perspectives, qu'il peut en être autrement ...

Cet autrement passe sûrement par un renversement des pratiques syndicales avec, au cœur, l'intérêt des travailleurs.

FO

MICHÈLE BIAGGI*

Au cours des deux dernières décennies, l'ensemble des conditions de travail des salariés a subi des changements liés plus particulièrement au développement technologique, aux contraintes de la mondialisation des marchés, aux réformes organisationnelles, entre autres... Depuis les années 80, les pénibilités physiques et la charge mentale au travail ont considérablement augmenté et il n'est plus possible d'ignorer qu'elles se répercutent sur la qualité de la vie au travail et donc sur la santé. Le sentiment de travailler dans l'urgence et le développement ultra rapide de l'information et des transports contribuent à accentuer le phénomène.

Pour prendre en considération ces questions, la CGT Force Ouvrière donne la définition suivante de la pénibilité : « *La pénibilité du travail résulte de sollicitations physiques et psychologiques*

entraînant un effort d'adaptation et une usure du salarié laissant des traces durables, voire définitives altérant la santé ».

CAUSES ET CRITÈRES DE LA PÉNIBILITÉ :

Les causes de pénibilité répondent à plusieurs critères. Certains sont généraux et communs à l'ensemble des secteurs professionnels (privé et public), d'autres se définissent plus particulièrement en fonction de la branche professionnelle.

Les critères généraux des facteurs de pénibilité concernent autant l'environnement du travail (lieu d'implantation de l'entreprise ou du service ; situation géographique du poste de travail dans l'entreprise ; conditions d'éloignement ou de transport pour se rendre au travail ; conditions de logement du salarié...) que les conditions de travail (organisation du travail par cycle posté ou de nuit ; aménagement du poste de travail ; durée du travail et modulations ; délais de prévenance ;

heures supplémentaires, travail le dimanche et horaires atypiques...).

La qualité des emplois contribue aussi très largement au développement des pénibilités à travers la précarité (CDD, travail temporaire, temps partiel subi), la pluriactivité et le télétravail. La structure de l'entreprise joue également : PME, TPE, multi – établissement, entreprises de + de 500 salariés ou travail à domicile. En outre, l'allongement de la durée des cotisations pour accéder à la retraite constitue une nouvelle strate de pénibilité pour les salariés.

S'agissant des critères de pénibilité en fonction des branches professionnelles, on relèvera tout ce qui concerne l'exposition des salariés aux produits toxiques et aux manutentions manuelles, aux risques particuliers (ex les grutiers) l'aménagement des postes de travail, les rythmes particuliers (ex les hôtesses de l'air), les contacts avec le public.

* Secrétaire confédérale, CONFEDERATION GENERALE DU TRAVAIL FORCE OUVRIERE, Secteur Organisation - Travail Temporaire – DOM TOM - ARMEE

PRÉVENIR LA PÉNIBILITÉ :

Le développement de la prévention a permis de réduire une certaine partie de la pénibilité mais cela ne suffit pas au regard de l'intensification des rythmes de travail et de la demande toujours plus pressante du marché. Il faut donc identifier les facteurs sur lesquels il faut encore agir.

Pour Force Ouvrière, la mise en place d'un observatoire paritaire de la pénibilité par branche professionnelle (y compris dans la fonction publique) permettrait de faire annuellement les évaluations nécessaires et de proposer des actions de prévention appropriées (aménagement des postes de travail ; révision si nécessaire des horaires de travail, des rythmes, des transports et de l'ensemble des conditions de travail). Au sein des branches, l'établissement, à l'aide de grilles de critères, de listes de pénibilités liées aux métiers de l'entreprise et le développement d'actions de formation professionnelle continue pour de meilleures adaptations aux évolutions des professions seraient de même pertinents.

Les CHSCT étant les instances idoines pour traiter la pénibilité, FO propose la création d'une commission spéciale pénibilité et, dans les entreprises de moins de 50 salariés, que l'on renforce les attributions et les moyens des délégués du

personnel. Pour les entreprises de moins de 10 salariés, des commissions départementales (ou régionales) de branches pourraient être créées en collaboration avec les ARACT. En matière de visite médicale, FO demande le rétablissement de la visite médicale annuelle et la prise en compte des aspects psychologiques. Enfin, les lycées professionnels pourraient inclure dans les programmes de formation, l'information sur la pénibilité du travail.

RETRACER ET COMPENSER LA PÉNIBILITÉ PENDANT LA CARRIÈRE.

Malgré la prévention, la pénibilité du travail existera toujours et les nouveaux métiers en engendreront de nouvelles. Pendant toute la durée de la carrière, il faut donc pouvoir conserver la traçabilité de cette exposition (constat fait par les observatoires de branches professionnelles) et mettre en place des systèmes compensant les pénibilités (octroi de jours de récupération, généralisation de la prime de pénibilité, bonification des années d'exposition, obligation pour l'employeur de reclassement du salarié si nécessaire, en fonction de son âge et de sa situation).

RÉPARER LA PÉNIBILITÉ.

La réparation concerne les salariés qui, usés par leur travail, n'ont pas atteint l'âge ou le nombre d'années de cotisations requis pour accéder à la retraite et se retrouvent licenciés ou pris en charge au titre de l'assurance maladie. La réparation concerne aussi les salariés dont la pénibilité n'aura pas été réduite au cours de leur carrière. Force ouvrière s'est prononcée en faveur d'une cessation anticipée d'activité dont le financement serait basé sur une prise en charge partagée entre les employeurs et la solidarité nationale. Le dispositif de cessation anticipée d'activité pourrait être envisagé suivant des modalités concernant la durée de l'exposition, le mandat et la nature de l'indemnisation, la nature de la poursuite du contrat de travail, les conditions d'accès à la liquidation de la retraite. En matière de financement, une cotisation pénibilité, dans les mêmes conditions que les AT/MP, serait une solution.

141 avenue du Maine – 75014 PARIS
Tél. : 01.40.52.83.86 - Fax: 01.40.52.83.43
michelle.biaggi@force-ouvriere.fr

SOLIDAIRES

DIFFICULTÉS ET PERSPECTIVES DES MOBILISATIONS SUR LES PÉNIBILITÉS LIÉES AU TRAVAIL HENRI CÉLIÉ

La pénibilité du travail est globalement en relation avec le rapport de force social. En simplifiant, plus le syndicalisme est fort dans un secteur, moins les salariés y subissent des pénibilités. Cette réalité est visible à l'échelle de la planète quand on compare les situations du Nord et du Sud, confirmée aussi quand on compare la situation des salariés à Statut et ceux de la restauration ou du bâtiment.

Pourtant, elle mérite qu'on y regarde de plus près : les métiers de la sidérurgie, des cheminots ou des mineurs comportent des pénibilités importantes et qui n'ont pas été supprimées. Parfois réduites, elles ont surtout été compensées, en particulier par ces régimes spéciaux de retraite qui viennent d'être cassés. Ces métiers ne sont pas (n'étaient pas) les moins syndiqués et, si le caractère stratégique des industries en cause a joué dans la force syndicale, on peut aussi estimer que les particularités des pénibilités ont contribué à forger une identité, une solidarité. Celle-ci est, par exemple, très visible dans les « équipes de nuit » ou roulants qui, loin des hiérar-

chies bureaucratiques du jour, se constituent en groupes plus solidaires et participent généralement plus massivement aux luttes.

Les pénibilités sont donc plus fortes quand les salariés ne bénéficient pas d'un rapport de force, mais l'organisation des salariés face à ces pénibilités contribue à leur résistance plus générale.

Ce constat peut guider l'action syndicale d'aujourd'hui.

GAGNER LA RECONNAISSANCE SOCIALE DES PÉNIBILITÉS.

Les conséquences des situations de travail pénibles se manifestent sur l'individu. Elles peuvent donc être tout d'abord perçues comme des faiblesses personnelles, ou liées au vieillissement. Le fait que « les autres tiennent » (ou du moins donnent cette impression) renvoie dans un premier temps à la culpabilisation puis à la « médicalisation » du salarié.

Un élément indispensable à toute mobilisation est donc la perception d'un phénomène collectif. On ne peut nier les différences individuelles et en

particulier les capacités de résistance ou d'adaptation différentes. La perception qu'il s'agit d'une atteinte de tous passe par un travail d'analyse et, souvent, il existe un effet de seuil : quand le nombre des victimes atteint un niveau qui paraît significatif au groupe. Le travail syndical commence ainsi par la mise en évidence des souffrances non dites.

Reconnue par le groupe victime, la pénibilité ne constitue un élément de mobilisation que si elle devient reconnue par l'extérieur.

Ainsi en est-il des pénibilités « officielles » : le travail posté, l'exposition à la chaleur, au froid, les cadences trop élevées. Sur ces questions, l'expression revendicative et le soutien extérieur peuvent s'organiser en faisant l'économie d'une démonstration.

Les travailleurs sont, par contre, confrontés à la difficulté de faire reconnaître les « nouvelles » pénibilités. Les situations de stress ou de dépression, voire les suicides, plus généralement l'ensemble des situations de travail qui découlent des nouvelles méthodes de « management » culpabilisatrices et créatrices de « pathologies de la

solitude » (cf. C. Dejours) par la destruction des collectifs de travail et des solidarités associées, les difficultés, tout simplement, à conserver son emploi, révèlent souvent des pénibilités non identifiées. Le travail commun entre les intervenants de la santé au travail et les syndicalistes contribue à la prise de conscience collective.

On peut considérer que sont, ou seront, reconues comme des pénibilités, les situations qui feront l'objet d'un conflit, d'un rapport de force... ou d'une morbidité explosive.

LA RÉPONSE AUX PÉNIBILITÉS DOIT FRANCHIR DES OBSTACLES.

Le risque de division est le premier obstacle, compte tenu de la tendance à inverser la présentation des situations. Au lieu de dénoncer la pénibilité et d'exiger des réponses, l'argument premier consiste souvent à présenter la situation des salariés non soumis à la pénibilité comme favorisés. Dans la recherche d'arguments pour démontrer l'existence d'une pénibilité, le salarié (parfois relayé par la structuration catégorielle du syndicat) sera tenté de mettre en avant cette comparaison. Il est a priori incontournable d'avoir à pointer la pénibilité par rapport à une situation professionnelle « normale », mais l'argument, pour juste qu'il soit, est souvent « sur le fil ». Il porte en germe un risque de division si l'accent porte sur le « privilège » de ceux qui ne subissent pas cette pénibilité plus que sur l'étude de celle-ci, sa description et les modalités de sa prévention.

Les syndicalistes sont souvent paralysés par cette situation. Plus à l'aise pour porter des revendications qui « profitent à tous », ils ont souvent du mal à exprimer ces revendications spécifiques. Dans un contexte où le recul social est plutôt la règle et où l'intérêt général est médiatiquement confisqué et biaisé pour stigmatiser ceux qui résistent, il est risqué d'engager des actions pour certains et pas pour tous. (Ceci est d'autant plus vrai que nombre de syndicalistes, à l'abri de ces pénibilités du fait de leurs mandats, n'en perçoivent pas l'urgence).

LES SUPPRIMER OU LES COMPENSER ?

(Deuxième obstacle sur le chemin de la mobilisation). La première approche consiste à chercher à supprimer les pénibilités, puis à compenser celles qui ne peuvent être supprimées. La réalité est plus complexe, d'abord parce que ce ne sont pas les salariés concernés qui ont forcément les clefs du problème. Si une exigence de ne pas produire de nounours en peluche la nuit paraît simple à accepter, elle se heurte au contexte du marché et de ses flux tendus. Mais cet obstacle peut mentalement être franchi par des salariés qui dépasseraient le risque de fermeture de leur usine pour imposer une avancée sociale. La réponse syndicale sera dans la recherche d'un droit étendu, avec la prise de risque des secteurs en pointe dans la lutte.

Le problème est différent dans le cas, par exemple, des hôpitaux et des transports, car c'est dans l'intérêt général que les pouvoirs publics ont décidé d'assurer ces services 24 heures sur 24. Dans ce contexte, même si les salariés concernés l'envisageaient, la question de la légitimité d'une revendication de suppression de la pénibilité serait posée.

COMPENSER FINANCIÈREMENT OU/ET EN TEMPS ?

L'idée portée par les salariés concernés, et donc par le syndicalisme, est souvent d'obtenir une compensation la plus forte possible. Cet objectif permet d'unifier les points de vue. Celles et ceux qui se sont adaptés, tant bien que mal, à la situation, et ceux qui veulent y mettre fin, se retrouvent sur une même exigence de compensation. Plus la compensation sera haute, plus tous y gagneront : ceux qui « supportent » y voient un gain, ceux qui veulent la supprimer savent que si elle coûte cher à la direction, la pénibilité sera limitée, voire supprimée. Le débat porte ensuite sur la nature des compensations :

- **La compensation financière** : Les directions réticentes à toute reconnaissance de la pénibilité, peuvent proposer une compensation

financière, pour morceler le salaire en éléments d'individualisation. La revendication de compensation salariale n'est pas pour autant étonnante du côté du salarié : elle s'inscrit fondamentalement dans la logique d'acceptation du « vendre sa vie » que représente le plus souvent le travail sous sa forme-marchandise dans l'économie capitaliste. Cette forme de « résistance » n'est cependant pas porteuse d'une transformation du monde salarial. La critique de ce marchandage de sa santé contre de l'argent, fortement portée dans les années 1970, doit être nuancée aujourd'hui où, par du temps partiel imposé, de nombreux patrons imposent du temps non payé pour « tenir » dans des boulots pénibles.

- **Les réductions du temps de travail** : Les luttes des salariés pour des compensations en temps sont assez anciennes (le « trois-huit » du 1er mai 1905, directement issu de la pensée utopiste, s'y inscrivait déjà). Repris par le patronat paternaliste (ou cynique) dans une perspective minimaliste (avoir du temps pour reconstituer ses forces ou prendre sa retraite avant de mourir), il est devenu, après 1968, une démarche revendicative de « temps pour vivre » au fur à mesure qu'émergeait la critique du travail comme lieu de non-vie.

L'offensive du patronat contre les régimes de retraites (et en particulier les régimes spéciaux) se développe à partir d'une remise en cause de la légitimité des compensations des pénibilités par une possibilité de partir plus tôt en retraite. Au nom d'une disparition, très discutable, des pénibilités, la pertinence de cette compensation est désormais niée.

Pour des raisons qui ne tiennent pas qu'aux questions de santé, il est parfaitement légitime de résister à toutes ces formes d'intensification et d'allongement du travail. La question est cependant posée de savoir s'il faut attendre l'arrivée de la vieillesse pour « récupérer ». L'avenir des luttes contre les pénibilités passera donc par un droit à profiter de sa retraite assez tôt, mais aussi par la reprise d'une offensive pour réduire de temps de travail.

8 PROPOSITIONS POUR RÉDUIRE LA PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL

DANIEL MOQUET*

Réduire la pénibilité du travail, améliorer les conditions de travail des salariés, suffit-il de le clamer à qui veut bien entendre, pour être exonéré de toute action concrète ?

Les « négociations » interminables entre le MEDEF et les organisations irrefragables représentant les salariés montrent à quel point il devient difficile de s'entendre sur la politique à mener dans les entreprises pour réduire les risques professionnels.

Pour l'Union Nationale des Syndicats Autonomes, la démarche de prévention des risques professionnels doit pouvoir contribuer à la réduction de la pénibilité du travail. Il convient donc pour les chefs d'entreprises d'appliquer la réglementation existante et pour les représentants des salariés de veiller à cette application.

PÉNIBILITÉ ET TRAVAIL

Chaque citoyen doit avoir accès à un travail pour être intégré dans la société. « Ce travail doit produire de la satisfaction, favoriser l'épanouissement, conforter l'utilité sociale du salarié ».

Il semble donc que la notion de pénibilité due au travail pourrait être assimilée à la fatigue, aux risques générés par le travail. Le travail s'avère pénible parce qu'il génère de la fatigue à la fois physique et mentale.

Le maçon se fatigue en manipulant des parpaings, l'ingénieur se fatigue pour rendre son étude à la date exigée tout en faisant face aux pressions managériales, le professeur se fatigue pour maintenir l'attention des élèves pendant une heure.

« La fatigue ne dépend pas uniquement du type de travail, mais également des conditions générales d'exercice, ainsi que de l'individu. »

L'auteur de ces propos, Constant Rémond, va jusqu'à dire que la fatigue résulte du degré d'adaptation d'une personne à sa fonction. Pour nous, et dans ces conditions, il devient impératif « d'adapter le travail à l'homme ».

PÉNIBILITÉ ET PRÉVENTION

L'Unsa est donc prête à souscrire à une telle définition, dès lors que le Code du travail et plus particulièrement les articles L.230-2 et R.230-1 sont appliqués par les chefs d'entreprises :

Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires.

L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs à laquelle il doit procéder en application du paragraphe III (a) de l'article L. 230-2. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement.

Les chefs d'entreprises doivent mettre en place une politique de prévention des risques professionnels en tenant compte de l'organisation du travail, des expertises menées par le médecin du travail dans une équipe pluridisciplinaire, des recommandations faites par les membres du CHSCT. Il est prouvé que « 1 € investi dans le bien-être au travail des salariés évite de perdre, en raison de l'absentéisme, 3 à 5 € ».

Dans ce contexte, pourquoi tant de frilosité de la part des chefs d'entreprises, pourquoi si peu d'investissement dans la prévention ? Il est sans doute plus simple d'accorder une prime de risque pour solde de tout compte. Ce n'est pas la conception de l'Unsa.

LES HUIT PROPOSITIONS DE L'UNSA

Si le système français de prévention est un des systèmes qui disposent du plus de moyens en terme de couverture des entreprises privées, du nombre d'acteurs de prévention et de compétences, il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas efficient.

Face à un risque, le premier réflexe des entreprises est d'en minimiser l'importance. On est dans un système qui a privilégié une logique de réparation/compensation plutôt que de prévention.

L'Unsa a formulé huit propositions pour une meilleure organisation de la santé au travail et ainsi réduire les risques de « fatigue physique et mentale » :

1 - Des statistiques et des indicateurs fiables doivent être mis en place pour avoir une meilleure information sur la prévention des risques professionnels

2 - Tous les salariés doivent recevoir une information et une formation concernant les risques que le travail fait courir à leur santé

3 - Tous les élus des salariés doivent être formés correctement et avoir tous les éléments pour réaliser leur mission d'expertise

4 - Les textes réglementaires existent, ils doivent être appliqués et les employeurs qui ne les respectent pas doivent être sanctionnés

5 - Une véritable médecine du travail pour tous doit être instaurée indépendante des entreprises

6 - Tous les salariés, quelle que soit la taille de l'entreprise, doivent avoir la possibilité de bénéficier des attributions du CHSCT

7 - Les tarifications des cotisations accidents du travail, maladie professionnelle et leurs modulations doivent être transparentes

8 - Les accords européens doivent être impérativement transcrits dans le droit français

La prévention est un axe majeur de la politique de la santé au travail qui nécessite un dialogue accepté de la part de tous les acteurs autour d'objectifs communs.

Pour l'UNSA, il n'y a pas de fatalité ou d'impondérable, l'action syndicale doit intervenir le plus en amont possible car en cas de danger pour la santé des salariés, il y a aussi danger pour la santé économique de l'entreprise.

* Conseiller national pour la santé au travail